

Papeete, le - 6 JUIN 2025

**Le président**

à  
**Monsieur Cédric Mercadal**  
**Président du conseil d'administration**  
**du Centre Hospitalier de la Polynésie française**

n° 2025-192

Envoi dématérialisé avec accusé de réception

**Objet** : notification des observations définitives et de sa réponse relatives au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française.

Pièce jointe : un rapport d'observations définitives.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la juridiction sur la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française concernant les exercices 2018 et suivants ainsi que la réponse qui y a été apportée.

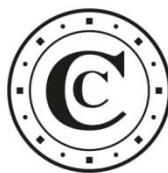
Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication à votre assemblée délibérante. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de sa plus proche réunion, au cours de laquelle il donnera lieu à débat. Dans cette perspective, le rapport et la réponse seront joints à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Conformément à l'article R.272-111 du code des juridictions financières, le rapport d'observations définitives auquel est jointe la réponse reçue peut être rendu public par la chambre territoriale des comptes dès la tenue de la première réunion de l'assemblée délibérante suivant sa réception par l'établissement public et, au plus tard, dans un délai de deux mois suivant celle-ci.

En application de l'article R. 272-109 du code des juridictions financières, je vous demande d'informer le greffe de la juridiction de la date de la plus proche réunion de votre assemblée délibérante et de lui communiquer en temps utile copie de son ordre du jour.

Enfin je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 272-112 du code précité, le rapport d'observations et la réponse jointe sont transmis au haut-commissaire de la République ainsi qu'au directeur local des finances publiques de la Polynésie française.

  
**Jean-Luc LE-MERCIER**  
Conseiller référendaire  
à la Cour des comptes



# **RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE**

## **LE CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE**

Exercices 2018 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 17 avril 2025.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>5</b>
<b>PARAU PU'ŌHURA'A</b> .....	<b>7</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	<b>8</b>
<b>PROCEDURE</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>11</b>
<b>1 LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE</b> .....	<b>13</b>
1.1 L'environnement juridique.....	13
1.1.1 Un statut inadéquat.....	13
1.1.2 Un conseil d'administration à recomposer.....	15
1.1.3 Une réglementation comptable inadaptée .....	16
1.1.3.1 Les freins liés aux dispositions en vigueur.....	16
1.1.3.2 Les évolutions à engager .....	17
1.2 La gouvernance .....	19
1.2.1 Les limites de l'organisation actuelle.....	19
1.2.2 Les enjeux à prendre en compte .....	21
1.2.3 La nouvelle organisation envisagée .....	22
1.2.3.1 La réforme de l'exécutif.....	22
1.2.3.2 La rénovation de l'organisation médicale .....	23
1.3 Le pilotage de la performance .....	25
1.3.1 La comptabilité analytique .....	26
1.3.1.1 Les attendus de la comptabilité analytique.....	26
1.3.1.2 Le déploiement de la comptabilité analytique.....	26
1.3.2 Le contrôle de gestion .....	27
1.3.2.1 Les dialogues de gestion.....	27
1.3.2.2 La contractualisation avec les pôles médicaux.....	29
<b>2 LA MISSION DE SOINS</b> .....	<b>32</b>
2.1 Le pilotage de l'activité.....	32
2.1.1 Le dimensionnement capacitaire.....	32
2.1.2 La dynamique de l'activité.....	33
2.1.3 Le suivi médical de l'activité .....	35
2.1.3.1 La codification médicale des actes et des séjours.....	35
2.1.3.2 Le panorama de l'activité médicale.....	36
2.1.3.3 Les pistes d'avenir.....	38
2.2 La stratégie hospitalière.....	39

2.2.1 Les projets d'établissement .....	39
2.2.1.1 Le projet précédent (2017-2022).....	39
2.2.1.2 Le nouveau projet adopté en 2024.....	41
2.2.2 L'organisation des parcours de soins .....	43
2.2.2.1 La permanence des soins .....	43
2.2.2.2 Les coopérations existantes .....	44
2.2.2.3 La mise en place d'un groupement de coopération territorial .....	45
2.2.2.4 Le renforcement du maillage territorial de soins .....	47
2.2.2.5 Les conséquences du vieillissement de la population.....	48
2.2.2.6 L'amélioration de l'accueil aux urgences.....	50
2.2.3 La qualité et la sécurité des soins .....	52
2.2.3.1 La démarche qualité mise en place.....	52
2.2.3.2 L'évaluation des pratiques professionnelles.....	52
2.2.3.3 Les revues de mortalité et morbidité .....	54
2.2.3.4 La lutte contre les infections liées aux soins .....	55
2.3 Le fonctionnement de la pharmacie .....	56
2.3.1 Le circuit clinique du médicament.....	56
2.3.2 Le circuit logistique du médicament .....	57
2.3.3 Les difficultés de gestion.....	58
3 LA FIABILITE COMPTABLE .....	61
3.1 Le cycle des dépenses.....	61
3.2 Le cycle des recettes.....	64
3.3 Les charges sur exercices antérieurs .....	65
3.4 Les provisions .....	66
3.5 L'actif et les amortissements.....	68
4 LA SITUATION FINANCIERE .....	71
4.1 Le financement des investissements.....	71
4.2 Le résultat de fonctionnement .....	73
4.3 Les produits de fonctionnement du budget principal .....	74
4.3.1 Les modalités de financement.....	75
4.3.1.1 Les principales sources de financement .....	75
4.3.1.2 Les limites de la dotation globale.....	78
4.3.1.3 Le financement des urgences.....	79
4.3.1.4 Le financement des molécules et dispositifs onéreux.....	80
4.3.2 Les adaptations à engager .....	81
4.4 Les charges de fonctionnement du budget principal.....	84
4.4.1 Les incidences financières de la crise sanitaire.....	86
4.4.2 Les facteurs exogènes.....	87
4.4.3 La rationalisation des dépenses à poursuivre .....	88
5 LA GESTION DU PERSONNEL.....	90
5.1 Les effectifs .....	90
5.2 La stratégie de gestion.....	91
5.3 L'attractivité du centre hospitalier employeur .....	92
<b>ANNEXES.....</b>	<b>94</b>

Annexe n° 1. Tableau de suivi de la mise en œuvre des recommandations du précédent rapport de la Chambre.....	95
Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations proposées et de leur mise en œuvre au cours de la procédure du contrôle des comptes et de gestion du présent rapport.....	99
Annexe n° 3. Liste des personnes contactées.....	100
Annexe n° 4. Réponse de Mme Hani Teriipaia Ott, directrice du centre hospitalier de la Polynésie française .....	102

## SYNTHÈSE

La Chambre territoriale des comptes de Polynésie française a inscrit à son programme 2025, un contrôle sur le centre hospitalier de la Polynésie française et a procédé à sa mise en œuvre en application de l'article LO. 272-12 du code des juridictions financières. L'enquête porte sur l'année 2018 jusqu'à la période la plus récente.

Avec 439 lits et 29 places (qui permettent une prise en charge sans nuitée), en médecine, chirurgie et obstétrique et 66 lits en psychiatrie, le centre hospitalier de la Polynésie française joue un rôle majeur et unique en premier et second recours pour l'ensemble de la population de la Polynésie française. Il assure la prise en charge des soins courants et spécialisés ainsi que des soins d'expertise, dans l'objectif de réduire autant que possible les évacuations sanitaires vers la France hexagonale. Cette réalité a précédemment été observée par la Chambre dans les observations définitives qu'elle a publiées en 2024 sur la prise en charge en cancérologie<sup>1</sup>. L'expertise progressivement apportée par le centre hospitalier dans d'autres spécialités, démontre également cette tendance.

Le centre hospitalier fonctionne avec un statut d'établissement public administratif inadapté aux exigences hospitalières. De plus, sa gestion comptable repose sur des dispositions obsolètes et incomplètes, conduisant à des difficultés de gestion et de contrôle budgétaire. Ces problématiques ont déjà fait l'objet d'observations par la juridiction lors de son précédent contrôle en 2018. Aujourd'hui, une réforme structurelle est en préparation par le Pays pour organiser la transition vers un établissement public de santé et la création d'un conseil de surveillance indépendant. Celle devrait aboutir, selon le Pays, au cours de l'année 2025. En outre, conformément aux observations précédentes de la Chambre, le contrôle de gestion et la comptabilité analytique ainsi que la recherche de la performance ont fait l'objet d'actions concrètes alors que l'établissement n'était pas engagé dans ces démarches au début de la période sous revue.

Dans ce contexte, le projet d'établissement adopté en octobre 2024 ambitionne de renforcer la médicalisation de la gouvernance et de la gestion. Si la création de pôles médicaux, qui regrouperont plusieurs services, est déjà engagée, la Chambre recommande de finaliser cette réforme d'ici à la fin de l'année 2026 dans l'intérêt d'une gestion plus performante des ressources hospitalières. Le projet médical prévoit davantage de spécialisations et de coopérations notamment avec les autres établissements présents sur le territoire. Pour améliorer les prises en charge dans un contexte de vieillissement de la population, la Chambre recommande au centre hospitalier d'étudier, en 2025, l'intérêt d'installer un court séjour gériatrique et de mettre en place une unité médicalisée post-urgence pour libérer des lits de médecine dans les services et réduire les temps d'attente aux urgences. La juridiction lui recommande de surcroît, d'accentuer les travaux déjà engagés en matière de qualité des soins afin de préparer la certification qualité, à laquelle il prévoit de se soumettre, sans y être réglementairement tenu, d'ici à 2030.

---

<sup>1</sup> Chambre territoriale des comptes, [La politique de lutte contre le cancer en Polynésie française](#), octobre 2024

Le centre hospitalier doit composer avec de sérieuses difficultés de recrutement et de fidélisation de son personnel, notamment en raison de l'absence de statut spécifique pour les agents hospitaliers. Cette situation a notamment pu conduire des médecins polynésiens à renoncer à intégrer l'hôpital ou à partir vers le secteur privé, aggravant ainsi la pénurie de spécialistes disponibles dans le secteur public. Les mesures palliatives mises en œuvre, pour partie et envisagées, en complément, par l'établissement ne suffiront pas sans une réforme plus large des statuts applicables aux personnels hospitaliers.

Depuis 2021 et alors qu'il faisait face à un engagement exceptionnel dans le traitement de la crise sanitaire (covid-19), le centre hospitalier a pris des mesures visant à moderniser la gestion financière et à sécuriser la chaîne des dépenses. Toutefois, une majorité des actions prévues reste à poursuivre, en raison notamment du manque d'expertise disponible en interne à l'établissement. La Chambre recommande d'accélérer la mise en œuvre de ces mesures afin d'améliorer la fiabilité de ses comptes. La juridiction lui recommande également de renforcer la fiabilité de son cycle de recettes, notamment en automatisant la facturation. Elle observe toutefois que les recommandations qu'elle a émises en 2018 sur la nécessité de développer le contrôle de gestion et la comptabilité analytique ont été presque intégralement mises en œuvre, même si des progrès restent encore à accomplir.

Le budget principal du centre hospitalier représentait en moyenne 91 % des recettes et des dépenses de fonctionnement entre 2018 et 2023. Après des déficits entre 2018 et 2020, un léger excédent est apparu en 2021 (+ 0,22 Md F CFP), avant un nouveau déficit en 2022 (- 0,49 Md F CFP), puis un redressement en 2023 (+ 0,64 Md F CFP). Le centre hospitalier doit composer avec un mode de financement qui présente des limites notamment pour les soins urgents et les actes et consultations externes. L'hôpital est alors dépendant des subventions du Pays et de l'État (versées *via* le Pays) pour équilibrer ses comptes et financer ses investissements.

Entre 2018 et 2023, les charges du budget principal ont progressé de 15,4 %, notamment dans le domaine des dépenses de personnel et des produits pharmaceutiques, en raison notamment des molécules onéreuses. Cependant, cette hausse était inférieure à celle des produits (+ 20 %), traduisant des actions effectives de maîtrise des charges de fonctionnement. Ainsi, la part des dépenses de personnel a notamment diminué, en raison d'efforts de rationalisation. Le centre hospitalier doit poursuivre cette trajectoire et la Chambre lui recommande d'instaurer des objectifs de maîtrise des dépenses dans les contrats de pôles qu'il va mettre en œuvre.

Le centre hospitalier de la Polynésie française fait face à des défis financiers et structurels qui appellent une modernisation de ses statuts juridique et comptable ainsi qu'une rénovation de son mode de financement. L'établissement doit persévérer dans la recherche d'une plus grande performance de gestion qu'il a engagée depuis 2020 et dans l'amélioration des prises en charge pour répondre aux besoins de santé de la population. Les réformes en cours de préparation par le Pays devraient s'attacher à garantir un juste équilibre entre un financement rénové et la préservation de la qualité et la sécurité des soins.

*Seule cette version fait foi.*

## **PARAU PU'ŌHURA'A**

*Ua rave te Pū i te mau te hi'opo'ara'a a te Fare ma'i nō Porinetia fārani (CHPF), no te matahiti 2018 e tae roa mai i teie mahana. I te mea e fatata e 440 ro'i, ua riro teie Fare ma'i ei Fare ma'i rahi i roto i te tuha'a fenua e te pupu nei oia i te mau rapa'aura'a iti e te mau rapa'aura'a aravihi atu, o te nehenehe e tāoti'a i te mau revara'a rū.*

*Teie rā, te ohipa noa nei ā te CHPF ia u te hō'ē ti'ara'a fa'atere tano 'ore, o te ha'afifi i te fa'aterera'a faufa'a. No reira, e titau hia te hō'ē ha'amaita'ira'a o te papa ture e no te tau'i atu e i te ha'amaui i te hō'ē tomite hi'opo'a ti'amā. Te ha'amata ra te Fare ma'i i te fari'i i te hō'ē fa'aterera'a aravihi a'e, ia te hō'ē 'ōpuara'a i te pae rapa'aura'a no te pūpū i te mau pū i roto i te mau amahamahara'a e te ha'apu'aira'a i te rave - amui – ra'a i te 'ohipa e te tahi atu mau piha. Ua horo'ahia te tahi mau ha'amaita'ira'a, mai te ha'amaura'a i te hō'ē pū rapa'au i te mau rū'au e te hō'ē pū na mua a'e i te ma'i rū, e tae noatu i te fa'a'ine'ina'a no te hō'ē ha'amanara'a i ni'a i te maita'i no muri mai.*

*Ua riro te 'erera'a i te feia rave 'ohipa ei matapu a'a no te Fare no te mea aita e ti'ara'a i te papa ture tano no te mau paoti ma'i. No te reira, mea au a'e na te mau taote e te mau paoti ma'i e rave i te 'ohipa i rapae mai i te Fare ma'i, ma te fa'arahi atu ā i te mau fifi i te pae no te tihepura'a. Noatu te mau tutavara'a i rave hia i te pae no te fa'aterera'a faufa'a, te toe ra te tahi mau ha'amaita'ira'a no te ha'apapu i te hi'opo'ara'a i te fa'aterera'a e te arata'ira'a faufa'a. Te a'o nei te Pū ia ha'avitiviti hia i teie mau ha'amaita'ira'a, no te ha'apapu i te mau 'afata moni e no te 'ihotere i te mau parau aufaura'a.*

*I ni'a i te tapura faufa'a, ua tau'i te Fare ma'i i rotopu i te mau pau e te mau moni hau mai te matahiti 2018 mai ā. Ua ta'ai hia oia i te mau tino moni tauturu a te hau no te fa'a'aifaito i tāna moni. Noatu e ua mara'a te mau ha'amāu'ara'a, ua mara'a rahi atu ā te moni e noa'a mai, o te fa'a'ite ra i te hi'opo'ara'a maita'i a'e i te mau ha'amāu'ara'a. E fana'o Te Hau no Porinetia Farani i te tauira'a i te fa'anahora'a o te mau ha'amāu'ara'a a te Fare ma'i no te horo'a atu i te tahi ti'amara'a.*

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1.** Finaliser, d'ici à la fin de l'année 2026, la mise en place des pôles sur l'ensemble de l'établissement.

**Recommandation n° 2.** Mettre à l'étude, dès 2025, la création d'une unité de court séjour gériatrique.

**Recommandation n° 3.** Installer, dès 2025, une unité d'hospitalisation médicale post-urgence.

**Recommandation n° 4.** Adopter, d'ici à 2026, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.

**Recommandation n° 5.** Finaliser, d'ici à 2026, la mise en œuvre du programme de fiabilisation du cycle de la dépense.

**Recommandation n° 6.** Adopter, d'ici à 2026, un programme de sécurisation et de fiabilisation des recettes.

**Recommandation n° 7.** Inscrire, dès 2025, des objectifs de maîtrise des dépenses dans chacun des contrats de pôle.

## PROCEDURE

La Chambre territoriale des comptes de Polynésie française a inscrit à son programme 2025, un contrôle sur le centre hospitalier de la Polynésie française et a procédé à sa mise en œuvre en application de l'article LO. 272-12 du code des juridictions financières<sup>2</sup>.

Le contrôle porte sur la période 2018 à 2023 pour les comptes et de 2018 jusqu'à la période la plus récente pour la gestion.

L'ordonnateur en fonction depuis le 14 novembre 2024, Mme Hani Teriipaia ainsi que Mme Claude Panéro, directrice du 6 janvier 2020 au 13 novembre 2024, ont été informées de l'ouverture du contrôle par courrier du Président de la Chambre adressé par voie électronique le 16 décembre 2024. Mme Teriipaia en a accusé réception le jour même et Mme Panéro, le 17 décembre 2024.

M. René Caillet ordonnateur en fonction entre le 26 septembre 2016 et le 5 janvier 2020, n'a pas pu être joint, celui-ci étant désormais hors du territoire et ayant probablement fait valoir ses droits à la retraite. En dépit des recherches effectuées, notamment dans l'annuaire de l'association des directeurs d'hôpital et dans l'annuaire de la fédération hospitalière de France, la chambre n'a pas été en mesure d'entrer en contact avec lui.

Par ailleurs, M. Jacques Raynal, président du conseil d'administration du centre hospitalier entre janvier 2017 et mai 2023 et son successeur M. Cédric Mercadal qui exerce cette fonction depuis mai 2023, ont également été informés de l'ouverture du contrôle par courrier du président de la Chambre adressé par voie électronique le 16 décembre 2024. Monsieur Raynal en a accusé réception le 19 décembre 2024 et M. Mercadal le 16 décembre 2024.

Concernant les ordonnateurs, les entretiens de début de contrôle se sont tenus le 2 janvier 2025 avec Mme Teriipaia, et le 3 janvier 2025 avec Mme Panéro. Concernant les présidents, l'entretien de début de contrôle avec M. Raynal s'est tenu le 7 janvier et celui avec M. Mercadal le 9 janvier 2025. La liste des personnes contactées figure en annexe n° 3.

Enfin, l'échange préalable aux observations provisoires, au cours duquel un temps d'échange a été consacré aux projets de recommandations afin de vérifier leur robustesse et leur pertinence et le cas échéant adapter leur horizon temporel de mise en œuvre, se sont tenus le 13 février 2025 avec Mme Panéro et le 14 février 2025 avec Mme Teriipaia, respectivement ancienne directrice (2020-2024) et directrice du centre hospitalier de la Polynésie française.

Un échange identique s'est tenu avec le 11 février 2025 avec M. Mercadal et le 13 février avec M. Raynal, respectivement président et ancien président (2017-2023) du conseil d'administration du centre hospitalier de la Polynésie française.

---

<sup>2</sup> LO 272-12 « La chambre territoriale des comptes examine la gestion de la Polynésie française et de ses établissements publics. Elle examine en outre celle des établissements, sociétés, groupements et organismes, quel que soit leur statut juridique, auxquels la Polynésie française et ses établissements publics apportent un concours financier supérieur à 179 000 F CFP (1 500 euros) ou dans lesquels ils détiennent, séparément ou ensemble, plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants, ou exercent un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion. »

Lors de sa séance du 21 février 2025, la Chambre a délibéré les observations provisoires qui ont été adressées le 25 février 2025 à la directrice de l'établissement, Mme Teriipaia et à Madame Panéro, qui assurait précédemment ces fonctions.

Les observations provisoires ont également été adressées le même jour au président du conseil d'administration et à son prédécesseur. Le Président de la Polynésie française a, par ailleurs, été rendu destinataire d'extraits du rapport qui lui ont été adressés le 25 février 2025.

À l'exception de la directrice en fonction qui a accusé réception des observations provisoires le 26 février 2025, les autres destinataires en ont accusé réception le 25 février 2025.

Dans sa réponse, réceptionnée par la Chambre le 28 février 2025, Mme Panéro, ancienne directrice du 6 janvier 2020 au 13 novembre 2024 indique n'avoir aucune observation à formuler. Il en est de même pour la directrice de l'établissement, Mme Teriipaia, dont la réponse a été réceptionnée le 6 mars 2025.

L'ancien président du conseil d'administration, M. Raynal, a adressé une réponse le 24 mars 2025 dans laquelle il indique que le rapport de la Chambre reflète correctement la situation du centre hospitalier.

Dans sa réponse, qu'il a voulu commune avec le président du conseil d'administration et réceptionnée le 21 mars 2025, le Président du Pays apporte une précision sur le montant des subventions versées par la Polynésie française au centre hospitalier au titre de l'exercice 2024 et indique n'avoir pas d'autre remarque à formuler sur le rapport.

Après avoir pris connaissance des réponses, la Chambre territoriale des comptes a arrêté lors de son délibéré du 17 avril 2025, les observations définitives suivantes. Transmises à la directrice en fonction et à son prédécesseur, seule Mme Teriipaia a usé de son droit de réponse dans le délai d'un mois imparti à l'article L. 272-66 du code des juridictions financières.

## INTRODUCTION

Disposant de plus de 40 spécialités médicales et du plateau technique<sup>3</sup> le plus complet de la Polynésie française, le centre hospitalier de la Polynésie française est le principal offreur de soins pluridisciplinaires du Pays. En 2024, il indiquait réaliser plus de 80 % de l'activité hospitalière de la Polynésie française<sup>4</sup>.

La délibération n° 92-96 AT du 1<sup>er</sup> juin 1992 portant réforme du système hospitalier de la Polynésie française prévoit que les établissements hospitaliers publics et privés qui participent au service public hospitalier, assurent les examens de diagnostic, la surveillance, le traitement des malades et des urgences, des blessés et des femmes enceintes qui leur sont confiés ou qui s'adressent à eux. Les établissements du service public hospitalier, dont le centre hospitalier est l'élément central, concourent, également à l'enseignement universitaire et post-universitaire médical et pharmaceutique et à la formation du personnel médical, à la médecine préventive ainsi qu'à la recherche médicale et pharmaceutique et à l'éducation sanitaire.

L'article 9 de la délibération du 1<sup>er</sup> juin 1992 précitée prévoit que les hôpitaux publics du service public hospitalier et les établissements privés qui participent au service public hospitalier, doivent être en mesure d'accueillir les malades, sans aucune discrimination, de jour et de nuit, ou, en cas d'impossibilité, d'assurer leur admission dans un autre établissement du service public hospitalier.

Doté de 439 lits et 29 places, le centre hospitalier est le seul établissement hospitalier public titulaire de la personnalité morale en Polynésie française. Les quatre autres hôpitaux sont des services de la direction de la santé du Pays (Taravao, Afareatiu, Uturoa, Taiohae)<sup>5</sup>.

L'article 10 de la délibération du 1<sup>er</sup> juin 1992 prévoit que les missions principales du centre hospitalier de la Polynésie française portent sur les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou concernant les affections graves pendant leur phase aiguë, les accouchements et les traitements ambulatoires<sup>6</sup>. Il est également chargé de l'enseignement et de la recherche.

Pour assurer sa mission d'établissement public de soins de premier recours, de dernier recours, d'expertise et de référence, le centre hospitalier de la Polynésie française, dispose d'un plateau technique et de personnels médicaux, soignants, techniques et médico-techniques variés. Il exerce, à ce titre, un rôle important dans la formation des soignants et dans la recherche médicale.

---

<sup>3</sup> Dans un hôpital le plateau technique est principalement composé de l'imagerie médicale (radiographie, scanner, imagerie à résonance magnétique), du laboratoire de biologie médicale et des explorations fonctionnelles (électrocardiogramme, échographie...).

<sup>4</sup> Centre hospitalier de la Polynésie française, *Rapport d'activité 2022-2023*, 2024.

<sup>5</sup> Il existe également trois cliniques de droit privé situées à Papeete : Paofai (106 lits et places), Cardella (88 lits et places) et Mamao, orientée sur l'ambulatoire (11 places).

<sup>6</sup> Par opposition à l'hospitalisation complète définie comme « l'hospitalisation durant laquelle un patient est hébergé dans un lit en y passant au moins une nuit. Elle est réalisée dans un établissement hospitalier public ou privé, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24. » par l'article LP 8 de la loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

Il est particulièrement sollicité pour la prise en charge des pathologies les plus graves nécessitant des équipements spécifiques ou une prise en charge hautement spécialisée. À cet effet, il vient en soutien aux hôpitaux de la direction de la santé et des cliniques du territoire.

**Rôles cumulés, en tout ou partie, par le centre hospitalier de la Polynésie française**

Type d'hôpital	Rôle principal	Exemples en France hexagonale
<b>Hôpital de référence</b>	Soins avancés, formation, recherche	Centres hospitaliers universitaires, hôpitaux régionaux
<b>Hôpital d'expertise</b>	Spécialisation pointue dans un domaine	Institut de cardiologie, centre de lutte contre le cancer, centre des maladies rares...
<b>Hôpital de second recours</b>	Prise en charge des cas complexes venant d'autres établissements	Centre de traumatologie, hôpital de soins intensifs
<b>Hôpital de premier recours</b>	Soins courants, urgences	Hôpitaux généraux

*Source : chambre territoriale des comptes*

La responsabilité étendue du centre hospitalier de la Polynésie française se manifeste également dans le maillage territorial qu'il développe à travers des partenariats avec les structures et les professionnels de santé de l'ensemble de la Polynésie française. Ces partenariats concernent également les acteurs du secteur médico-social et judiciaire. Il a, de plus, noué des coopérations avec plusieurs établissements de France hexagonale dans un objectif de qualité et de sécurité de soins dispensés à la population polynésienne.

L'exercice de ces missions est aujourd'hui confronté à de nombreux défis qui doivent conduire le centre hospitalier de la Polynésie française à renforcer davantage les actions qu'il entreprend pour équilibrer ses comptes, améliorer sa performance et l'efficacité de sa gestion tout en garantissant la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients.

Le statut du centre hospitalier de la Polynésie française doit être réformé pour lui permettre d'exercer au mieux ses missions ; sa gouvernance et son pilotage appellent également des réformes structurelles (1). Son activité et sa stratégie doivent être précisément suivies pour garantir une mise en œuvre complète des objectifs à moyen terme qu'il s'est fixé (2). Par ailleurs, la qualité et la fiabilité de sa comptabilité méritent d'être renforcées (3) alors que sa situation financière est fragile et appelle des évolutions structurelles (4). Enfin, la gestion de ses ressources humaines, particulièrement celle relative au personnel médical, nécessite d'être davantage sécurisée (5).

# 1 LA GOUVERNANCE ET LE PILOTAGE

## 1.1 L'environnement juridique

### 1.1.1 Un statut inadéquat

Le centre hospitalier de la Polynésie française a été créé sous la forme d'un établissement public administratif territorial par la délibération n° 83-181 du 4 novembre 1983<sup>7</sup>. Son régime comptable et financier ainsi que ses principes d'organisation et de fonctionnement ont été fixés par l'arrêté n° 999/CM du 12 septembre 1988<sup>8</sup>. Ce texte a été modifié 27 fois depuis son adoption.

Plus largement, le cadre juridique qui concerne le centre hospitalier et les hôpitaux de la direction de la santé<sup>9</sup>, est constitué des textes suivants :

- délibération n° 92-96 AT du 1er juin 1992 modifiée portant réforme du système hospitalier de Polynésie française ;
- délibération n° 92-97 AT du 1er juin 1992 modifiée définissant les missions du service territorial de la santé publique dénommé « *Direction de la santé* » ;
- délibération n° 95-205 du 23 novembre 1995 modifiée portant adoption de la réglementation budgétaire, comptable et financière de la Polynésie française et de ses établissements publics ;
- délibération n° 95-215 AT du 14 décembre 1995 portant statut général de la fonction publique et délibérations subséquentes de ses statuts particuliers dont ceux de la filière santé ;
- arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 portant création de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ;
- loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française.

La loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française organise la répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, autour de schémas de planification sanitaire (*schéma d'organisation sanitaire, carte sanitaire et régime des autorisations pour les activités hospitalières*<sup>10</sup>).

---

<sup>7</sup> Relative à la création d'un établissement public dénommé centre hospitalier territorial de la Polynésie française (hôpital de Mamao).

<sup>8</sup> Arrêté n° 999 CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du Centre hospitalier territorial de la Polynésie française.

<sup>9</sup> Le Pays administre l'hôpital situé à Taravao, sur l'île de Tahiti et les hôpitaux des îles de Moorea, Raiatea et Nuku-Hiva. En tant que services du Pays, ils sont indépendants du centre hospitalier de la Polynésie française qui dispose, pour sa part, de la personnalité morale.

<sup>10</sup> Article LP7 : « *Sont considérées comme activités de soins soumises à autorisation, les activités de soins d'un coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières pour les besoins de la santé publique, ainsi que celles*

De plus, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale a la charge d'administrer cette planification et de proposer des stratégies de politique publique sanitaire et sociale. Elle a également pour rôle de contribuer à la planification, de coordonner, d'évaluer et de contrôler la mise en œuvre des schémas d'organisation.

En dépit de la rénovation progressivement apportée à la planification sanitaire et à l'organisation des soins sur le territoire de la Polynésie française par les textes précités, le centre hospitalier demeure défini par un statut d'établissement public administratif.

Conformément à ses observations précédentes<sup>11</sup>, la juridiction relève que le statut d'établissement public administratif n'est pas adapté aux missions hospitalières. Cette situation est contraignante pour sa gestion et pour la recherche de la performance en santé. Les établissements publics administratifs ne sont en effet pas prévus pour exercer des missions de santé. Ce statut est inadapté à un centre hospitalier et représente une source de complexités au quotidien, notamment pour ce qui relève du service du contrôle de la dépense engagée du Pays, dont la mission n'est pas compatible avec un établissement de cette taille. La mise en place d'un statut d'établissement public de santé en Polynésie française reste toujours considérée par la Chambre comme indispensable.

#### **Un statut d'établissement public de santé à adapter en Polynésie française**

L'article L. 6141-1 du code de la santé publique applicable en France hexagonale définit les établissements publics de santé comme « *des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière. (...) Leur objet principal n'est ni industriel ni commercial.* » Ces établissements « *sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directeur assisté d'un directoire* ».

L'article L. 6111-1 du même code précise notamment qu'ils « *assurent en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé. Ils délivrent les soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile (...) Ils participent à la coordination des soins en relation avec les membres des professions de santé exerçant en pratique de ville et les établissements et services médico-sociaux* ».

Le centre hospitalier a communiqué au ministère chargé de la santé en 2022<sup>12</sup> et 2023<sup>13</sup>, des éléments techniques destinés à faciliter la rédaction d'une loi du Pays relative à la création du statut juridique de l'établissement public de santé. Cette initiative, qui dépasse largement le cadre et les missions du centre hospitalier et en particulier de sa direction, est saluée par la Chambre.

Le Pays a indiqué au cours de l'instruction que ce projet de loi devrait être déposé à l'Assemblée de la Polynésie française avant la fin du premier semestre 2025. La Chambre relève qu'un aboutissement rapide de cette réforme apparaît souhaitable.

---

*nécessitant une hospitalisation quelle qu'en soit la forme, y compris sous forme d'alternatives à l'hospitalisation à temps complet. La carte sanitaire est fixée par arrêté pris en conseil des ministres.* »

<sup>11</sup> [Chambre territoriale des comptes, Le centre hospitalier de la Polynésie française, observations définitives, 2018.](#)

<sup>12</sup> Lettre n° 460.22/DIR/CHPF du 14 juin 2022

<sup>13</sup> Lettre n° 612.23/DIR/CHPF du 1<sup>er</sup> août 2023

### 1.1.2 Un conseil d'administration à recomposer

Le centre hospitalier de la Polynésie française dispose d'un conseil d'administration dont les missions sont prévues par l'article 14 de l'arrêté du 12 septembre 1988. Cette instance est principalement chargée de fixer l'organisation et la stratégie de l'établissement ainsi que ses orientations budgétaires, financières et organisationnelles.

L'article 2 de l'arrêté du 12 septembre 1988 prévoit en outre que « *le conseil des ministres assure la tutelle administrative et financière de cet établissement et des activités ou écoles qui lui sont rattachées* » et que sur « *demande du ministre chargé de la santé, des missions de contrôle technique peuvent être confiées à tout moment au directeur de la santé publique* ».

Pour autant, l'article 3 du même texte confie la présidence du conseil d'administration du centre hospitalier au ministre en charge de la santé (ou à son représentant). Le président du conseil d'administration de l'établissement est donc une composante de son autorité de tutelle. Cette confusion des rôles de président du conseil d'administration et d'autorité de contrôle du centre hospitalier n'est pas souhaitable et pourrait entraîner des difficultés de gestion.

L'examen de l'arrêté d'attribution des fonctions du ministre chargé de la santé<sup>14</sup> révèle, en outre, que celui-ci « *planifie l'organisation de l'offre de soins publics et privés* ». Cette fonction de planification de l'offre de soins publique et privée n'est pas compatible avec la fonction de président du conseil d'administration du centre hospitalier dont le rôle est justement de participer à l'offre de soins publique en lien avec l'offre de soins privée. Cela pourrait constituer, le cas échéant, en cas d'implication forte dans le secteur privé, un risque élevé de conflits d'intérêts.

Enfin, la composition du conseil d'administration fixée par l'article 3 du même texte prévoit la présence de deux autres ministres en exercice (solidarité et budget) dans cette instance. Dès lors, en sus du président, deux autres membres du conseil d'administration du centre hospitalier appartiennent à son autorité de tutelle, en disposant d'une voix délibérative.

#### La composition du conseil d'administration

L'article 3 de l'arrêté du 12 septembre 1988 prévoit que « *le conseil d'administration du Centre hospitalier de la Polynésie française est composé de 11 membres ayant voix délibérative. Il est présidé par le ministre chargé de la santé et comprend les membres suivants :*

- *le ministre en charge de la solidarité ou son représentant ;*
- *le ministre en charge du budget ou son représentant ;*
- *un représentant à l'assemblée de la Polynésie française ou son suppléant ;*
- *deux membres du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale ;*
- *deux représentants de la commission médicale d'établissement élus par celle-ci ;*
- *un représentant du conseil de l'ordre des médecins de la Polynésie française ;*
- *deux représentants du personnel du Centre hospitalier de la Polynésie française élus au scrutin uninominal à un tour. »*

<sup>14</sup> Arrêté n° 823 PR du 3 juin 2024 relatif aux attributions du ministre de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée

La confusion des rôles entre l'autorité de tutelle et l'instance délibérante du centre hospitalier, ne lui permet pas de disposer d'une autonomie suffisante dans sa gestion stratégique et quotidienne.

En France hexagonale, l'installation des conseils de surveillance dans les centres hospitaliers, en lieu et place des conseils d'administration, a été réalisée en 2010. La réforme<sup>15</sup> a transféré la prise de décision opérationnelle du conseil d'administration vers le directeur de l'hôpital, tandis que le conseil de surveillance se concentre désormais sur les orientations stratégiques et le contrôle de la gestion. Cette évolution a entériné une séparation entre le pouvoir exécutif représenté par le directeur et le rôle stratégique confié au conseil de surveillance et a renforcé l'autonomie et la responsabilisation des directeurs. La composition des conseils de surveillance est désormais plus réduite que celle des conseils d'administration.

Le ministère chargé de la santé a indiqué au cours de l'instruction qu'un projet de loi relatif au statut d'établissement public de santé en Polynésie française était en cours de préparation et devrait être déposé à l'Assemblée du Pays avant la fin du premier semestre de l'année 2025.

Le statut d'établissement public de santé en préparation par le Pays est prévu pour réviser la composition de l'instance délibérante du centre hospitalier. En ce sens, la mise en place d'un conseil de surveillance présidé par une personnalité qualifiée qui ne serait ni le ministre chargé de la santé, ni le représentant d'un organisme chargé du financement ou du contrôle du centre hospitalier de la Polynésie française, devrait constituer, si cette orientation était entérinée, une réelle avancée, que la Chambre encourage.

### **1.1.3 Une réglementation comptable inadaptée**

#### **1.1.3.1 Les freins liés aux dispositions en vigueur**

L'article 62 alinéa 3 de l'arrêté 999 CM modifié du 12 septembre 1988 prévoit que « *Le plan comptable applicable au Centre hospitalier est établi par référence aux dispositions de l'instruction M. 21 sur la comptabilité des hôpitaux, et en application des règles de la comptabilité publique* ». De plus, l'article 62 du même texte précise que « *pour tenir compte des spécificités du Centre hospitalier territorial de la Polynésie française par rapport aux établissements métropolitains de même nature, certaines règles comptables et financières découlant de l'instruction M. 21 pourront être adaptées après accord du comptable, si les circonstances l'exigent* ». L'instruction comptable applicable est donc une version transposée de la nomenclature M.21 alors que le centre hospitalier est un établissement public administratif qui relève, théoriquement, de la nomenclature M.9, qui reste la nomenclature en vigueur pour l'établissement.

---

<sup>15</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) et instruction n° DGOS/PF1/ 2010 /112 du 7 avril 2010 relative à la mise en place des conseils de surveillance.

Ces deux nomenclatures reposent pourtant sur des fondements opposés, par exemple pour ce qui concerne l'existence de crédits évaluatifs et non limitatifs, ou l'existence d'un plan global de financement pluriannuel<sup>16</sup> en M.21. Dans la nomenclature M21, les crédits sont en principe limitatifs, conformément aux règles générales de la comptabilité publique. Cependant, certains crédits peuvent être évaluatifs, en particulier les dépenses liées à l'activité médicale et les dépenses de personnel. Les dépassements sont alors régularisés en cours d'année par des décisions modificatives prises *a posteriori*. En M.9, de manière plus exceptionnelle des dépassements de crédits peuvent-être opérés sur les dépenses de personnel, uniquement en raison des heures supplémentaires ou des remplacements. La nomenclature M.21 présente donc une souplesse de gestion parfaitement adaptée au fonctionnement d'un hôpital dont l'activité peut fluctuer rapidement et plusieurs fois au cours d'un même exercice budgétaire.

À ce jour, la nomenclature M.21 n'est pas applicable en Polynésie française. Cette situation est source d'insécurité juridique. Il existe ainsi un débat récurrent entre l'ordonnateur et le comptable pour en connaître la version à laquelle doit se référer le centre hospitalier de la Polynésie française<sup>17</sup>. Cette absence de clarté a été source d'interprétations et de différends entre l'ordonnateur et le comptable au cours de la période sous revue (2018-2024).

Les pratiques comptables mises en discussion avec les comptables successifs du centre hospitalier de la Polynésie française et avec le service du Pays du contrôle de la dépense engagée (qui n'existe pas en France hexagonale) ont pris, au fil du temps, le pas sur les contradictions ou vides juridiques de façon à permettre à l'établissement de tenir une cohérence de fonctionnement et une constance de gestion. Ces échanges et arbitrages sont cependant chronophages et peuvent s'avérer véritablement problématiques pour le fonctionnement de l'hôpital qui appelle une réactivité de tous les instants au regard de sa mission.

Ces difficultés pèsent également sur la rénovation des systèmes d'information relatifs à la gestion comptable et budgétaire et la gestion administrative du patient engagée depuis 2021 par le centre hospitalier. Il en est de même pour la mise en place d'un système d'information spécifique à la gestion des stocks et des entrepôts (*warehouse management system*) pour garantir une gestion sécurisée des ressources<sup>18</sup>. L'absence de règles comptables claires est une source de difficultés pour l'avancement de ces travaux alors que la rénovation des systèmes d'information est devenue indispensable pour assurer un fonctionnement normal de l'établissement.

### 1.1.3.2 Les évolutions à engager

Afin de simplifier la gestion comptable du centre hospitalier, la transposition complète de la nomenclature comptable hospitalière M.21 et du cadre budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé est à réaliser rapidement par le Pays.

---

<sup>16</sup> Annexe au compte financier qui fixe les grands équilibres comptables à cinq ans.

<sup>17</sup> L'instruction comptable M.21 ayant évolué à de nombreuses reprises depuis 1995. Par exemple, en 1995 l'utilisation du compte 672 était autorisée sans restriction, permettant les reports de charges.

<sup>18</sup> Un *warehouse management system* permet de gérer les stocks (suivre en temps réel, éviter les ruptures ou les surstocks), d'automatiser les processus (la réception, le stockage, la distribution et l'inventaire des produits), d'améliorer la traçabilité (suivi des produits, de leur arrivée à leur utilisation), de gérer efficacement l'espace de stockage (organisation des entrepôts) et de s'intégrer avec les autres systèmes d'information de l'hôpital.

Le ministère chargé de la santé a indiqué au cours du contrôle que le projet de loi du Pays relatif au statut d'établissement public de santé en Polynésie française actuellement en préparation s'accompagnera d'une modification de la réglementation budgétaire et comptable applicable à ces établissements.

Dans l'attente et conformément à ses observations précédentes<sup>19</sup>, la Chambre invite le centre hospitalier à continuer de solliciter de la part du Pays, la mise en place complète de la nomenclature comptable M.21.

La Chambre observe que la nomenclature comptable gagnerait à prévoir une présentation budgétaire spécifiquement hospitalière qui facilitera la lecture des produits et des charges en fonction de leur nature. Cette présentation est illustrée par la Chambre dans le tableau ci-dessous.

**Tableau n° 1 : Nouvelle présentation des charges et des produits à appliquer aux établissements publics de santé en Polynésie française**

	<i>CHARGES</i>
TITRE 1	Charges de personnel
641	<i>Dont personnel non médical</i>
642	<i>Dont personnel médical</i>
TITRE 2	Charges à caractère médical
TITRE 3	Charges à caractère hôtelier et général
TITRE 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles
	<b>TOTAL DES CHARGES</b>
	<i>PRODUITS</i>
TITRE 1	Produits versés par le régime d'assurance maladie
TITRE 2	Autres produits de l'activité hospitalière
TITRE 3	Autres produits
	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>
	<b>RESULTAT COMPTABLE PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)</b>

Source : *Chambre territoriale des comptes*

La Chambre ne peut qu'encourager toute démarche en ce sens.

<sup>19</sup> Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française, *Le centre hospitalier de la Polynésie française*, observations définitives, 2018.

## 1.2 La gouvernance

### 1.2.1 Les limites de l'organisation actuelle

En application de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté du 12 septembre 1988, « *le conseil d'administration et le directeur sont assistés* » d'une commission médicale chargée d'assurer la représentation du personnel médical et d'un comité technique paritaire. Les fonctions de ces instances, précisées dans le tableau ci-dessous, nécessitent qu'elles soient réunies en amont des séances du conseil d'administration afin que celui-ci dispose de leurs avis, le cas échéant.

En outre, une commission paritaire consultative, composée en nombre égal, de représentants de la direction de l'établissement et de représentants des organisations syndicales les plus représentatives, a pour fonction d'assurer le dialogue social entre les représentants des personnels et la direction.

**Tableau n° 2 : Commission médicale et comité technique paritaire du centre hospitalier**

Commission médicale	Comité technique paritaire
<p>(articles 27 et 33 de l'arrêté du 12/09/1988)</p> <p>La commission médicale d'établissement comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>les chefs de services médico-techniques de l'établissement,</li> <li>des représentants des adjoints et des assistants dont le nombre est égal au nombre des chefs de service, élus par l'ensemble des adjoints et assistants de l'établissement, parmi leurs pairs comptant plus de deux ans d'ancienneté dans l'établissement au moment du vote.</li> <li>la surveillante générale ou son adjoint,</li> <li>un représentant des internes et des faisant fonction d'internes désigné par l'ensemble des internes et faisant fonction d'internes de l'établissement ;</li> <li>une sage-femme élue par l'ensemble des sages-femmes de l'établissement.</li> </ul> <p>La commission médicale d'établissement est obligatoirement consultée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le budget et les comptes de l'établissement dont elle est tenue régulièrement informée de l'état d'exécution,</li> <li>le programme d'établissement et le plan directeur, l'organisation et le fonctionnement des services médicaux et pharmaceutiques et, le cas échéant, des pôles d'activités, ainsi que sur tous les aspects techniques des activités médicales,</li> <li>sur le fonctionnement des services autres que médicaux et pharmaceutiques qui intéressent la qualité des soins ou la santé des malades,</li> <li>sur le rapport annuel établi avec le concours de l'administration hospitalière et relatif à l'évaluation technique des soins dispensés dans l'établissement.</li> </ul>	<p>(articles 37 et 41 de l'arrêté du 12/09/1988)</p> <p>Le comité technique paritaire est composé :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>du directeur, président,</li> <li>du président de la commission médicale d'établissement, vice-président</li> <li>du chef du service du personnel de l'établissement, de la surveillante générale,</li> <li>de deux personnes élues pour deux ans par l'ensemble du personnel médical et paramédical,</li> <li>de deux personnes élues pour deux ans par les autres catégories de personnels.</li> </ul> <p>Un membre suppléant est désigné pour chaque membre titulaire. Il ne peut siéger qu'en remplacement de ce dernier.</p> <p>Le comité technique paritaire est consulté par le conseil d'administration ou par le directeur sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le fonctionnement des services,</li> <li>le règlement intérieur de l'établissement,</li> <li>le tableau des effectifs du personnel, à l'exception des personnels médicaux,</li> <li>les projets de compression de personnel,</li> <li>les changements importants de technologie, susceptibles d'avoir des conséquences fondamentales sur l'emploi, la qualification et les conditions de travail du personnel,</li> <li>les aménagements importants du temps de travail,</li> <li>les difficultés pouvant résulter de la reprise du travail des travailleurs handicapés, au sein de l'établissement,</li> <li>les problèmes de formation et de perfectionnement professionnels, et les programmes qui en découlent,</li> <li>le contenu du bilan social.</li> </ul>

Ce rapport est transmis au conseil d'administration et au comité technique paritaire dans des formes de nature à préserver le secret médical, le règlement intérieur de l'établissement, les questions intéressant l'aménagement et l'équipement de l'établissement, ainsi que sur l'hygiène et la salubrité des locaux, le recrutement des médecins, pharmaciens, chirurgiens, spécialistes biologistes et sur la nomination des chefs de service.

Elle propose au conseil d'administration les créations, suppressions et transformations d'activités médicales. (...) elle délibère notamment sur :  
la répartition des lits entre les services d'hospitalisations,  
la répartition des matériels techniques et des produits pharmaceutiques dans la limite des crédits ouverts.

Elle établit, sur proposition du directeur, un programme d'exécution du budget relatif aux investissements médicaux.

*Source : Chambre territoriale des comptes*

La gouvernance actuelle du centre hospitalier de la Polynésie française est l'héritière d'un modèle de fonctionnement hiérarchique qui n'associe pas suffisamment les responsables médicaux et les représentants des autres personnels à la gestion de l'établissement. En organisant une gouvernance strictement administrative, l'arrêté de 1988<sup>20</sup> pose un contexte défavorable à la communauté médicale et soignante du centre hospitalier.

L'exécutif de l'établissement est aujourd'hui composé d'une directrice assistée d'un directeur adjoint et de directeurs fonctionnels chargés des domaines suivants :

- stratégie, performance hospitalière et communication (directeur général adjoint) ;
- budget, finances et comptabilité ;
- système d'information et relation numérique ;
- achats, logistique, biomédical, services techniques et patrimoine ;
- ressources humaines, qualité de vie et bien-être au travail ;
- ressources, coordination et l'offre de soins ;
- qualité, maîtrise des risques et des processus ;
- juridique et droits des patients ;
- administration générale et sécurités.

Le centre hospitalier a indiqué au cours de l'instruction qu'il prévoit de retravailler cette organisation pour réduire le nombre de direction fonctionnelles dans le courant de l'année 2025. Cet effort de rationalisation est encouragé par la Chambre.

<sup>20</sup> Arrêté n° 999 CM du 12 septembre 1988 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du Centre hospitalier territorial de la Polynésie française.

Un comité de direction regroupe tous les lundis matin l'ensemble des directeurs fonctionnels ainsi que le président de la commission médicale d'établissement ou son représentant, avec exceptionnellement des invités sur des thématiques précises. Il a pour objet principal de passer en revue les sujets d'attention de chaque intervenant et, dans la mesure du possible, de proposer des solutions transversales.

Bien que la commission médicale et le comité technique paritaire offrent un espace de dialogue entre la direction et les représentants des personnels médicaux et non médicaux, ce schéma organisationnel mérite d'être complété. Ces deux instances ne sont en effet appelées à se réunir que trois à cinq fois par an, ce qui est insuffisant pour garantir une gestion qui responsabilise et associe les représentants des acteurs de l'établissement.

Conscient de cette difficulté, le centre hospitalier a progressivement instauré une commission permanente créée par la commission médicale d'établissement. Cette commission permanente est une instance hebdomadaire intermédiaire resserrée et plus opérationnelle que la commission médicale. Le directeur et son adjoint sont généralement conviés à chaque réunion, après évocation des problématiques strictement médicales. Il arrive également que des directeurs fonctionnels ou d'autres intervenants y soient reçus sur des sujets précis.

Pour autant, la solution que représente la commission permanente de la commission médicale trouve des limites puisque cette instance n'existe pas formellement et n'est pas en mesure de prendre des décisions, c'est à dire de jouer un rôle exécutif complet.

### 1.2.2 Les enjeux à prendre en compte

En 2020, le ministère chargé de la santé a assigné les objectifs suivants à l'établissement :

- conduire les évolutions managériales et structurelles nécessaires à la réorganisation de l'établissement, dans le cadre d'un dialogue social rénové et entretenu ;
- mettre en place un nouveau projet d'établissement, celui de 2017 arrivant à échéance en 2022 ;
- maîtriser les dépenses par l'instauration d'une gestion rigoureuse et des outils de pilotage pour améliorer la performance de l'établissement ;
- prendre en compte les dispositions du schéma d'organisation sanitaire.

Depuis, trois temps consécutifs ont marqué le projet de transformation managériale de l'hôpital, dans un contexte budgétaire et financier chroniquement dégradé.

Au cours des années 2020 et 2021, le centre hospitalier a été confronté à la crise sanitaire exceptionnelle de la pandémie de covid-19. Le choc qui en a résulté a mis en exergue les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel ainsi que les blocages de gestion qui résultent de l'augmentation des coûts d'exploitation.

Entre 2021 et 2023, le centre hospitalier a mis en œuvre un plan de retour à l'équilibre et de rénovation du management intitulé « *Paré* » construit autour de trois axes : « *maîtriser les activités, optimiser la gestion et atteindre les équilibres financiers* ». Pour aboutir, ce plan nécessitait le renforcement des compétences et des expertises des directions fonctionnelles (achats, technique, informatique, ressources humaines, finances et gestion...). Sur ce point, « *Paré* » partait du constat qu'en dépit de son positionnement comme établissement d'expertise,

de référence et de recours pour le Pays, le centre hospitalier souffrait d'un faible taux d'encadrement dans les fonctions supports.

Une première démarche de consolidation a alors été conduite en 2021 et 2022 en faisant progresser de 1,08 % à 1,3 % de l'effectif total, la part des attachés d'administration (soit de 21 à 27 attachés) et de 0,67 % à 0,75 % la part des ingénieurs (soit de 13 à 15, hors ingénieurs de physique médicale). En 2023, ces parts ne s'établissaient encore qu'à 1,3 % de l'effectif total pour les attachés administratifs et à 0,85 % pour les ingénieurs (technique, informatique et qualité). Dans le même temps, dans le cadre du programme « *Paré* », après avoir engagé l'informatisation du dossier patient achevée en 2024, le centre hospitalier a posé les jalons d'une modernisation des systèmes d'information relatifs à la gestion des fonctions administratives<sup>21</sup>, budgétaires et financières. La Chambre invite aujourd'hui le centre hospitalier à poursuivre cette démarche de professionnalisation et d'amélioration des compétences de l'établissement et de rénovation des systèmes d'information. Cette dernière ne pourra cependant aboutir qu'après la mise en application d'une nomenclature comptable purement hospitalière (cf. *supra* 1.1.3).

Entre, 2023 et 2024, dans la continuité du programme « *Paré* », l'établissement a élaboré et adopté un nouveau projet stratégique pour la période 2024 – 2030, « *AVEIA HÔPITAL 2030* »<sup>22</sup>. Celui-ci prévoit notamment une réforme des instances de pilotage de l'hôpital afin de redéfinir les rôles et les responsabilités de chaque acteur. Ce projet s'appuie par ailleurs sur une stratégie médicale rénovée, prévue pour améliorer la réponse aux besoins de santé de la population dans les domaines de compétences de l'hôpital.

En 2025, les principales priorités du centre hospitalier portent donc sur la mise en application du projet d'établissement et la modernisation des infrastructures de l'hôpital dans le respect des équilibres comptables ainsi que de la continuité, la qualité et la sécurité des soins.

### 1.2.3 La nouvelle organisation envisagée

#### 1.2.3.1 La réforme de l'exécutif

Sans porter atteinte aux périmètres des directions fonctionnelles, le pilotage du centre hospitalier doit davantage associer les représentants des personnels, médicaux et non médicaux. En ce sens, la mise en place d'un conseil exécutif ou d'un directoire<sup>23</sup>, telle que prévue par le projet d'établissement, permettra de mieux partager les décisions de gestion, notamment avec le corps médical et de responsabiliser les personnels.

Selon la Chambre, le rôle de cette nouvelle instance qui pourrait se réunir une fois par mois, sera de préparer les décisions les plus structurantes, notamment pour ce qui concerne le

---

<sup>21</sup> En particulier, la gestion administrative des dossiers des patients hospitalisés et consultants.

<sup>22</sup> Le conseil d'administration du centre hospitalier de la Polynésie française a adopté le 24 octobre 2024, son projet d'établissement « *AVEIA hôpital 2030* ».

<sup>23</sup> En France hexagonale, les différentes réformes de la gouvernance hospitalières conduites entre 2005 et 2012, ont fait évoluer l'instance de pilotage placée auprès du directeur de l'établissement de conseil exécutif en directoire. Celui-ci est aujourd'hui majoritairement composé de personnel médicaux et ses compétences sont plus étendues que celle du conseil exécutif. Les directeurs fonctionnels (finances, ressources humaines, services techniques, achats...) exercent un rôle de relais et d'appui au directoire, alors que le conseil exécutif confie un rôle plus opérationnel à l'équipe de direction (constituée du directeur, de son adjoint et des directeurs fonctionnels).

fonctionnement courant et la définition des investissements. La bonne tenue de cette instance implique que les directions fonctionnelles puissent apporter des éclairages techniques aux décisions qui seront prises avant d'être entérinées par les autres instances de l'établissement en fonction de leur périmètre de compétence. La mise en place de tableaux de bord de pilotage régulièrement mis à jour par les directions fonctionnelles<sup>24</sup> permettra au conseil de disposer d'éléments techniques dans tous les domaines de la gestion : ressources humaines, gestion budgétaire, achats et patrimoine, enjeux juridiques et médico-techniques.

Dans cette nouvelle organisation, le directeur disposera d'un domaine réservé limité, ses décisions les plus importantes nécessitant la consultation du conseil exécutif ainsi que, selon les domaines fixés par les textes, l'avis des instances de l'établissement.

Le ministère chargé de la santé a indiqué, au cours du contrôle, que le projet de loi du Pays relatif au statut d'établissement public de santé en Polynésie française, prévoit la mise en place d'un directoire. La Chambre en prend acte et appelle le ministère à organiser une instance dont la composition associera des représentants de la direction, du corps médical et des autres personnels des établissements publics de santé.

### 1.2.3.2 La rénovation de l'organisation médicale

En complément d'un exécutif rénové, la recherche d'une gestion hospitalière plus performante implique principalement pour le centre hospitalier, d'installer des pôles d'activités, constitués de plusieurs services, afin de fluidifier et médicaliser sa gouvernance.

#### ⇒ *Les bénéfices attendus d'une organisation par pôles d'activités*

Les pôles d'activités devraient idéalement être constitués à partir de disciplines connexes. Par simplification, les pôles peuvent regrouper des services précédemment constitués, mais ce modèle de construction n'est pas un idéal à atteindre nécessairement<sup>25</sup>.

Par exemple, le pôle « mère-enfant » pourrait rassembler un service de gynécologie et un service d'obstétrique. Le service de pédiatrie pourrait, quant à lui, être positionné dans le pôle « mère-enfant » ou dans un pôle de médecine constitué de la médecine interne, de la cardiologie et des autres spécialités.

#### **Disciplines et spécialités médicales : deux notions complémentaires**

Une discipline fait référence à un domaine général de la science médicale (pédiatrie, chirurgie, gynécologie obstétrique, psychiatrie, médecine interne, urgences, oncologie...). Une discipline regroupe donc plusieurs spécialités. La spécialité porte en effet sur un domaine plus précis tels que l'anesthésie, la cardiologie, la pneumologie ou la néphrologie pour la médecine interne ou bien, l'orthopédie, le vasculaire ou le digestif pour la chirurgie ou encore l'hématologie ou la sénologie pour l'oncologie.

---

<sup>24</sup> Par exemple, sur le pilotage de la masse salariale, les consommations intermédiaires, les coûts d'exploitation, les achats, la sous-traitance, l'entretien et la maintenance des équipements...

<sup>25</sup> En France hexagonale, l'article L. 6146-1 du code de la santé publique alinéa 3 prévoit que « *Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés.* »

Par comparaison, en France hexagonale, chaque pôle est piloté par un chef de pôle, assisté d'un agent de gestion (souvent au profil administratif). Les chefs de pôles sont alors les pilotes des centres opérationnels de l'hôpital. Ces pôles d'activités se conçoivent comme des espaces de proposition, de mise en œuvre des stratégies médicales et de management des équipes. Une instance de pilotage y est souvent créée afin d'associer des représentants des soignants.

Les pôles d'activités sont réputés avoir été créés sur le fondement d'un projet médical et d'études médico-économiques, dans un objectif de meilleure performance et de qualité de la prise en charge du patient. Pour autant, les regroupements de services en pôles répondent souvent *in fine* à des considérations d'ordre pratique, relationnel ou géographique, comme cela été observé en 2023 par le Cour des comptes<sup>26</sup>.

Sans que cela ne soit systématique, lorsqu'elles existent, les unités de recherche sont associées aux pôles, qu'elles portent sur la recherche fondamentale (c'est à dire en laboratoire), clinique (à partir d'essais sur des patients) ou translationnelle (opérant le lien entre la recherche fondamentale et celle réalisée au lit du patient).

Enfin, en complément des pôles médicaux, il est indispensable de constituer un ou plusieurs pôles médico-techniques ainsi qu'un pôle administratif afin que l'intégralité de l'activité de l'établissement soit couverte par cette organisation.

⇒ ***Une mise en place à engager progressivement***

Conscient du modèle ancien sur lequel repose son organisation, le projet d'établissement du centre hospitalier de la Polynésie française adopté à la fin de l'année 2024, prévoit la mise en place progressive de huit à dix pôles médicaux.

En premier lieu, le centre hospitalier a prévu la mise en place de plusieurs pôles en médecine, en santé mentale, pour les urgences et le centre de traitement des appels (SAMU), ainsi qu'en réanimation et bloc opératoires. Ces pôles joueront le rôle de préfigurateurs et d'exemples afin de faciliter progressivement, la mise en place d'autres pôles en suscitant l'adhésion des équipes médicales et soignantes.

Selon la Chambre, les principales difficultés à la constitution des pôles se situent dans la capacité à englober des entités dont la taille est compatible avec la recherche de l'efficience : en regroupant un nombre trop important de services, ils perdent leur capacité à assurer un pilotage efficace. Inversement avec une taille trop réduite, les pôles continuent de diluer l'action médicale de l'établissement et n'apportent que peu d'efficacité à la gouvernance.

Il serait réaliste que le centre hospitalier installe, dans un premier temps, une douzaine de pôles pour atteindre, progressivement, à une échéance de deux à cinq ans, la mise en place de huit à dix pôles. Un tel changement de gouvernance ne peut en effet se réaliser que progressivement afin de permettre aux acteurs les plus réticents de mesurer, par l'exemple, les bénéfices apportés par cette nouvelle organisation.

---

<sup>26</sup> [Cour des comptes, La tarification à l'activité, rapport d'observations définitives, 2023.](#)

La Chambre recommande au centre hospitalier de constituer progressivement à partir de 2025, des pôles qui regroupent des activités similaires ou qui répondent à une logique de parcours du patient<sup>27</sup>. En ce sens, l'articulation entre les pôles d'activités et le projet médical est à réaliser de la manière suivante :

- le projet médical définit les objectifs globaux et les priorités de soins ;
- les pôles d'activités mettent en œuvre ces objectifs dans leurs domaines spécifiques ;
- les chefs de pôle coordonnent les actions au sein de chaque pôle, en s'assurant que les activités sont alignées avec le projet médical de l'établissement.

En résumé, les pôles impulsent une gouvernance associant médecins, administratifs et soignants. Le centre hospitalier de la Polynésie française doit donc poursuivre les changements opérés dans son organisation et installer des premiers pôles à partir de 2025 pour aboutir à une organisation qui couvrira l'ensemble des activités de l'établissement d'ici à la fin de l'année 2026.

<b>Recommandation n° 1.</b> Finaliser, d'ici à la fin de l'année 2026, la mise en place des pôles sur l'ensemble de l'établissement.
--

### 1.3 Le pilotage de la performance

Dans un contexte de recherche d'une plus grande maîtrise des dépenses et d'une allocation plus pertinente des ressources, la comptabilité analytique et le contrôle de gestion représentent des outils indispensables au pilotage d'un établissement de santé. La mise en place d'une gouvernance plus médicalisée est un élément facilitateur au déploiement de ces outils et au développement d'une culture de gestion compatible avec la qualité et la sécurité des prises en charge.

En ce sens, depuis 2020, le centre hospitalier de la Polynésie française a engagé des actions concrètes, qui étaient jusque-là inexistantes, pour mettre en place un pilotage de la performance de sa gestion.

---

<sup>27</sup> Par comparaison, en France hexagonale, l'article L. 6146-1 du code de la santé publique prévoit à son alinéa 3 que « *Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prise en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médico-techniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médico-techniques qui leur sont associés.* ».

### 1.3.1 La comptabilité analytique

#### 1.3.1.1 Les attendus de la comptabilité analytique

La comptabilité analytique hospitalière permet de produire plusieurs outils en fonction des besoins de pilotage et de suivi médico économique de l'établissement.

La recherche d'efficience liée à la mise en place des pôles médicaux ne trouve de sens que si l'hôpital développe une comptabilité analytique alimentée à partir « *d'unités fonctionnelles* »<sup>28</sup> calées sur l'organisation en pôles afin de déterminer des « *sections d'analyse* » qui couvrent l'intégralité de la structure de l'établissement. L'objectif des sections d'analyse est de faciliter la répartition des coûts indirects, c'est à dire des charges communes entre les différentes unités fonctionnelles. Ces sections permettent de clarifier la manière dont les ressources sont utilisées à travers l'ensemble de l'hôpital. En outre, à chaque évolution de l'organisation (disparition ou création d'un service, par exemple), le « *fichier commun structure* » – qui regroupe les sections d'analyse de l'établissement - doit être mis à jour.

#### 1.3.1.2 Le déploiement de la comptabilité analytique

Le projet d'établissement 2017-2022 du centre hospitalier de la Polynésie française a identifié le retard pris dans la mise en place des outils de gestion, notamment en matière de comptabilité analytique. En réponse, après des premières actions engagées depuis 2018, le projet d'établissement adopté à la fin de l'année 2024 confère une place centrale à la comptabilité analytique.

L'actuel système d'information de gestion économique et financière du centre hospitalier de la Polynésie française ne permet pas la mise en œuvre d'une comptabilité analytique complète et automatisée. Le projet de modification et modernisation du système d'information a été initié en 2021 et a fait l'objet d'un accompagnement en 2022 et 2023, notamment pour la réécriture des processus de gestion de l'établissement, la définition du cahier des charges de l'outil et le choix de la solution. Ces travaux se poursuivent et permettent d'envisager, au mieux, une installation du nouvel outil pour la gestion administrative et financière en 2026. Le dossier patient informatisé a, préalablement, fait l'objet d'une mise en exploitation en 2024.

Dans l'attente de la modernisation du système d'information comptable et financier de l'établissement, la comptabilité analytique fait l'objet de travaux continus et permet la bonne imputation de 80 % des dépenses de l'établissement. Au cours de l'année 2024, dans la

---

<sup>28</sup> En comptabilité analytique hospitalière, pour être en mesure d'affecter les charges et les produits par destination, l'établissement doit découper son organisation et ses activités en sections d'analyse (compartiment d'affectation des charges analytiques qui doit permettre le rapprochement entre les ressources identifiées et une activité précisément mesurée). La plus petite entité de l'établissement à partir de laquelle sont collectées les informations s'intitule « *unité fonctionnelle* » : une section d'analyse peut ainsi être composée d'une ou de plusieurs unités fonctionnelles. L'établissement doit procéder à la documentation de ce découpage analytique dans un document intitulé « *fichier commun structure* » afin d'être en mesure d'affecter avec précision les produits et les charges à l'ensemble des sections d'analyse.

perspective de la préparation du budget de l'exercice, 2025, des travaux complémentaires ont permis d'étendre à 85 % les dépenses suivies en comptabilité analytique en y intégrant notamment celles du magasin central, de maintenance et d'énergie.

Pour ce qui concerne les recettes, la majorité d'entre elles font à ce jour l'objet d'un suivi, notamment par le biais du codage médical des actes et des séjours qui conditionne plus de 60 % des produits du budget principal.

Nonobstant ces difficultés, l'établissement a produit en 2022 et 2023 des comptes de résultats analytiques par service. Ceux-ci permettent à l'hôpital de juger de l'équilibre économique d'un service en confrontant directement ses charges à ses produits. À l'aune de la mise en place des pôles, le centre hospitalier de la Polynésie française gagnerait à produire progressivement des comptes de résultats analytiques par pôles tout en conservant la finesse de l'observation des services.

L'établissement prévoit, par ailleurs, de réaliser progressivement à partir de 2025 des actions précises pour améliorer sa comptabilité analytique :

- poursuivre le travail de structuration et de calcul engagé et définir le niveau d'analyse le plus adapté au dialogue avec les médecins et les soignants ;
- engager une analyse du coût des sections en amont du soin (gestion, logistique générale, logistique médicale, etc.), qui participent indirectement au soin mais pèsent souvent considérablement dans son coût ;
- tester un calcul de marge sur coûts directs afin de chercher une augmentation de la fréquence de production des chiffres, pour ne pas limiter les dialogues de gestion sur base analytique à une seule fois par an.

Conformément au projet d'établissement du centre hospitalier, la Chambre l'encourage à positionner la comptabilité analytique au centre du pilotage de la performance.

Lorsqu'elle sera complète, la comptabilité analytique devrait permettre d'éclairer les instances de l'établissement et le Pays sur la réalité des coûts d'hospitalisation dans chaque unité de l'établissement. Cette connaissance pourrait, à terme, être utilisée dans la définition des ressources allouées par le Pays et le régime d'assurance maladie, géré par la caisse de prévoyance sociale, au centre hospitalier.

En résumé, la comptabilité analytique hospitalière permettra de fixer de nouvelles modalités de pilotage de l'activité, une gouvernance modernisée et de réformer le mode d'allocation des ressources de l'hôpital. Son appropriation nécessite cependant de dispenser des formations spécifiques à l'ensemble des personnels. Des formations particulières seront, en outre, à proposer aux chefs de pôles.

## **1.3.2 Le contrôle de gestion**

### **1.3.2.1 Les dialogues de gestion**

Depuis 2017, date de mise en place de la première unité de contrôle de gestion, le centre hospitalier de la Polynésie française a progressivement adopté des indicateurs de performance pour chacun de ses services. Pour les unités médicales, ces indicateurs portent principalement

sur les dotations en personnel, le nombre de lits et d'unités médicales, les taux d'occupation, les durées moyennes de séjour, la consommation de la masse salariale et les dépenses pharmaceutiques. En outre, les absences, les consommations d'heures supplémentaires, les heures dues et récupérées ainsi que le nombre de séjours et de consultations sont également suivies.

Sur le fondement de ces indicateurs, de premiers dialogues de gestion ont été organisés en 2022 entre la direction et les services médicaux. Ils consistaient en une réunion annuelle avec le chef de service, le cadre supérieur et le cadre de proximité et en présence de la direction générale et des directions des finances, des soins et des ressources humaines.

Ces dialogues de gestion s'appuyaient sur des premiers tableaux de bord élaborés par service mais limités à des données financières de dépense, de ressources humaines et à quelques indicateurs qualité.

La Chambre a pu vérifier la complétude d'un échantillon de tableaux de bord. Le retard partiel constaté sur le suivi des actes médicaux réalisés dans les services ne permettait pas de partager de tableaux de bord médicalisés, ni de mesurer un taux de marge financier.

Une deuxième série de dialogues de gestion a été menée en 2023 dans un format similaire au précédent. Les tableaux de bord servant de support aux échanges ont été améliorés mais ne comportaient pas encore les données d'activité médicale de l'année précédente. Ces dialogues de gestion ont été organisés avec des premiers regroupements de services (urgences/service d'aide médicale urgente, pédiatrie/néonatalogie, biochimie/biologie...). Les échanges conduits en 2023 ont également été l'occasion d'aborder le projet d'établissement en cours d'élaboration ainsi que les thématiques de la qualité des pratiques et de la gestion des risques<sup>29</sup>.

En 2024, les dialogues de gestion n'ont pas été tenus en raison d'un contexte budgétaire marqué par l'adoption d'un budget primitif qui ne permettait pas de couvrir l'ensemble des charges de l'année et conditionné à la promesse d'un soutien du Pays. En mai 2024, les chefs de service médicaux ont adressé au président du Pays un courrier de menace de démission de leurs « *fonctions administratives de chef de service* ». Le versement d'une subvention exceptionnelle en fin d'année 2024 et la création de 96 postes supplémentaires a permis d'apaiser la situation.

Chaque année depuis 2022, une restitution des données d'activité hospitalière est réalisée devant la commission médicale et au conseil d'administration de l'établissement. Ces restitutions sont effectuées à la suite de la présentation du compte administratif. Une présentation du bilan social est également réalisée à cette occasion.

Dans le cadre de la mise en place des pôles et des travaux relatifs à la comptabilité analytique, de nouveaux indicateurs seront conclus avec les pôles et feront l'objet d'un suivi par les responsables de pôles, les directeurs référents de pôle et le contrôleur de gestion.

---

<sup>29</sup> Un comité de coordination de la qualité et de la gestion des risques réunit chaque mois les référents et les responsables des domaines de risques associés aux soins de l'établissement (risques médicaux, paramédicaux, identitovigilance, risques liés à la prise en charge médicamenteuse, risques infectieux...).

### **La démarche de modernisation du système d'aide à la décision engagée par le centre hospitalier**

Le centre hospitalier a initié depuis 2024 le projet de créer un système interne d'information décisionnel (SID). L'objectif principal est de pouvoir suivre des indicateurs prédéfinis, permettant à l'utilisateur d'analyser l'état d'un domaine (une unité, la capacité des lits de l'hôpital, la masse salariale, etc.). Ces indicateurs pourront être visualisés sous différentes formes (chiffre, jauge, courbes, tableaux, etc.).

L'utilisateur final devra avoir la possibilité de filtrer les données analysées en fonction de divers paramètres. Il pourra également sélectionner la période sur laquelle il souhaite faire l'analyse. Des utilisateurs extérieurs (agence de régulation sanitaire et sociale, caisse de prévoyance sociale, direction de la Santé) seront amenés à être destinataires de certaines de ces analyses de données.

Le système envisagé devrait également produire des analyses de données exploratoires spécifiques et ponctuelles pour répondre à des demandes de statistiques sur l'activité d'une unité ou sur des travaux de recherches.

Conformément aux objectifs qu'il s'est fixé, la Chambre invite le centre hospitalier à reprendre en 2025, la tenue des dialogues de gestion avec les services médicaux sur le fondement d'indicateurs d'activité et d'indicateurs médico-économiques. Ces travaux devront s'inscrire dans un objectif de pilotage médico-économique renforcé de l'établissement et devront être engagés de manière partagée avec les personnels médicaux, soignants et techniques.

#### 1.3.2.2 La contractualisation avec les pôles médicaux

Lorsque les pôles médicaux seront installés, la conclusion d'un contrat entre la direction et chacun des pôles s'avèrera indispensable pour fixer des objectifs d'activité et de performance ainsi que pour développer de nouvelles activités<sup>30</sup>. Cette contractualisation est prévue par le projet d'établissement du centre hospitalier adopté à la fin de l'année 2024.

Dans ces conditions, le directeur de l'établissement signera un « *contrat de pôle* » avec le chef de pôle après avis du comité exécutif pour une durée idéalement comprise entre deux et quatre ans.

Selon la Chambre, les contrats de pôles représentent une voie à suivre pour améliorer la gestion de l'établissement et matérialiser le partage des responsabilités de gestion.

Ces contrats restent à établir effectivement autour d'objectifs d'activité, d'efficacité médico-économique, de qualité ou encore de management.

Comme le prévoit le projet d'établissement adopté en 2024, chaque contrat de pôle devra organiser une délégation de gestion permettant au chef de pôle de disposer d'une marge de gestion dans des domaines précis tels que la continuité du service - à partir d'une enveloppe de mensualités de remplacement fixée annuellement-, des crédits de formation ou des achats, pour un montant limité. Le pilotage technique de l'achat sera géré par la direction des achats.

---

<sup>30</sup> En France hexagonale, l'article L. 6146-1 alinéa 7 du code de la santé publique prévoit à ce titre que « Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. ».

L'adoption de ces contrats doit permettre de faciliter la gestion quotidienne des services par le biais des délégations de gestion. Cette démarche est également de nature à participer à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Afin d'engager un dialogue de gestion avec la direction, chaque pôle devra réaliser le suivi des indicateurs fixés par le contrat. Pour cette mission, le pôle devrait idéalement bénéficier de l'appui d'un personnel de direction ou d'un personnel administratif. Cet agent sera alors chargé d'élaborer des tableaux de suivi pour le pilotage administratif et financier du pôle. Si un tel mode de fonctionnement était retenu, le déploiement de ces agents nécessiterait de redéfinir des moyens en interne ou bien de procéder à des recrutements spécifiques.

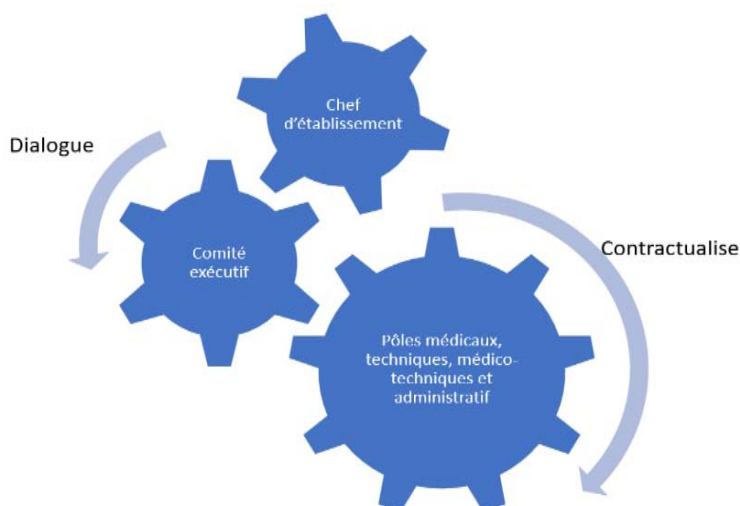
Par ailleurs, l'atteinte des objectifs inscrits au contrat pourrait donner lieu à un intéressement versé au pôle sous la forme d'une dotation budgétaire complémentaire en fonctionnement ou en investissement. L'intéressement serait annuel et ne pourrait être engagé que lorsque la situation financière de l'hôpital le permet.

La conclusion des contrats de pôle et un compte rendu annuel de leur activité seront à présenter chaque année par la direction au conseil exécutif et au conseil d'administration.

En plus de la création d'un conseil exécutif (ou d'un directoire), la mise en place des pôles d'activité et des contrats de gestion associés permettra de rénover le management médico-administratif au bénéfice de la recherche de performance de l'établissement. Ce modèle de gouvernance renforce la responsabilisation des acteurs.

La définition de contrats de pôles en faveur d'une meilleure gestion, au bénéfice de la qualité et de la sécurité des prises en charge, est donc à engager au centre hospitalier de la Polynésie française.

### Schéma n° 1 : Fonctionnement de la nouvelle gouvernance



Source : Chambre territoriale des comptes

La nouvelle gouvernance et la rénovation du mode de pilotage de l'établissement ne produiront pleinement leurs effets qu'à la condition de la mise en place du statut d'établissement public de santé et d'une nomenclature comptable adaptée aux spécificités hospitalières.

### **CONCLUSION INTERMEDIAIRE**

*Le centre hospitalier de la Polynésie française fonctionne sous un statut d'établissement public administratif inadapté aux missions hospitalières. Son conseil d'administration est à recomposer du fait d'une possible confusion des rôles entre l'autorité de tutelle et l'instance décisionnelle. De surcroît, le cadre comptable repose sur des dispositions obsolètes et incomplètes. L'absence d'une transposition explicite et complète de la nomenclature M.21 spécifique aux établissements de santé entraîne des difficultés persistantes de gestion et de contrôle. Une harmonisation rapide des règles budgétaires et comptables avec celles des établissements publics de santé est donc nécessaire. La juridiction a déjà formulé ces observations lors de son précédent contrôle en 2018. En réponse, le Pays envisage d'adopter un statut d'établissement public de santé.*

*La gouvernance actuelle ne permet pas une implication suffisante des personnels médicaux et soignants. Le projet « AVEI'A Hôpital 2030 » adopté en 2024 prévoit cependant la création d'un directoire associant la direction et des médecins, dans un contexte où l'établissement a déjà engagé des réformes pour une gestion plus efficace, telles la mise en place de la comptabilité analytique et un pilotage centré sur des indicateurs médico-économiques.*

*Ces axes, qui étaient inexistantes jusqu'en 2020, restent à développer et la Chambre recommande au centre hospitalier, conformément à ce que prévoit son projet d'établissement, d'installer des pôles médicaux sur l'ensemble de ses activités d'ici à la fin 2026. Une contractualisation avec ces pôles médicaux sera, en outre, indispensable pour atteindre des objectifs d'activité et de performance. Cette démarche vise à responsabiliser les chefs de pôles et à améliorer la gestion des ressources hospitalières.*

*Le centre hospitalier doit faire l'objet de réformes structurelles majeures, dont certaines relèvent du Pays, pour améliorer son efficacité, en modernisant son statut, sa gouvernance et ses outils de gestion. La mise en place d'un modèle hospitalier médicalisé et performant est essentielle pour répondre aux besoins de santé de la Polynésie française.*

---

## 2 LA MISSION DE SOINS

La mission de soins d'un hôpital fait référence à l'ensemble des services et des actions médicales qu'il est chargé d'assurer pour répondre aux besoins de santé de la population. Cette mission implique la prise en charge des patients, l'accessibilité et la continuité des soins, la formation et la recherche, la santé publique et la prévention et la coordination avec les autres acteurs de santé.

Le centre hospitalier de la Polynésie française exerce un rôle similaire à celui exercé par les centres hospitaliers régionaux hexagonaux. En complément de sa mission de premier recours, il a également vocation à offrir à la population un accès aux disciplines médicales qui ne sont pas dispensées par les autres établissements sanitaires installés en Polynésie française.

Le centre hospitalier, en tant qu'établissement de premier et dernier recours de la Polynésie française, cumule ainsi une fonction de production de soins courants pour la population et une fonction de dispensation des soins de second niveau. L'absence de prise en charge sur le territoire peut alors conduire à réaliser une évacuation sanitaire principalement vers la France hexagonale. Sa stratégie le conduit à proposer une offre de soins de plus en plus spécialisée afin d'éviter autant que possible ces évacuations financièrement onéreuses et souvent difficiles à gérer sur le plan psychologique pour les patients et leurs proches.

La crise sanitaire a bousculé le fonctionnement du centre hospitalier en 2020 et 2021 et dans une moindre mesure en 2022. La prise en charge de patients concernés par la covid-19 a temporairement retardé la mise en œuvre d'une partie de la stratégie du centre hospitalier et explique que nombre de projets aient été reportés sur les années suivantes.

### 2.1 Le pilotage de l'activité

#### 2.1.1 Le dimensionnement capacitaire

Le nombre de lits et places autorisés, appelé « *capacitaire* », du centre hospitalier n'a pas connu d'évolution majeure entre 2018 et 2024. Selon les documents communiqués à la juridiction, au 31 décembre 2024, l'établissement disposait de 439 lits (en comptabilisant 15 lits d'hôpital de jour) en médecine, chirurgie et obstétrique et 66 lits en psychiatrie.

L'établissement disposait, par ailleurs, de 29 places en médecine, chirurgie et obstétrique et de 17 places de pédopsychiatrie. Les places offrent un espace de prise en charge sans nuitée (par exemple, pour une injection de chimiothérapie). Les différentes spécialités ouvertes permettent au centre hospitalier de la Polynésie française d'offrir un large éventail de soins au bénéfice de la population.

Dans le cadre du projet d'établissement qu'il a adopté en 2024 et qui a reçu l'accord de son autorité de tutelle, le centre hospitalier prévoit de réformer son capacitaire afin de l'adapter aux nouveaux enjeux de la prise en charge hospitalière en Polynésie française qui trouvent leur source dans l'évolution de l'état de santé de la population. Cet état de santé résulte notamment des progressions des maladies chroniques non transmissibles tels que le diabète, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et les cancers. Ces nouveaux défis appellent une rénovation de l'offre de soins proposée par le centre hospitalier.

**Tableau n° 3 : Capacitaire au 31 décembre 2024**

Secteur	Nombre de lits et places
Mère-enfant	118
Anesthésie-Réanimation-Douleur	28
Chirurgie	108
Médecine	93
Cardiologie et d'Angiologie	29
Néphrologie/Hémodialyse	18
Urgences	12
Oncologie	9
Hospitalisation de Jour	15
Autres	9
<b>Total en hospitalisation</b>	<b>439</b>
<b>Total en psychiatrie</b>	<b>66</b>
Places de jour en médecine, chirurgie et obstétrique	29
Places de pédopsychiatrie	17

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les données du centre hospitalier

En complément d'un nouveau capacitaire qui reste à déterminer et pour lequel le centre hospitalier a déjà lancé de premières études, la distribution des moyens humains appellera une redéfinition des maquettes organisationnelles<sup>31</sup>.

Ces enjeux sont parfaitement pris en compte par l'établissement. Les réflexions engagées par le centre hospitalier dépendent cependant des évolutions qui sont envisagées par le ministère chargé de la santé pour l'organisation sanitaire de la Polynésie française, en particulier des orientations qui seront fixées aux hôpitaux de la direction de la santé. Dans ce contexte, effectivement intégré par l'établissement, la juridiction invite le centre hospitalier à poursuivre les réflexions qu'il a entamé en ce sens.

### 2.1.2 La dynamique de l'activité

L'activité du centre hospitalier se mesure à travers les passages aux urgences, les entrées, les journées et les actes techniques (interventions, imagerie).

Entre 2018 et 2023 (et hors crise sanitaire), le nombre de passages aux urgences n'a presque pas évolué (- 1,55 %, soit 636 passages de moins qu'en 2018) et le nombre d'entrées et de journées, soit une hospitalisation de 24 heures, (hors psychiatrie) ont respectivement diminué de 4,11 % et 2,61 %. Cette baisse du nombre de journées provient, non pas d'une décroissance de l'activité, mais d'une réduction des durées de séjours et d'une progression des prises en charge sans nuitée. Elle ne traduit donc pas une décroissance, mais une transformation de l'activité.

---

<sup>31</sup> Une maquette organisationnelle est une représentation schématique de l'organisation interne des services de soins. À l'échelle de l'établissement, elle permet de visualiser la structure et l'articulation des différents services et unités de soins. Elle peut être présentée sous forme de schéma, d'organigramme ou de plan détaillé.

La réduction du nombre de naissances (156 naissances de moins en 2023 par rapport à 2018) confirme celle observée au niveau national, mais la tendance reste à plus de 2 000 accouchements par an. Le développement d'un pôle physiologique en maternité, tel qu'il est envisagé par le centre hospitalier, permettra d'offrir une alternative aux futures mères tout en améliorant la prise en charge globale de la naissance. Il contribuera à une meilleure satisfaction des patientes, une réduction des coûts et une meilleure allocation des ressources médicales, tout en maintenant une prise en charge sécurisée.

#### L'approche physiologique en maternité

Ce type de prise en charge favorise un accouchement moins médicalisé pour les femmes qui le souhaitent et qui présentent une grossesse à faible risque. Il repose sur une prise en charge qui limite les interventions (péridurale, déclenchements, césariennes non justifiées médicalement). Il favorise une plus grande liberté de mouvement et l'usage de techniques naturelles de gestion de la douleur (bain chaud, hypnose, acupuncture, massage...) réduisant ainsi l'anxiété par une approche plus douce de l'accouchement.

**Tableau n° 4 : Principaux indicateurs de l'activité du centre hospitalier**

Activité	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
Passages aux urgences	41 045	41 045	34 911	40 225	41 841	40 409	- 636	- 1,55 %
Naissances	2 333	2 264	2 218	2 041	2 162	2 177	- 156	- 6,69 %
Entrées	26 791	26 446	18 829	20 326	20 667	25 691	- 1 100	- 4,11 %
Journées (hors psychiatrie)	126 935	125 058	nd	122 298	122 407	123 625	- 3 310	- 2,61 %
Journées (psychiatrie)	25 462	22 777	20 077	16 146	19 428	19 789	- 5 673	- 22,28 %
Interventions bloc central	10 152	9 957	8 950	8 878	9 028	9 144	- 1 008	- 9,93 %
Interventions bloc obstétrique	6 428	6 729	6 506	5 884	6 226	6 390	- 38	- 0,59 %
Imagerie à résonance magnétique	6 394	6 697	5 860	5 438	4 447	4 019	- 2 375	- 37,14 %
Scanner	13 886	14 156	14 169	16 159	16 145	16 576	2 690	19,37 %
Évacuations sanitaires	644	679	672	771	919	971	327	50,78 %

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les données du centre hospitalier

Entre 2018 et 2023, les taux d'occupation des lits en médecine, chirurgie et obstétrique présentaient des niveaux élevés, nonobstant une diminution en obstétrique. Ce service est cependant utilisé en repli lorsque la médecine et la chirurgie font face à des flux de patients qui dépassent leur capacité d'accueil. Ces taux d'occupation élevés traduisent clairement la dynamique de l'activité dans un contexte où les durées de séjours ont diminué.

**Tableau n° 5 : Taux d'occupation des lits**

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Médecine	99,9 %	99,0 %	96,6 %	98,5 %	96,4 %	95,7 %
Chirurgie	96,0 %	92,0 %	83,0 %	87,0 %	90,0 %	92,0 %
Obstétrique	84,0 %	75,0 %	71,0 %	61,0 %	64,0 %	68,0 %

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les données du centre hospitalier

### 2.1.3 Le suivi médical de l'activité

#### 2.1.3.1 La codification médicale des actes et des séjours

En France hexagonale, l'identification de l'activité médicale de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (dénommé activité de « *courts séjours* »<sup>32</sup>) repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le résumé de sorties standardisées ainsi que sur le traitement méthodique de ces données<sup>33</sup>. Ce recueil effectué sur le fondement de nomenclatures relatives aux diagnostics<sup>34</sup> et aux actes<sup>35</sup> a notamment pour but de mettre à la disposition de l'assurance maladie des informations sur l'activité médicale des établissements. La méthode de recueil et de transmission de ces informations est commune aux établissements de santé publics et privés ayant une activité courts séjours.

Pour garantir la mise en œuvre du suivi médical de l'activité, le praticien chef de service ou responsable d'une unité médicale ou médico-technique ainsi que le praticien ayant dispensé les soins sont, chacun pour ce qui les concernent, responsables de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'ils transmettent, pour traitement, au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement. C'est ce dernier qui réalise la transmission à l'assurance maladie.

Toute hospitalisation fait ainsi l'objet d'un recueil d'informations transmis sous forme anonyme à la caisse de prévoyance sociale à des fins de facturation. Le programme de médicalisation des systèmes d'information recueille à cette fin les données de l'ensemble des hospitalisations avec pour finalité d'adresser un financement aux établissements de santé.

Ainsi, pour chaque patient, un dossier médical doit être créé. Celui-ci comporte un dossier clinique détaillé, un dossier infirmier, les comptes rendus médicaux, chirurgicaux ainsi que les comptes rendus des examens (imagerie, biologie...).

L'exhaustivité et la qualité du codage des séjours reposent sur des organisations qui varient entre les établissements. Deux organisations types peuvent être mise en place :

- un codage décentralisé réalisé directement dans les unités médicales ;
- un codage centralisé au « *département de l'information médicale* » de l'établissement, composé de médecins et de techniciens spécialisés dans le traitement de l'information médicale .

Lorsque le codage médical est décentralisé, des techniciens sont positionnés dans les unités médicales pour assister les praticiens hospitaliers dans leur fonction de codage. Ce modèle implique davantage les médecins et représente, pour ceux-ci, une charge de travail supplémentaire. Il est alors fréquent que le praticien délègue la fonction de saisie du codage

---

<sup>32</sup> Par opposition aux anciennes appellations de « *moyen séjour* » et de « *long séjour* ».

<sup>33</sup> La première version française de classification des séjours a été publiée en 1986.

<sup>34</sup> Nomenclature internationale de l'organisation mondiale de la santé. La dixième révision (*CIM-10*) a été publiée en 1993 et des mises à jour sont effectuées annuellement.

<sup>35</sup> Selon la classification commune des actes médicaux définie par l'assurance maladie après consultation des professionnels de santé et en coopération avec l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) qui propose des codes, des libellés et veille au respect des règles de construction.

dans le système d'information à une secrétaire médicale qui peut bénéficier, le cas échéant, de l'appui du département de l'information médicale.

Au centre hospitalier de la Polynésie française, comme dans plus de 70 % des établissements de France hexagonale<sup>36</sup>, les opérations de codage des actes et des séjours sont centralisées au département de l'information médicale. La centralisation du processus de codage permet de garantir l'uniformisation des procédures de codage mais nécessite un dialogue constant avec les unités médicales pour s'assurer de la transmission exhaustive et en temps réel des informations relatives aux séjours. En complément, des techniciens de l'information médicale sont également mis à disposition des unités médicales pour les accompagner dans le codage des séjours.

Sur le plan du système d'information, le nouveau dossier patient informatisé a été déployé au quatrième trimestre 2024. Ce déploiement est associé à une refonte complète de l'architecture du système d'information utilisé pour le codage médical. Ce déploiement a été utilisé pour instaurer progressivement un codage partiellement décentralisé.

Pour que les informations administratives et médicales contenues dans les résumés standardisés de séjours puissent bénéficier d'un traitement automatisé, celles-ci sont classées par le département de l'information médicale du centre hospitalier dans des « *domaines d'activité* » en application d'un algorithme de classement national. La comparaison des séjours classés sur une période permet d'identifier l'évolution des domaines d'activités du centre hospitalier sur cette période.

C'est après ces traitements que les données sont envoyées, par le département de l'information médicale du centre hospitalier, à la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française afin que ces données puissent donner lieu à valorisation financière en fonction des tarifs applicables<sup>37</sup>. Ces éléments permettent à la caisse de fixer le montant annuel de la dotation globale de financement (cf. partie 4.2 relative au mode de financement du centre hospitalier).

### 2.1.3.2 Le panorama de l'activité médicale

Le codage des séjours et séances du centre hospitalier peut être représenté par domaines d'activité médicale tels que définis par la nomenclature nationale. Celle-ci permet notamment d'observer l'évolution des prises en charge et du profil de la patientèle du centre hospitalier entre 2018 et 2023.

En hospitalisation, l'obstétrique (domaine 13) réalisait le plus grand nombre de séjours en 2023 (3 455), devant les 2 280 séjours réalisés en digestif (domaine 1), notamment pour les endoscopies digestives et les 2 186 séjours comptabilisés pour les nouveaux nés. L'activité

---

<sup>36</sup> Selon les données de la statistique annuelle des établissements de santé. Celle-ci est une enquête administrative exhaustive obligatoire, organisée chaque année par le ministère de la santé auprès de tous les établissements de santé de France hexagonale. Elle recueille des informations d'activité, d'organisation et d'équipement des hôpitaux. Elle est disponible à l'emplacement suivant : [la statistique annuelle des établissements \(SAE\) | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques \(solidarites-sante.gouv.fr\)](#).

<sup>37</sup> Les tarifs des séjours correspondent aux tarifs applicables en France hexagonale, augmenté d'un coefficient de majoration.

obstétricale et périnatale suit l'évolution de la natalité en France hexagonale avec une diminution marquée ces deux dernières années<sup>38</sup>.

Les traumatismes multiples graves et complexes (domaine 3) ainsi que les transplantations d'organes (domaine 25) connaissent les plus faibles volumes de séjours.

La diminution de 12,54 % du nombre de séances (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse...) entre 2018 et 2023 concernait la dialyse et la radiothérapie. Ce constat sur la dialyse s'explique par la diminution du nombre de patients dialysés en 2022 et 2023 en raison des décès survenus dans cette population au cours de la crise sanitaire ainsi que de la progression des places offertes sur l'ensemble du territoire, notamment par des opérateurs privés. Par ailleurs, la diminution des séances de radiothérapie provient d'une évolution des techniques utilisées qui consistent à réduire le nombre de séances prescrites pour chacun des patients en traitant avec une plus grande précision la zone concernée.

**Tableau n° 6 : Classification des séjours par domaines d'activités**

En nombre de séjours		2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
D01	Digestif	2 186	2 228	1 742	2 063	2 129	2 280	94	4,30 %
D02	Orthopédie traumatologie	1 882	1 791	1 586	1 542	1 681	1 689	-193	-10,26 %
D03	Traumatismes multiples ou complexes graves	51	34	34	26	39	50	-1	-1,96 %
D04	Rhumatologie	427	393	350	402	524	530	103	24,12 %
D05	Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	1 656	1 623	1 385	1 585	1 693	1 657	1	0,06 %
D06	Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	956	1 168	1 086	1 132	1 362	1 516	560	58,58 %
D07	Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	1 692	1 630	1 494	1 617	1 728	1 752	60	3,55 %
D08	Vasculaire périphérique								
D09	Pneumologie	1 659	1 865	2 141	2 758	2 237	1 886	227	13,68 %
D10	ORL, Stomatologie	817	802	593	718	794	805	-12	-1,47 %
D11	Ophthalmologie	703	762	579	606	709	709	6	0,85 %
D12	Gynécologie - sein	703	683	593	622	742	886	183	26,03 %
D13	Obstétrique	3 691	3 539	3 365	3 172	3 296	3 455	-236	-6,39 %
D14	Nouveau-nés	2 373	2 288	2 256	2 073	2 146	2 186	-187	-7,88 %
D15	Uro- néphrologie et génital masculin	1 641	1 736	1 483	1 465	1 689	1 823	182	11,09 %
D16	Hématologie	533	505	507	558	817	1 185	652	122,33 %
D17	Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	371	427	497	605	413	322	-49	-13,21 %
D18	Maladies infectieuses (dont VIH)	389	496	413	346	364	350	-39	-10,03 %
D19	Endocrinologie	349	430	420	452	588	591	242	69,34 %
D20	Tissu cutané et tissu sous-cutané	968	981	998	873	1 079	1 248	280	28,93 %

<sup>38</sup> [Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, analyse de l'activité hospitalière, 2023.](#)

En nombre de séjours		2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
D21	Brûlures	68	64	64	57	67	78	10	14,71 %
D22	Psychiatrie	300	243	137	155	180	238	-62	-20,67 %
D23	Toxicologie, Intoxications, Alcool	339	473	330	354	495	441	102	30,09 %
D24	Douleurs chroniques, Soins palliatifs	187	188	235	230	219	114	-73	-39,04 %
D25	Transplantation d'organes	13	13	3	5	12	20	7	53,85 %
D26	Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	3 503	3 503	3 264	3 761	3 039	1 722	-1 781	-50,84 %
D27	Séances	45 196	45 137	41 463	40 616	41 413	39 528	-5 668	-12,54 %
D90	Séjours en erreur de codage	14	4	52	46	15	9	-5	-35,71 %
	<b>Séjours totaux</b>	<b>72 667</b>	<b>73 006</b>	<b>67 070</b>	<b>67 839</b>	<b>69 470</b>	<b>67 070</b>	<b>-5 597</b>	<b>-7,70 %</b>

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les données du centre hospitalier

### 2.1.3.3 Les pistes d'avenir

Selon la juridiction, le codage de l'activité médicale est de nature à surpasser l'intérêt de la valorisation financière des séjours. Il est indispensable pour le bon fonctionnement de l'hôpital et doit être renforcé à des fins de connaissances scientifiques et épidémiologiques. Le suivi de l'activité du centre hospitalier de la Polynésie française mérite également d'être utilisé dans le but d'évaluer les pratiques de ses professionnels de santé. Le renforcement de la filière de l'information médicale, que la Chambre invite le centre hospitalier à engager, est donc une nécessité pour garantir une connaissance et une maîtrise plus fine de l'activité de l'établissement.

Pour simplifier, sécuriser et améliorer le codage des séjours, le centre hospitalier gagnerait à déployer davantage d'outils techniques d'assistance à la codification des informations qui figurent au dossier médical. La mise en place depuis 2024 d'un nouveau dossier patient informatisé devrait faciliter ce mouvement.

Cette assistance peut, aujourd'hui, être réalisée par un outil fondé sur l'utilisation d'une intelligence artificielle capable de repérer et d'identifier les éléments de définition du diagnostic principal et des diagnostic complémentaires (c'est-à-dire « *reliés* » et « *associés* », selon les termes de la réglementation) inscrits au dossier médical. Dans les établissements qui ont mis en place cette assistance, en particulier des groupes de cliniques en France hexagonale, le département d'information médicale bénéficie alors d'un gain de temps en disposant des principaux éléments qui lui permettront de réaliser le codage.

De manière plus avancée, l'utilisation de l'intelligence artificielle pour renforcer la performance du processus de codage des séjours pourrait, à moyen terme, reposer sur un logiciel spécifique destiné à la réalisation d'un pré-codage automatisé dont les résultats sont vérifiés par le département de l'information médicale. L'intelligence artificielle permet alors de tirer profit de l'ensemble des données qui caractérisent la complexité d'un séjour, afin de garantir son classement au plus juste dans la nomenclature.

Dans une approche encore plus intégrée, l'intelligence artificielle peut automatiser le codage des séjours par la comparaison des données du dossier médical de chaque séjour avec

celles de plusieurs dossiers similaires qui figurent dans une base de données historique de l'établissement ou bien dans des bases externes. Cette démarche pose cependant la question de la sécurité des bases de données des établissements de santé ainsi que la question de l'éthique attachée aux pratiques qui peuvent exister en matière de revente de bases de données anonymisées par les établissements.

## 2.2 La stratégie hospitalière

### 2.2.1 Les projets d'établissement

#### 2.2.1.1 Le projet précédent (2017-2022)

En aout 2017, le centre hospitalier de la Polynésie française a adopté un projet d'établissement dont l'objectif était de définir sa stratégie pour la période 2017-2022. Il affichait alors la volonté de « *poser les bases d'un mouvement de transformation* »<sup>39</sup> du centre hospitalier.

L'établissement considérait alors, selon ses termes, qu'il devait faire face à plusieurs défis :

- « *la mutation épidémiologique (vieillesse, augmentation des maladies chroniques)* ;
- *le contexte économique, les problèmes de financement de la santé* ;
- *la fragilisation de l'offre de ville (paramédicale et médicale)* ;
- *les besoins et attentes nouveaux de la population... ».*

Le projet d'établissement 2017-2022 était composé de deux axes et sept volets.

- le premier axe était constitué du projet médical et du projet soins, qui représentaient chacun un volet ;
- le second axe comportait le projet de management et d'efficience, il était constitué de cinq volets relatifs à la politique sociale et la gestion du personnel, la qualité et la gestion des risques, la gestion des ressources, les systèmes d'information et la logistique.

Le projet médical, était composé de 118 actions. Celles-ci étaient organisées autour de la nécessité de recentrer l'activité autour de la fonction d'hôpital de dernier recours (47 actions), contribuer activement à la mise en place du schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française (36 actions), améliorer la transversalité et la gouvernance au service du patient (20 actions) et la qualité (15 actions).

Le centre hospitalier a réalisé un bilan de son projet d'établissement 2017-2022. Selon ce document, en 2023, seules 16 actions du projet médical ont été mises en œuvre (soit 13,5 %), 55 actions étaient en cours de réalisation (soit 46,6 %), 39 restaient à engager (soit 33,1 %) et huit ont été abandonnées (soit 6,8 %).

---

<sup>39</sup> Centre hospitalier de la Polynésie française, rapport d'activité 2019.

Ces taux de réalisation assez faibles sont à replacer dans le contexte de la crise sanitaire qui a perturbé de manière importante, de 2021 à 2022, le fonctionnement du centre hospitalier et a conduit à reporter une partie des actions structurantes du projet médical.

D'une manière générale, le projet d'établissement 2017-2022 a permis, sur le fondement des données d'activité, de produire des données épidémiologiques et démographiques plus complètes et de lancer des nouveaux projets, notamment sur le thème des parcours patients. Il a également conduit le centre hospitalier à engager des réflexions sur son capacitaire à horizon 2030 et 2050.

Le projet d'établissement 2017-2022 a, par ailleurs, favorisé des avancées dans la prise en charge chirurgicale des patients notamment par des actions de promotion de la polyvalence des infirmiers et des travaux de rénovation en service de gynécologie. L'hôpital a également travaillé à mieux anticiper la sortie de patients, en particulier grâce à une coopération avec la structure de soins de suite et de réadaptation « *Te Tiare* ». Les actions relatives à l'amélioration de la sortie des patients ont également été réalisées par le développement de l'éducation thérapeutique en amont et en aval de la chirurgie<sup>40</sup>, ainsi que par une plus grande anticipation de la sortie, dès l'entrée à l'hôpital, en fixant un objectif clair de récupération et un plan de suivi post-opératoire. Par ailleurs, un renforcement de l'organisation des soins à domicile pour accompagner le patient dans sa récupération (soins infirmiers, physiothérapie, assistance pour les tâches quotidiennes) a été réalisé.

Pour ce qui concerne la médecine, en application du projet d'établissement 2017-2022, des formations ont été dispensées pour renforcer les connaissances des soignants affectés aux missions de remplacement de leurs collègues et pour maintenir à jour les connaissances et les compétences des personnels les plus expérimentés. En outre, des séances d'hypnose ont été mises en place pour une meilleure prise en charge de la douleur et l'équipe mobile de soins palliatifs<sup>41</sup> a été renforcée. Enfin, plusieurs projets relatifs à l'uniformisation des pratiques soignantes ont été engagées.

Pour le secteur mère-enfant, au cours de la période 2017-2022, la fermeture des services de pédiatrie dans les cliniques a entraîné une progression de l'activité de la pédiatrie au centre hospitalier. En outre, des actions relatives à l'amélioration du parcours de soins de la femme enceinte et de l'enfant ont été conduites ainsi que des actions visant à améliorer la qualité des pratiques et de soins.

C'est également en application de ce projet d'établissement que le centre hospitalier de la Polynésie française a commencé à mettre en production les traitements oncologiques pour les hôpitaux de Taravao et Raiatea, permettant ainsi aux patients de réduire leurs déplacements vers le centre hospitalier. Dans une recherche d'amélioration de parcours et de la qualité de

---

<sup>40</sup> L'éducation thérapeutique des patients vise à les aider à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur quotidien avant et après la chirurgie. L'éducation thérapeutique est également utilisée dans la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète (pour injections d'insuline ou le régime alimentaire) ou en oncologie. Elle permet aussi aux équipes soignantes de s'assurer que les prescriptions de médicaments pour la douleur, les antibiotiques, les anticoagulants... soient bien assimilées par le patient et ses proches avant la sortie pour éviter toute incompréhension, dans un objectif de sécurisation des soins.

<sup>41</sup> L'équipe mobile de soins palliatifs permet une prise en charge spécialisée et adaptée aux patients souffrant de maladies graves et évolutives, souvent en fin de vie, pour améliorer leur qualité de vie. Elle intervient au lit du patient et auprès des proches, en lien avec les médecins et les soignants du service dans lequel le patient est hospitalisé. L'équipe exerce un rôle clé dans l'accompagnement des décisions relatives à la préparation de la fin de vie, la limitation ou l'arrêt des traitements au profit des soins de confort et l'aide aux décisions éthiques.

soins, une réflexion devrait désormais être engagée afin que les Marquises et les Australes puissent bénéficier de la même prestation. De surcroît, les professionnels de santé du centre hospitalier ont mis en place des consultations spécialisées dans les archipels en matière de suivi des grossesses et des pathologies dans d'autres spécialités.

Des actions ont également été réalisées au profit du plateau technique et l'établissement a mis en place une maison médicale de garde en 2018 ainsi qu'une unité de chirurgie ambulatoire en 2019. Le management du bloc opératoire a été renforcé, même si des actions d'amélioration de la gestion restent à accomplir dans ce domaine. C'est en sens que le centre hospitalier bénéficie depuis la fin de l'année 2024 de l'accompagnement d'un cabinet spécialisé dans l'amélioration de la gestion du bloc opératoire. Cet accompagnement devrait permettre au centre hospitalier d'améliorer l'efficacité de son bloc opératoire, dans un contexte de pénurie nationale des infirmiers spécialisés dans ce domaine.

Le projet d'établissement 2017-2022 a également amélioré la prise en charge en santé mentale par la formation et l'approfondissement des prises en charge (activités physiques adaptées, prise en charge du premier épisode psychotique, médiations thérapeutiques, ...) et la mise en place d'une offre d'hospitalisation de jour en psychiatrie sur l'hôpital de Taravao.

Enfin, ce projet d'établissement a favorisé le renforcement des coopérations avec les cliniques privées et les structures de traitement de l'insuffisance rénale et respiratoire. Le centre hospitalier est, par ailleurs, devenu le centre de référence pour les principales maladies chroniques.

#### 2.2.1.2 Le nouveau projet adopté en 2024

Après la gestion de la crise sanitaire, le centre hospitalier a adopté en octobre 2024 un projet d'établissement « *AVEI'A hôpital 2030* ». Celui-ci a été élaboré conjointement avec les acteurs médicaux, soignants, techniques et administratifs. Depuis les groupes de travail médico-administratifs, jusqu'aux séminaires internes et externes et à travers la sollicitation du personnel par un questionnaire, ce projet d'établissement a ainsi mobilisé près de 600 personnes. Ses orientations tiennent compte des évolutions prévisionnelles de prises en charge médicales qui concernent la population de la Polynésie française.

En effet, selon les données de l'institut de la statistique de la Polynésie française<sup>42</sup>, la croissance de la population est moins forte depuis ces cinq dernières années (+1 % entre 2017 et 2022, contre une progression de 2,9 % entre 2012 et 2017), mais sa structure se transforme progressivement en raison d'une baisse des plus jeunes et une augmentation des plus âgés.

Cette évolution devrait se poursuivre et les prévisions indiquent que les personnes âgées de 60 ans et plus devraient représenter 30 % de la population d'ici à 2030 (date de fin du projet d'établissement adopté en 2024), alors que cette part s'établissait à 19 % en 2018.

---

<sup>42</sup> Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) à partir des données de l'institut de la statistique de la Polynésie française, [Insee première, n°1990, 28 mars 2024](#).

Le centre hospitalier prévoit ainsi une augmentation du taux de recours hospitalier : celui-ci s'établissait à 20,7 séjours pour 100 habitants en 2021<sup>43</sup> et devrait s'élever à 22,4 séjours pour 100 habitants en 2030. Cette hausse devrait engendrer une croissance de 22 % des prises en charge en médecine et en chirurgie d'ici à 2030.

Ce projet d'établissement se décline autour de huit priorités :

- médicaliser la gestion ;
- repenser les parcours patients et le capacitaire de l'établissement ;
- renforcer le rôle de recours et développer la coordination des soins, les coopérations et les réseaux
- promouvoir l'enseignement, l'innovation et la recherche – rôle de référence du centre hospitalier - ;
- offrir une expérience patient tenant compte de la culture polynésienne et l'accès aux médecines intégratives ;
- la qualité de vie au travail et l'attractivité du centre hospitalier comme lieu de travail ;
- la responsabilité sociale environnementale et l'écologie en santé.

Les huit priorités peuvent être considérées comme répondant effectivement aux besoins de santé de la population pour ce qui concerne le rôle et la place du centre hospitalier.

Pour garantir sa mise en application effective, ce projet est fondé sur quatre piliers : évoluer vers un statut d'établissement public de santé, actualiser le statut des professionnels de santé, refondre les règles de financement dans un objectif de performance et accélérer la mutation des systèmes d'information autour de la santé numérique, l'interopérabilité territoriale et la confiance numérique.

Ce projet, fondé sur des données démographiques et épidémiologiques précises, est un outil indispensable du dialogue de gestion avec le Pays. Il permet au centre hospitalier de mieux exprimer ses besoins de financement en appuyant ses demandes sur le projet médical qui l'accompagne. La distribution des financements, réalisée à juste titre par la caisse de prévoyance sociale dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, sera ainsi facilitée par la mise en application du projet d'établissement.

La Chambre invite l'établissement à confier au directoire ou au conseil exécutif, lorsque cette instance aura été installée, la mission de suivre la mise en œuvre de ce projet. La juridiction invite, par ailleurs, le centre hospitalier à fixer, dans les prochains contrats de pôle, des objectifs en cohérence avec ce projet d'établissement.

---

<sup>43</sup> Ce taux était de 25 % inférieur à celui de la France hexagonale.

## 2.2.2 L'organisation des parcours de soins

### 2.2.2.1 La permanence des soins

Le centre hospitalier est l'établissement de santé de recours de la Polynésie française pour les autres établissements et structures de santé. L'isolement géographique et son éloignement des centres experts nationaux et internationaux l'ont conduit à développer un panel d'activités se rapprochant désormais de celui d'un centre hospitalier universitaire. Il dispose de services de recours uniques tels que la réanimation néonatale, la réanimation adulte, une maternité-obstétrique de type 3, la neurochirurgie, la greffe, la médecine hyperbare, la chirurgie maxillo-faciale et la cardiologie.

La permanence des soins, pour les activités du centre hospitalier qui le justifient, était structurée en 2024 autour de huit dispositifs de garde et 29 dispositifs d'astreinte<sup>44</sup>. Ces dispositifs répondent aux enjeux de permanence et de continuité des soins.

Contrairement à ce qui est observé en France hexagonale, l'organisation de la permanence des soins hospitalière en Polynésie française ne fait pas l'objet d'un schéma territorial de la permanence des soins en établissement de santé arrêté par le Pays. Le centre hospitalier est, dès lors, responsable de son organisation. L'hétérogénéité de l'offre de soins et notamment le haut niveau d'expertise de certaines spécialités (neurochirurgie, vasculaire, urologie...) implique de mettre en place plusieurs dispositifs de gardes ou astreintes simultanés qui permettent de garantir la continuité et la sécurité des soins à tout moment.

Dans ce contexte, en 2024, le coût de la permanence des soins était évalué par le centre hospitalier à 668 M F CFP, dont 293 M F CFP pour les gardes médicales, 203 M F CFP pour les astreintes médicales et 172 M F CFP résultant des transformations d'astreintes médicales en gardes. Selon le centre hospitalier, la part des rémunérations accessoires qui comprennent notamment les gardes et astreintes représentait alors en moyenne près de 30 % de la rémunération totale des praticiens hospitaliers (29,90 % de la rémunération en 2023 et 31,99 % en 2022).

Ce coût est assumé sur la dotation globale de financement de l'hôpital. Le centre hospitalier a cependant formulé en 2023 une demande de financement spécifique. À ce jour (28 avril 2025), cette demande est toujours à l'étude par les services du ministère chargé de la santé.

Dans l'attente, la chambre invite l'établissement à engager une action de contrôle interne destinée à vérifier la justification des transformations d'astreintes en gardes dans l'ensemble de l'établissement.

---

<sup>44</sup> Les gardes et les astreintes forment deux types d'organisation du travail médical qui permettent d'assurer une continuité des soins en dehors des horaires de travail habituels. Pendant la garde, le professionnel (médecin, interne...) est présent physiquement dans l'établissement et reste disponible pour intervenir immédiatement en cas de besoin. L'astreinte implique que le professionnel est joignable et disponible pour intervenir rapidement en cas de sollicitation.

### 2.2.2.2 Les coopérations existantes

Dans son rôle de recours, de référence et d'expertise, le centre hospitalier est partenaire de nombreuses conventions destinées à améliorer et compléter l'offre de soins disponible, tant sur le territoire de la Polynésie française que dans ses locaux. Ces conventions peuvent être récurrentes ou ponctuelles.

Par ailleurs, des conventions spécifiques en matière de recherche clinique sont fréquemment conclues avec différents établissements situés en France hexagonale ou d'outre-mer.

La Chambre a pu vérifier que, pour les exercices 2018 à 2023, le centre hospitalier a reçu l'ensemble des paiements prévus par ces conventions.

**Tableau n° 7 : Principaux partenariats récurrents**

Thématique	Discipline	Partenaire	Description
Permanence des soins	Transfusion sanguine	Direction de la santé	Gestion par le Centre de transfusion sanguine des dépôts de sang des hôpitaux de Taravao (2024), Moorea, Uturoa, Taiohae
Médicalisation événementielle	Urgences	Associations agréées de protection civile	Mise à disposition à titre gracieux de matériel et de spécialités pharmaceutiques dans le cadre d'évènements sportifs (Hawaiki nui vaa, Xterra, marathon, Makatea vertical adventure...).
Continuité des soins	Urgences	Europ assistance Océanie	Mise à disposition à titre onéreux de praticiens ou exceptionnellement d'infirmiers pour l'accompagnement d'évacuations sanitaires urgentes spécialisées (réanimation néonatale, psychiatrie). Facturation à la mission. Deux à trois opérations par an depuis 2021.
Continuité des soins	Psychiatrie	Communes, administrations, établissements publics	Mise à disposition gracieuse de locaux pour les prises en charge en pédopsychiatrie lorsque les locaux de la direction de la santé ne sont pas adaptés ou pas disponibles
Expertise interne	Santé publique	Direction de la santé puis institut du cancer (2022)	Intégration dans le réseau de dépistage organisé des cancers gynécologiques. Facturation à l'acte.
Expertise interne	Santé publique	Direction de la santé puis agence de régulation sanitaire et sociale (2024)	Examens de seconde intention lors de risque de clusters de tuberculose (imagerie, ophtalmologie).
Expertise externe	Néphrologie	Direction de la santé puis médecin libéral	Consultations de néphro-pédiatrie à l'occasion du recrutement d'un médecin ayant cette compétence à l'hôpital d'Uturoa. Deux à quatre séquences par an. Dispositif maintenu à la démission du praticien de la direction de la santé et installation en libéral.
Permanence des soins	Urgences	Direction de la santé, opérateurs privés	Validation de la composition et encadrement de l'utilisation de la dotation d'urgence des postes infirmiers en sites isolés.

Thématique	Discipline	Partenaire	Description
Formation	Urgences	DIASS (service santé des armées)	Immersion d'infirmiers militaires au service des urgences pour maintien des compétences
Formation	Urgences	DIASS (service santé des armées)	Immersion de médecins militaires au service des urgences pour maintien des compétences
Formation	Urgences	DIASS (service santé des armées)	Gardes de médecins militaires au service des urgences. Dispositif interrompu.
Continuité des soins	Médecine, chirurgie et obstétrique	Opérateurs extérieurs	Accès des acteurs de soins privés (soins de suite et dialyse...) aux données médicales détenues par l'hôpital concernant les patients qu'ils prennent en charge
Soin	Psychiatrie	Opérateurs extérieurs	Médiations thérapeutiques (Judo, équitation, plongée, musique, etc.) dans le cadre des prises en charge en pédopsychiatrie
Expertise interne	Médecine, chirurgie et obstétrique	Direction de la santé	Stérilisation des dispositifs médicaux de la direction de la santé
Continuité des soins	Néphrologie - dialyse	Opérateurs extérieurs	Modalités de repli hospitalier des patients dialysés pris en charge par les opérateurs extérieurs (dialyse péritonéale et hémodialyse)
Équipement	Anatomo-cytopathologie	Institut Louis Malardé	Mise à disposition du centre hospitalier par Louis Malardé de plusieurs équipements de laboratoire acquis dans le cadre d'une subvention du Pays pour l'équipement d'un laboratoire d'anatomo-cytopathologie.
Permanence des soins	Médecine, chirurgie et obstétrique	Direction de la santé	Mises à dispositions ponctuelles à la direction de la santé à titre onéreux de praticiens hospitaliers ou sages-femmes pour assurer la permanence des soins dans ses établissements hospitaliers

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les données du centre hospitalier

### 2.2.2.3 La mise en place d'un groupement de coopération territorial

Le projet d'établissement adopté à la fin de l'année 2024 prévoit que le centre hospitalier se positionne à l'avenir comme « *pivot de l'offre de soins publique de territoire* » afin d'améliorer le parcours de soins sur l'ensemble de la Polynésie française. En ce sens, selon le Pays, la création d'une structure de coopération sanitaire inter-établissements est prévue dans le projet de loi relatif au statut d'établissement public de santé en Polynésie française, qui devrait être déposé à l'Assemblée du Pays dans le premier semestre de l'année 2025.

Par anticipation, le projet du centre hospitalier adopté en 2024, envisage cette structure sous la forme d'un groupement hospitalier du territoire polynésien, dont il serait l'établissement support. Ce groupement rassemblerait le centre hospitalier, les structures sanitaires gérées par la direction de la santé, ainsi que les acteurs privés de soins et en particulier les cliniques. Selon les termes utilisés dans le projet d'établissement, ce groupement permettrait « *d'améliorer le maillage du territoire, l'accès aux soins, la coordination des parcours, y compris à travers la mise en place d'un réseau de télémédecine, mais également de mutualiser les compétences, les ressources rares et la formation* ».

Cette structure devrait ainsi favoriser la mutualisation d'informations et améliorer le partage des prises en charge entre les différentes structures, en tenant compte des activités existantes et des projets de développement de nouvelles activités. Dans cette organisation, le centre hospitalier prévoit de réduire sa dépendance aux urgences et de s'orienter vers les activités programmées de proximité et de recours.

En adoptant un projet médical commun « *de territoire* » qui définira la répartition des parcours de soins entre les différents établissements, le groupement hospitalier pourra retravailler la répartition de l'offre de soins telle qu'elle existe actuellement en Polynésie française et notamment le partage des contraintes de la continuité des soins (24h/24 tous les jours de l'année). Le projet d'établissement adopté en 2024 identifie clairement cette évolution et envisage des discussions à engager avec les cliniques sur le partage de la permanence des soins, l'ouverture des plateaux techniques, le partage d'équipements et de technologies, la formalisation de la gradation des soins, y compris pour les soins critiques et la mise à disposition d'expertise.

Enfin, le projet d'établissement suggère que le groupement hospitalier du territoire polynésien devrait permettre de mieux distinguer les rôles dans le management du système de santé entre le législateur, le régulateur, le financeur et les opérateurs. Cette fonction est présentée dans le projet d'établissement à l'aide du schéma ci-dessous, tiré du schéma défini par le réseau des centres hospitaliers universitaires.

### Schéma n° 2 : Le rôle et la place de l'établissement support du groupement



Source : centre hospitalier de la Polynésie française, projet d'établissement 2024

La Chambre considère qu'un groupement hospitalier de territoire pourrait effectivement contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des parcours de soins et faciliter la gouvernance du système de santé polynésien. Elle invite toutefois le centre hospitalier à préciser le rôle et la place qu'il compte occuper dans ce groupement en tant qu'établissement support. En effet, si l'exercice de coordination d'un tel groupement semble revenir effectivement au centre hospitalier, celui-ci doit prendre la mesure de cette fonction, notamment pour ce qui concerne les moyens administratifs et logistiques qu'il devra y consacrer.

La fonction d'établissement support, qui existe en France hexagonale, présente des inconvénients auxquels sera confronté le centre hospitalier si cette fonction lui était confiée :

- la fonction d'établissement support implique notamment de gérer des structures hétérogènes en termes d'organisations, de taille et de spécialités. Ces différences entre les établissements membres (hôpitaux de la direction de la santé, cliniques, établissements sous statut associatif) peuvent rendre difficile la mise en place d'une stratégie commune et de processus de soins homogènes ;
- l'établissement support peut être confronté à des conflits de priorités à arbitrer entre les différents établissements du groupement et subir une charge administrative accrue pour gérer ces relations. Cette difficulté est particulièrement identifiée pour ce qui concerne la nécessité de répartir les ressources communes au groupement (humaines, matérielles, financières) si elles existent.

Ces inconvénients nécessitent d'être anticipés par le centre hospitalier en gardant comme objectif que seule la qualité des soins et l'efficacité organisationnelle doivent guider, sur le fondement d'un projet médical de territoire, les décisions qui seront à prendre au sein de ce groupement.

La Chambre invite alors le centre hospitalier à préparer, dès 2025, la mise en place du groupement de territoire en se rapprochant des partenaires envisagés pour entamer les réflexions relatives à l'administration de ce groupement. Par ailleurs, les réflexions sur un projet médical commun gagneraient à être lancées dès à présent sur l'initiative du centre hospitalier.

#### 2.2.2.4 Le renforcement du maillage territorial de soins

Pour ce qui concerne le renforcement des expertises médicales, le projet d'établissement identifie les réseaux de santé<sup>45</sup> à consolider et/ou à structurer en priorité : urgences et situations critiques, santé mentale, périnatalité, oncologie, soins critiques, maladies chroniques, douleur, pratiques traditionnelles.

Des discussions sont également à conduire entre le centre hospitalier et les structures d'aval, c'est à dire les structures qui permettent la sortie d'un patient de l'hôpital afin de l'accueillir ou de permettre son retour à domicile – par exemple, par le biais d'une structure d'hospitalisation à domicile. Des échanges avec les transporteurs seront également à organiser.

Enfin, pour améliorer le maillage territorial des soins, le projet d'établissement prévoit de développer la télésanté (télé-expertise, télé-avis, transmissions des informations de santé telles que les images ou les analyses de biologie, ...) ainsi que les consultations avancées (c'est à dire réalisées par des professionnels de santé ou des médecins du centre hospitalier dans les différents archipels).

---

<sup>45</sup> Un réseau de santé est constitué de différents acteurs (établissements de santé, professionnels de santé libéraux ou salariés, associations...) qui travaillent de manière coordonnée. L'objectif principal est de favoriser une prise en charge globale, fluide et de qualité pour les patients. Les réseaux de santé favorisent une approche interdisciplinaire, impliquant différents types de professionnels de santé (médecins, infirmiers, pharmaciens, psychologues, travailleurs sociaux).

L'ensemble de ces projets, qui s'inscrivent dans le sens d'une meilleure prise en charge des patients, appellera des négociations et des concertations, que le centre hospitalier a identifié dans son projet d'établissement. Les travaux du Pays en matière de planification et d'organisation fixeront les grandes lignes de partage à respecter. La Chambre invite, à ce titre, l'établissement à informer régulièrement son conseil d'administration de l'avancée de ces concertations afin, notamment, d'obtenir l'appui du ministère chargé de la santé et de l'agence de régulation sanitaire et sociale autant que cela sera nécessaire.

#### 2.2.2.5 Les conséquences du vieillissement de la population

L'un des objectifs que s'est fixé le centre hospitalier dans son projet d'établissement est de développer les capacités de médecine tout en développant la liaison avec les solutions d'aval. Cet objectif se complique dans un contexte de vieillissement de la population de la Polynésie française.

Ce dernier entraine, d'ores et déjà une progression des pathologies liées à l'âge. Les prises en charges associées se complexifient dans un contexte où les maladies chroniques progressent. Le surpoids et l'ob  siti   élevées en Polynésie française participent à l'aggravation de l'état de santé de la population<sup>46</sup>.

Le projet d'établissement adopté par le centre hospitalier en 2024 prévoit une équipe mobile de gériatrie. Cette équipe sera constituée de médecins et de personnels paramédicaux (infirmiers, psychologues, assistants sociaux, kinésithérapeutes...) spécialisés dans les prises en charge gériatriques. Elle est prévue pour intervenir sur place, au lit du malade, à la demande des unités de soins pour une expertise gériatrique pour améliorer la gestion des pathologies liées au vieillissement et favoriser la coordination des soins.

En complément de ce dispositif, la Chambre observe que la création d'une unité de court séjour gériatrique    proximité des urgences permettrait d'améliorer la prise en charge des patients âgés, dès leur entrée dans l'hôpital. L'unité de court séjour gériatrique serait destinée à accueillir la population de personnes âgées, fragiles ou dépendantes, pour une durée courte de quelques heures à quelques jours. Ce lieu serait donc destiné prioritairement aux personnes âgées présentant des problèmes de santé complexes, souvent multiples. Il s'inscrirait dans une démarche pluridisciplinaire visant à évaluer, traiter et stabiliser l'état de santé des patients âgés, tout en planifiant leur retour à domicile ou leur orientation vers une structure adaptée.

Ce service, dont le capacitaire et les coûts associés sont à expertiser, permettrait de libérer des lits en service de médecine dont le taux d'occupation est supérieur à 95 % en moyenne annuelle. Ces lits sont souvent occupés par des personnes âgées pour lesquelles la durée moyenne de séjour est supérieure à celles de patients moins âgés. En outre, les structures d'aval qui peuvent accueillir ces personnes avant leur retour à domicile ne sont pas assez nombreuses en Polynésie française.

---

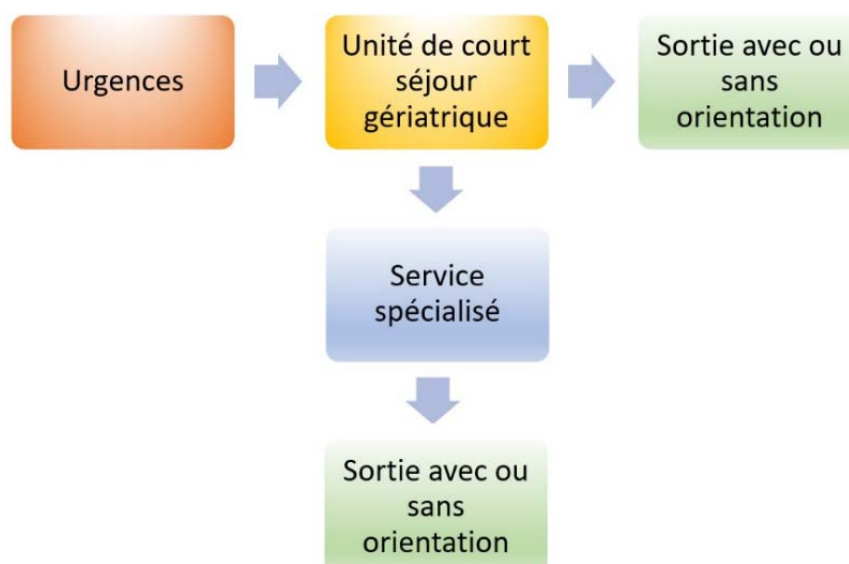
<sup>46</sup> Chambre territoriale des comptes, La politique de lutte contre l'ob  siti   en Polynésie française, mars 2025.

Le court séjour gériatrique pourrait, par exemple, permettre :

- l'évaluation globale de la prise en charge médicale, fonctionnelle, psychologique et sociale ;
- une stabilisation des pathologies aiguës, par exemple, celles liées à une infection, une décompensation cardiaque, une chute, ou des troubles cognitifs ;
- un transfert vers un service spécialisé de l'hôpital (comme la diabétologie ou la cardiologie) si son état de santé l'exige (aggravation ou découverte d'une pathologie nécessitant un suivi spécialisé) ;
- une préparation du retour à domicile ou une prise en charge dans une structure adaptée (soins de suite et réadaptation..).

L'étude de la mise en place de cette unité pourrait utilement être réalisée en 2025 afin que l'établissement puisse l'installer en 2026. Le schéma ci-dessous illustre le flux potentiel des patients, de leur admission aux urgences, jusqu'à leur sortie.

### Schéma n° 3 : Schéma de fonctionnement d'une unité de court séjour gériatrique



Source : Chambre territoriale des comptes

Le court séjour gériatrique, que la Chambre recommande au centre hospitalier de mettre à l'étude, en 2025, devrait améliorer les prises en charge des personnes âgées et renforcer la disponibilité des lits de médecine pour le reste de la population. Cette unité devrait également désengorger les urgences.

**Recommandation n° 2.** Mettre à l'étude, dès 2025, la création d'une unité de court séjour gériatrique.

### 2.2.2.6 L'amélioration de l'accueil aux urgences

La prise en charge de patients polypathologiques et qui présentent des cas complexes est en progression. Cette situation allonge les durées de séjours et conduit aujourd'hui à une saturation des services de médecine (cardiologie, oncologie, neurologie, pneumologie, diabétologie...). Cette situation emporte également des incidences sur le fonctionnement du service des urgences. En effet, une fois la prise en charge aux urgences réalisée, le patient peut être conduit à attendre plusieurs heures avant qu'un lit de médecine ne soit rendu disponible. Dans l'attente, ce patient reste aux urgences, souvent sur un brancard.

Cette situation, fréquente dans de nombreux établissements publics de santé, est accentuée pour le centre hospitalier de la Polynésie française en tant qu'hôpital de dernier recours. En France hexagonale, ces situations peuvent, en effet, être gérées par la solidarité inter-établissements, notamment depuis la mise en place des groupements de territoire. *A contrario*, lorsqu'un hôpital ne dispose d'aucun recours, comme c'est le cas du centre hospitalier de la Polynésie française, celui-ci doit faire face, seul, à l'afflux de patients qui se présentent aux urgences, c'est à dire pour une intervention non programmée.

Pour limiter le positionnement d'attente aux urgences et offrir une prise en charge plus adaptée, le patient peut alors être hébergé dans un autre service que la médecine, notamment en chirurgie, dans l'attente de la libération d'un lit de médecine. Ce positionnement temporaire implique un déplacement des équipes du service concerné par cette prise en charge vers le service d'accueil. Ce problème structurel entraîne des conséquences négatives sur la qualité des prises en charge et le fonctionnement de l'établissement.

L'enjeu pour l'établissement est de réussir à fluidifier le parcours patient jusqu'au lit d'hospitalisation afin de désengorger les urgences et les services de médecine, notamment lors des pics d'activité.

Pour résoudre ce problème, le centre hospitalier prévoit la création d'une unité d'hospitalisation médicale post-urgence. Celle-ci vise à renforcer le capacitaire du secteur de médecine adulte afin de retrouver, à court terme, des taux d'occupation normalisés dans ce secteur.

La résolution de cette problématique permettra de :

- limiter le temps médical passé à chercher des places et améliorer les relation urgences/médecine ;
- offrir une prise en charge plus rapide par le service adapté, gage de sécurité pour le patient.
- limiter le nombre de patients hébergés pour les différentes spécialités médicales et diminuer la durée moyenne de séjour ;
- améliorer la prise en charge multidisciplinaire des patients polypathologiques ou gériatriques, tout en limitant les risques de ré hospitalisation immédiate par défaut de prise en charge globale.

Selon la Chambre, il s'agit donc d'une unité intermédiaire destinée à accueillir des patients en provenance des urgences, qui nécessitent une surveillance médicale et des soins temporaires avant d'être réorientés vers une autre structure (hospitalisation classique, retour à domicile, ou établissement de soins de suite).

Pour le patient, l'objectif est de limiter les durées de séjour entre trois et cinq jours, en favorisant les liens avec les autres unités de l'établissement, les structures d'accueil extérieures et le service social pour faciliter la sortie de l'établissement.

La création d'une unité de 10 à 15 lits d'hospitalisation médicale post-urgence et de suivi médical des patients hébergés a pour objectif de prendre en charge, exclusivement et directement après leur passage aux urgences, les patients polypathologiques qui ne relèvent pas directement d'une spécialité, et/ou dont la durée prévue de séjour est courte. Cette unité fonctionnelle vient compléter les projets transversaux du centre hospitalier, notamment celui relatif à la création d'une unité mobile de gériatrie.

La Chambre ajoute que cette unité est complémentaire à celle du court séjour gériatrique, qu'elle recommande à l'établissement de mettre à l'étude en 2025.

**Tableau n° 8 : Différences entre une unité post-urgences et un court séjour gériatrique**

Critères	Unité post-urgences	Court séjour gériatrique
<b>Objectifs</b>	Observation et stabilisation après les urgences	Prise en charge spécialisée des patients âgés
<b>Durée de séjour</b>	24h à 72h	4 à 7 jours
<b>Patientèle</b>	Tout âge, pathologies variées	Personnes âgées avec polypathologies

Source : Chambre territoriale des comptes

L'étude de faisabilité réalisée par le centre hospitalier estime que le coût de la mise en place de cette unité s'élève à 117,2 M F CFP. Selon la Chambre, au regard de l'importance de cette unité, ce montant pourrait être financé par redéploiement de crédits en 2025.

La Chambre recommande à l'établissement de procéder à la mise en place effective de cette unité et de prévoir son fonctionnement dans le budget en 2025.

**Recommandation n° 3.** Installer, dès 2025, une unité d'hospitalisation médicale post-urgence.

## 2.2.3 La qualité et la sécurité des soins

### 2.2.3.1 La démarche qualité mise en place

Le centre hospitalier de la Polynésie française est engagé dans une démarche continue de qualité. Celle-ci a pour objectif de garantir un niveau élevé de sécurité et de qualité des soins, de favoriser l'amélioration continue des prises en charge et de renforcer la transparence pour les patients. La démarche mise en place au centre hospitalier<sup>47</sup> tend progressivement à se rapprocher du référentiel de la haute autorité de santé qui permet de certifier la qualité de l'organisation et des pratiques des établissements. En France hexagonale, ce processus suit un cycle d'environ quatre années, au cours duquel les établissements préparent leur certification, accueillent une visite d'experts et mettent en œuvre des améliorations en fonction des recommandations reçues. Bien que cette procédure ne soit pas obligatoire en Polynésie française, dans son projet d'établissement adopté en 2024, le centre hospitalier prévoit de se soumettre à la procédure de certification de la haute autorité de santé dans six ans. La Chambre souligne cet engagement du centre hospitalier.

La Chambre invite désormais le centre hospitalier à s'engager pleinement et de manière formalisée, c'est à dire avec un comité de pilotage spécifique, dans la démarche de certification qualité pour être en mesure de satisfaire aux attendus de celle-ci dans six ans.

Le référentiel de la haute autorité de santé repose sur trois grandes thématiques : le patient, les équipes de soins et l'établissement dans son ensemble. La Chambre identifie deux thématiques importantes qui relèvent des attendus de la certification des établissements de santé, mais non exclusive des autres démarches à engager ou à poursuivre : l'évaluation des pratiques professionnelles et particulièrement les revues de mortalité et morbidité<sup>48</sup>. En outre la lutte contre les infections liées aux soins doit également être améliorée.

### 2.2.3.2 L'évaluation des pratiques professionnelles

Dans le cadre de sa démarche continue d'amélioration de la qualité des soins et des pratiques (axe n°4, objectif n°1), le centre hospitalier prévoit de développer les évaluations de pratiques professionnelles et d'adopter, en ce sens, un programme relatif aux évaluations de pratiques professionnelles médicales<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> Le projet d'établissement adopté en 2024 comporte un volet dénommé « *politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins* » construit autour de cinq axes et 20 objectifs qui englobent les principaux attendus d'une politique qualité hospitalière.

<sup>48</sup> La morbidité désigne les maladies ou complications de santé, dans un établissement, la morbidité iatrogène se rapporte aux complications qui résultent directement d'un traitement ou d'une prise en charge médicale.

<sup>49</sup> En France hexagonale, les évaluations des pratiques professionnelles ont été instaurées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Cette loi a marqué une étape importante dans l'amélioration continue des soins, en introduisant des dispositifs visant à garantir la qualité et la sécurité des pratiques médicales. Les EPP ont été formalisées comme une obligation légale pour les professionnels de santé par la voie réglementaire en 2005. Elles s'inscrivaient dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins, en lien avec la certification des établissements de santé, pilotée par la Haute autorité de santé (HAS).

Les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) permettent aux professionnels de santé d'analyser leurs pratiques en les confrontant aux recommandations scientifiques, aux données de santé publique et aux attentes des patients. Elles consistent à identifier les écarts entre les pratiques et les recommandations, dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins. Elles reposent sur une analyse collective et participative construite autour d'indicateurs. Il s'agit, à partir d'un objectif clair, de sélectionner une pratique à analyser et de collecter les données permettant de mesurer les écarts avec les bonnes pratiques. Comme dans toute démarche qualité, des actions correctives peuvent alors être engagées, telles que l'élaboration de nouveaux protocoles ou des sessions de formation pour les équipes. Le suivi des résultats, sur le fondement d'une nouvelle évaluation, permet de s'assurer que les changements ont permis une amélioration effective de la pratique.

**Schéma n° 4 : Principales méthodes d'EPP reposant sur des réunions périodiques des équipes**

<b>Réunion de Mortalité et de Morbidité (RMM)</b>	
Définition	Analyse collective des cas de patients dont l'évolution a été défavorable : décès ou complication.
Objectifs	Vérifier que la prise en charge a été optimale. Identifier et analyser les éventuelles défaillances et corriger les causes de ces défaillances.
<b>Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP)</b>	
Définition	Analyse collective par des praticiens de différentes spécialités, de dossiers de patients posant un problème clinique grave ou complexe.
Objectifs	Proposer la meilleure stratégie de prise en charge en prenant en compte les recommandations de pratiques cliniques, les données actuelles de la science et les spécificités du cas.
<b>Comité de retour d'expérience (CREX)</b>	
Définition	Analyse collective des signalements d'événements indésirables associés aux soins.
Objectifs	Faire une analyse systémique des événements les plus critiques. Identifier les causes racines des événements et élaborer des actions de prévention.
<b>Staff-EPP</b>	
Définition	Réunion d'équipe sur un thème clinique ou une technique et comportant la présentation de cas illustrant le thème et une revue de la littérature sur le thème.
Objectifs	Faire le point sur les pratiques et sur l'état de la science sur le thème afin de dégager une conduite à tenir.

Source : *Revue de santé publique*, [volume 27, n° 2 - mars-avril 2015](#)

L'enjeu fondamental des évaluations de pratiques professionnelles réside, pour le centre hospitalier de la Polynésie française à mieux évaluer la qualité et la sécurité des soins. Ces actions favorisent notamment la réduction des événements indésirables liés aux soins. En engageant les professionnels à s'inscrire dans une démarche collective et en s'appuyant sur des données objectives, elles contribuent à renforcer la sécurité des patients tout en répondant aux exigences de la certification qualité.

La Chambre recommande alors au centre hospitalier, conformément à l'objectif inscrit dans sa politique qualité, d'adopter d'ici à 2026, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles dans différents services de l'établissement afin de les intégrer dans les habitudes de travail des équipes.

**Recommandation n° 4.** Adopter, d'ici à 2026, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.

### 2.2.3.3 Les revues de mortalité et morbidité

Une revue de mortalité et de morbidité est une composante des évaluations de pratiques professionnelles.

Elle consiste en une analyse collective, rétrospective et systémique de cas cliniques pour lesquels est survenu un événement indésirable associé aux soins ou toute complication inattendue qui a causé ou non (si arrêté à temps) un dommage aux patients. Cette analyse vise à engager, dans les équipes de soins, une réflexion sur les circonstances de la survenue de l'évènement et sur les actions à mettre en œuvre pour éviter la récurrence. Les revues ne visent pas à préciser les responsabilités individuelles d'un événement particulier.

La pratique de ces revues permet d'améliorer la qualité des soins en identifiant les points à améliorer dans les pratiques médicales et dans les organisations. Elles favorisent également un apprentissage collectif fondé sur les retours d'expériences partagés en équipe et elles développent une culture de la transparence pour renforcer la sécurité des soins et des patients.

Les revues de mortalité et de morbidité reposent sur une sélection de cas de décès ou de complications importantes et sévères ou complexes. Une réunion pluridisciplinaire – c'est à dire associant des représentants des professionnels concernés, médecins, infirmiers, aides-soignants, médico-techniques – est organisée à partir des dossiers médicaux des patients concernés afin de passer en revue les différentes étapes de la prise en charge. Les causes des événements sont alors recherchées (problèmes organisationnels, manque de ressources, identitévigilance<sup>50</sup>, pharmacovigilance<sup>51</sup> ...) et des améliorations sont envisagées. Le suivi des mesures prises est indispensable pour évaluer leur bien fondé et leur efficacité.

Le centre hospitalier est déjà engagé dans la pratique des revues de mortalité et de morbidité, cependant celles-ci ne sont pas généralisées. Dans l'objectif de la certification qualité, la Chambre invite l'établissement à accentuer, dès 2025, cette pratique.

---

<sup>50</sup> L'identitévigilance s'assure que l'identité du patient est vérifiée à chaque étape de la prise en charge et que les éléments qui constituent cette identité (nom, prénom, adresse...) sont correctement renseignés.

<sup>51</sup> La pharmacovigilance a pour objet la surveillance des médicaments et la prévention du risque d'effet indésirable résultant de leur utilisation, que ce risque soit potentiel ou avéré.

### 2.2.3.4 La lutte contre les infections liées aux soins

La prévalence des patients du centre hospitalier de la Polynésie française concernés par des infections liées aux soins s'établissait à 6,3 % en 2022. Cette donnée résulte de la participation de l'établissement à une enquête nationale dont les résultats indiquent que cette prévalence s'élevait à 6,10 % dans l'ensemble des établissements publics<sup>52</sup>.

Pour autant, afin améliorer davantage la lutte contre les infections liées aux soins, le centre hospitalier prévoit d'installer une équipe mobile d'infectiologie composée de deux médecins infectiologues. La complexité de traitement que représentent notamment les infections multi-résistantes justifie l'installation d'une prise en charge rapide et spécialisée.

#### **Les bactéries multi-résistantes**

Une bactérie multi-résistante est capable de faire face à plusieurs classes d'antibiotiques, rendant son traitement plus difficile. Ces bactéries développent des mécanismes de défense contre les antibiotiques couramment utilisés, souvent à cause d'une exposition excessive ou inappropriée aux traitements. Les équipes médicales doivent alors recourir à des antibiotiques plus rares et plus toxiques. En outre, le traitement nécessite des mesures d'isolement et des alternatives thérapeutiques coûteuses.

L'équipe mobile, composée de deux infectiologues, aura pour mission d'améliorer la prise en charge des infections en milieu hospitalier, d'améliorer l'usage des antibiotiques et de renforcer la prévention des infections.

Leur intervention pourrait comprendre :

- des consultations et avis spécialisés en réponse aux sollicitations des équipes médicales pour des cas complexes ;
- la mise en application complète et systématique de la politique d'antibiothérapie du centre hospitalier en lien avec l'épidémiologie des résistances ;
- la participation au choix de l'arsenal thérapeutique pour limiter autant que faire se peut le mésusage de molécules récentes, afin de les garder en recours ;
- l'accompagnement dans l'antibiothérapie raisonnée à travers une évaluation des prescriptions d'antibiotiques afin de limiter l'émergence de résistances et d'améliorer l'efficacité des traitements (par l'arrêt ou le démarrage des traitements) et des propositions de traitements antibiotiques adaptés à des pathologies ou germes complexes ;
- la réduction de la transmission des bactéries hautement résistantes notamment pour prévenir un mode épidémique adapté à la situation d'isolement du centre hospitalier, notamment pour ce qui concerne la réanimation ;
- des formations et des actions de sensibilisation pour les soignants sur la gestion des infections et l'hygiène hospitalière ;
- une actualisation des connaissances des équipes médicales du centre hospitalier sur l'évolution de l'écologie microbienne et des résistances qui pourraient apparaître ;

---

<sup>52</sup> En 2022, 151 676 patients de 1 155 établissements de santé participants ont été inclus dans l'enquête nationale de prévalence. [Santé publique France, mai 2023.](#)

- la prévention et surveillance par une participation aux réunions de gestion du risque infectieux, un suivi des données épidémiologiques et la mise en place de protocoles de prise en charge adaptés.

La Chambre invite le centre hospitalier de la Polynésie française à mettre en place cette équipe mobile d'ici à 2026.

## 2.3 Le fonctionnement de la pharmacie

### 2.3.1 Le circuit clinique du médicament

Au centre hospitalier de la Polynésie française, la dispensation des produits de santé<sup>53</sup> vise à garantir l'administration sécurisée, efficace et adaptée des traitements aux patients pris en charge. Cette mission relève de la pharmacie à usage intérieur, qui l'exerce en lien avec les médecins et les soignants pour garantir une prise en charge médicamenteuse optimale.

Conformément aux normes appliquées au niveau national et international, le pharmacien du centre hospitalier est responsable du bon usage du médicament. Cela signifie qu'il est le garant de son efficacité thérapeutique qui consiste à s'assurer que chaque médicament prescrit est le plus adapté au patient en fonction des données cliniques et scientifiques disponibles. Il est par ailleurs responsable de la sécurité et doit éviter les risques d'erreurs médicamenteuses et leurs effets indésirables. Il s'agit notamment de réduire la iatrogénie médicamenteuse<sup>54</sup>, notamment chez les personnes âgées et les patients polymédiqués. Le pharmacien doit également maîtriser les coûts et favoriser une prescription rationnelle et l'utilisation des alternatives pertinentes (génériques, biosimilaires).

De plus, afin de réduire les risques, l'établissement, sous la responsabilité de la pharmacie, produit sa propre eau purifiée (notamment pour l'hémodialyse) et est autonome depuis 2013 pour sa production d'oxygène purifiée et traitée. Il est titulaire de la certification ISO 9001 pour ces deux lignes de production.

Concernant le médicament, la prescription est réalisée par un praticien de l'établissement. Au centre hospitalier de la Polynésie française, cette étape est réalisée dans un dossier patient informatisé. Une ordonnance informatisée sécurisée permet en effet de maîtriser l'ensemble des traitements du patient pendant son hospitalisation. Cette prescription donne

---

<sup>53</sup> Médicament, dispositif médical (stérile ou non), les dispositifs médicaux de dialyse, solutés massifs, matières premières, prothèses, orthèses, fluides médicaux, objets de pansement, nutrition clinique etc... correspondant au monopole pharmaceutique ou pour lequel la compétence pharmaceutique apporte une valeur ajoutée. Sont exclus de cette catégorie, les réactifs de laboratoires, les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro : matériel de prélèvement), le linge hospitalier restérilisable, les matériels communs d'hygiène corporelle (couches enfants, adultes...), les instruments médico-chirurgicaux réutilisables (mais compétence partagée dans ce dernier cas lié à la responsabilité de la stérilisation) et les produits du centre de transfusion sanguine.

<sup>54</sup> La iatrogénie médicamenteuse désigne l'ensemble des effets indésirables causés par un produit de santé utilisé dans des conditions normales ou non à la prescription (posologie inadaptée, contre-indication non respectée), lors de son administration (prise incorrecte du médicament), en raison d'une interaction médicamenteuse (effet négatif d'une association de médicaments) en raison d'un mauvais suivi du traitement (automédication, non-respect des doses) ou d'une caractéristique du patient (âge, état de santé, génétique). Elle représente un enjeu majeur en santé publique, notamment chez les personnes âgées, qui prennent souvent plusieurs médicaments à la fois (polymédication).

systématiquement lieu à analyse par un pharmacien afin de vérifier la posologie, les interactions médicamenteuses et l'adéquation de la prescription au profil du patient.

L'analyse et la validation pharmaceutique des ordonnances sont réalisées informatiquement par les internes en pharmacie, pharmaciens hospitaliers et préparateurs en pharmacie sous le contrôle effectif du pharmacien. Ces derniers bénéficient d'une formation « *analyse d'ordonnance* » organisée par les internes en pharmacie visant à sécuriser cette activité. Le cadre du service évalue, à périodicité régulière, les connaissances des professionnels concernés. Les procédures qualité applicables à la pharmacie à usage intérieur du centre hospitalier prévoient qu'un préparateur qui serait confronté à une ordonnance dépassant son niveau d'expertise doit solliciter l'interne ou le pharmacien.

La dispensation est donc effectuée sous la responsabilité du pharmacien afin de garantir la sécurité de la prise en charge médicamenteuse. En application du circuit du médicament adopté par la commission médicale du centre hospitalier de la Polynésie française, le pharmacien peut proposer au prescripteur de supprimer des médicaments redondants, modifier la posologie, tenir compte d'une information spécifique, substituer un produit par un équivalent thérapeutique, prescrire des médicaments correcteurs des effets indésirables ou tenir compte de tout autre élément de nature à améliorer et sécuriser la prise en charge.

La Chambre observe que la dématérialisation et l'informatisation des prescriptions médicales participent à la sécurité des soins en facilitant l'analyse des prescriptions et la validation de l'ordonnance par le pharmacien.

Après ces vérifications, la préparation et la délivrance des médicaments sont assurées par la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital. La chambre a pu vérifier, lors de sa visite sur place, la mise en œuvre du contrôle des prescriptions par la pharmacie du centre hospitalier de la Polynésie française.

### **2.3.2 Le circuit logistique du médicament**

Le transport des médicaments depuis la pharmacie jusqu'aux services de soins est effectué dans des armoires sécurisées. Celles-ci sont maintenues fermées à clef hors des phases de manutention et placées dans les salles de soins, fermées. Compte tenu de leur organisation et du passage fréquent de visiteurs, les urgences disposent d'armoires sécurisées avec fermeture automatique (digicode). En l'absence de personnels soignants, les véhicules d'interventions d'urgence sont maintenus fermés.

Les armoires à pharmacie présentes dans les postes de soins des différents services sont une extension de la pharmacie à usage intérieur. Ces armoires sont gérées par la pharmacie avec le souci d'utiliser au mieux l'espace disponible et de faciliter l'accès aux médicaments pour ainsi sécuriser la prise en charge médicamenteuse. Toute modification dans l'armoire doit faire l'objet d'une demande argumentée par écrit adressée à la pharmacie à usage intérieur. Ces modifications font l'objet d'une validation pharmaceutique.

Les médicaments devant respecter la chaîne du froid sont préparés en dernier et acheminés dans les services à l'intérieur de sacs isothermes contenant des packs réfrigérants. Une fois dans le service, ces médicaments sont stockés dans le réfrigérateur strictement réservé aux médicaments.

La pharmacie rencontre au moins une fois par an les responsables des différents services de l'établissement pour évaluer les besoins en dotations : les dotations types des unités de soins sont analysées et modifiées afin d'ajuster au mieux les stocks des services. Ces réunions annuelles Pharmacie/services permettent de définir pour chaque unité :

- la liste des médicaments disponibles dans l'armoire à pharmacie, qui doit permettre d'assurer la sécurité et la continuité des soins ;
- les quantités types pour chaque médicament, qui doivent être suffisantes pour initier un traitement.

Toute modification de la dotation type fait l'objet d'une validation par le chef de service de la pharmacie. Cette modification se fait sur la base des consommations antérieures du service, de la typologie des patients du service, d'une évolution des pratiques médicales et des événements survenus dans ce service.

Des médicaments « *hors-dotation* » peuvent être utilisés. Ce sont des médicaments utilisés de façon exceptionnelle dans un service et temporairement fournis par la pharmacie durant toute la durée de la prescription médicale et le séjour du patient dans le service. Par ailleurs, le centre hospitalier invite les patients pris en charge en ambulatoire à apporter leur traitement médicamenteux. Cette pratique est réalisée sur avis médical.

### 2.3.3 Les difficultés de gestion

Depuis le 17 janvier 2019, le centre hospitalier de la Polynésie française a adopté une procédure relative aux achats des produits pharmaceutiques. Celle-ci prévoit que la commande d'un produit de santé doit être réalisée dans le respect de la continuité de l'approvisionnement et des règles d'achat public.

Cependant, tenant compte d'une alerte posée par le trésorier de l'établissement, le centre hospitalier a été conduit, au cours des années 2022 et 2023, à modifier ses pratiques de commande de produits de santé et à faire appel, notamment, à des centrales d'achat publiques en lieu et place d'une centrale de référencement privée<sup>55</sup>. En effet, les établissements publics qui recourent à une centrale d'achat publique pour commander des travaux ou pour acquérir des fournitures ou des services sont considérés comme ayant respecté leurs obligations de publicité et de mise en concurrence, ce qui n'est pas le cas avec une centrale privée.

Cette alerte a conduit le centre hospitalier à réaliser une quarantaine de marchés de produits de santé au cours de l'année 2022 et 2023, pour régulariser sa situation. L'ensemble de ces procédures a été visée par le service du contrôle de la dépense engagée du Pays et le comptable public de l'établissement. Cette situation a engendré la réalisation de démarches administratives importantes pour la pharmacie à usage intérieur.

---

<sup>55</sup> Il s'agit d'une entreprise privée, qui propose des prestations de services de référencement, de conseil et d'assistance à l'achat. Elle peut assister et conseiller une personne publique sur la passation de ses marchés de fournitures ou de services. Si un mandant spécifique est conclu avec une centrale privée, celle-ci peut préparer, pour le compte de la personne publique, la passation et la négociation d'un marché. Cette centrale devient alors la représentante de la personne publique dans la procédure de mise en concurrence et lui propose une décision d'attribution du marché, en fonction du contrat de mandat conclu.

En sus de ce contexte, entre 2019 et 2022, les dépenses de pharmacie du centre hospitalier ont progressé de près de 640 M F CFP. Cette progression s'explique par une hausse des coûts de transports, une augmentation du prix individuel de certaines molécules, une croissance de l'activité hospitalière après la crise sanitaire (notamment la reprise des opérations programmées) et une utilisation de plus en plus importante des molécules onéreuses en raison de l'état de santé des patients. La progression des dépenses pharmaceutiques s'explique également par la mise en place de nouvelles activités telle que l'implantation d'une valve aortique biologique par voie percutanée, c'est-à-dire sans ouvrir le thorax ainsi que par les différentes missions d'expertises réalisées par des médecins de France hexagonale au centre hospitalier. Ces missions nécessitent l'acquisition de matériels ou de médicaments spécifiques et inhabituels pour l'établissement.

En outre, la pharmacie dispose d'un espace de stockage restreint qui complexifie la gestion de ses stocks, alors qu'elle doit faire face aux problématiques liées à l'isolement géographique du territoire et aux délais d'approvisionnement, notamment maritime, qui peuvent représenter plus d'un trimestre.

Entamée en 2010, la recherche d'un lieu d'implantation d'une plateforme logistique hospitalière, plus adaptée et plus sécurisée que le lieu de stockage actuel, est toujours à l'étude par le centre hospitalier et le Pays. Au cours d'un déplacement sur site, la Chambre a pu constater les difficultés que la situation actuelle représente pour la gestion logistique de la pharmacie de l'établissement. La recherche d'un lieu de stockage adapté et moderne doit donc devenir une priorité en raison de l'antériorité de la problématique et de l'importance de celle-ci pour la sécurité et la qualité des soins.

Face à cette situation qui ne favorise pas une logistique moderne et rationnelle des stocks et dans un contexte où la modernisation des systèmes d'information hospitaliers était en cours de finalisation, la pharmacie à usage intérieur n'a pas systématiquement respecté les règles de l'engagement comptable<sup>56</sup>. Les montants payés sans engagement représentaient une somme de plus de 700 M F CFP (sur un budget annuel de 3 Md F CFP) en 2022. Une partie de la régularisation de ces écritures opérées en lien avec le trésorier et le service du contrôle de la dépense engagée du Pays, a conduit à comptabiliser des reports de charges au compte 672 (« charges sur exercice antérieur ») sur l'exercice 2023. Cette situation aurait pu être évitée si la nomenclature comptable utilisée avait autorisé les crédits évaluatifs sur les dépenses de pharmacie, ce qui n'est pas le cas à ce jour (cf. *supra* 1.1.3).

La direction de l'établissement et la pharmacie à usage intérieur ont alors adopté en avril 2023 un plan d'actions destiné à identifier pleinement les difficultés de gestion et à les corriger pour permettre à la pharmacie de faire face à l'ensemble des contraintes qui pèsent sur son action, dans le respect des règles de la commande publique et de la comptabilité publique.

Ce plan d'actions repose sur les axes suivants :

- apurement de la situation de l'exercice 2022 ;
- réorganisation de la chaîne de la dépense pharmaceutique ;
- révision de la nomenclature comptable utilisée en interne pour une mise en conformité avec les attendus de la M.21 ainsi qu'une meilleure traçabilité des dépenses ;

---

<sup>56</sup> Il s'agit de comptabiliser, c'est à dire d'enregistrer les opérations en recettes ou en dépenses dès qu'elles se réalisent et non au moment de l'encaissement ou du décaissement budgétaire des montants correspondants.

- couverture exhaustive de la dépense pharmaceutique par des marchés publics et mise en conformité des procédures ;
- révision des procédures d'inventaires physiques et comptables.

Selon les éléments communiqués par l'établissement, en fin d'année 2024, sur les 71 actions prévues par ce plan d'action, 76 % (54 actions) étaient accomplies, 13 % (9 actions) étaient en cours de réalisation et 11 % (8 actions) restaient à engager.

La Chambre invite l'établissement à poursuivre pleinement le plan d'actions qu'il a engagé depuis 2023, en particulier pour ce qui concerne la gestion des stocks et les opérations d'inventaire de la pharmacie à usage intérieur.

### **CONCLUSION INTERMEDIAIRE**

*Le Centre hospitalier de la Polynésie française exerce un rôle clé en tant qu'hôpital de premier et second recours en Polynésie française. Il assure la prise en charge des soins courants et spécialisés, en limitant autant que possible les évacuations sanitaires. Le bon usage du médicament et la maîtrise des prescriptions médicales sont assurés par la pharmacie. Alors que ce service est engagé dans un plan d'actions relatif à l'amélioration de la gestion de ses stocks, la recherche d'un lieu d'implantation d'une plateforme logistique hospitalière, plus adaptée et plus sécurisée que le lieu de stockage actuel doit devenir une priorité.*

*La crise sanitaire a retardé plusieurs projets stratégiques qui peuvent aujourd'hui être pleinement engagés, dans un contexte où le projet d'établissement a été adopté à la fin de l'année 2024. Celui-ci met l'accent sur la médicalisation de la gestion, le développement de coopérations et réseaux de soins, l'amélioration de l'expérience patient et la modernisation du financement et du système d'information. Un redimensionnement du capacitaire et des projets spécifiques sont en cours pour répondre aux besoins croissants liés, notamment, au vieillissement de la population et aux maladies chroniques. Le vieillissement de la population (31 % de plus de 60 ans d'ici 2030) conduit la Chambre à recommander, en complément de la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie, une étude relative à la création d'une unité de court séjour gériatrique, à conduire en 2025 et d'installer une unité médicalisée post-urgences.*

*Le centre hospitalier s'engage, sans y être tenu par la réglementation, dans une démarche de certification qualité. En ce sens, la Chambre lui recommande d'introduire un programme d'évaluation des pratiques professionnelles d'ici 2026 pour améliorer la sécurité et la prise en charge des patients. Elle l'invite, par ailleurs, à renforcer les revues de mortalité et morbidité et à installer une équipe mobile d'infectiologie pour améliorer la lutte contre les infections liées aux soins, notamment pour ce qui concerne les bactéries multi-résistantes.*

*Le centre hospitalier de la Polynésie française doit donc poursuivre sa transformation pour répondre aux défis démographiques et épidémiologiques. L'accent est mis sur la modernisation des infrastructures, l'amélioration des parcours patients et le renforcement des coopérations.*

---

### 3 LA FIABILITE COMPTABLE

#### 3.1 Le cycle des dépenses

Le centre hospitalier a initié depuis 2021 un plan d'action ambitieux destiné à réorganiser la chaîne de la dépense afin de la sécuriser pleinement. Cette démarche intitulée « *Napé* » (nouvelle architecture et processus de la dépense) a été menée en même temps que le renouvellement des systèmes d'information relatifs à la gestion administrative et financière et à la gestion administrative du patient.

L'établissement s'est fixé comme objectif d'organiser et de reconstruire le processus de la dépense par cycle d'activité et de se doter d'un contrôle interne pertinent. Le document de présentation du projet indiquait à cet effet : « *Après plusieurs décennies d'une gestion devenue obsolète, le centre hospitalier doit entrer dans un modèle de performance hospitalière qui assure le juste soin au juste coût pour la collectivité.* ».

En premier lieu, une carte des risques hiérarchisés des différents processus du cycle de la dépense (achats et stocks, investissements, paie et comptabilité) a été formalisée<sup>57</sup>. Dans un deuxième temps, les chaînes fonctionnelles concernées par cette démarche (organigrammes fonctionnels, élaboration et formalisation des processus, systèmes d'information, contrôle interne, dématérialisation et traitement de la donnée) ont été identifiées. Puis, une feuille de route pluriannuelle 2022-2025 a été formalisée.

Celle-ci est composée de quatre axes, seize actions et 207 sous actions. Au 31 décembre 2024, 14 % des actions prévues (soit 28) étaient accomplies, 21 % (soit 45) étaient en cours et 65 % (soit 134) restaient à engager.

La Chambre reconnaît la qualité du travail d'identification des actions ainsi que la pertinence de leur hiérarchisation.

**Tableau n° 9 : État d'avancement de la nouvelle architecture de la dépense (décembre 2024)**

		Nombres d'actions	Terminées	En cours	À engager	Taux de réalisation en novembre 2024
<b>A.</b>	<b>Le cadre organisationnel de la chaîne de la dépense</b>	<b>52</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>33</b>	<b>8 %</b>
A.1	Réorganisation de la chaîne de la dépense	29	4	9	16	14 %
A.2	Responsabilisation et périmètre des délégations	12	0	4	8	0 %
A.3	Formation initiale et continue des personnels	6	0	0	6	0 %

<sup>57</sup> La carte des risques est un processus qui consiste à identifier, à évaluer et à hiérarchiser les risques potentiels auxquels une organisation est confrontée. Cet outil permet de prioriser les actions à entreprendre pour minimiser les impacts négatifs des risques les plus critiques.

		Nombres d'actions	Terminées	En cours	À engager	Taux de réalisation en novembre 2024
A.4	<i>Préparation à la mise en application du régime de responsabilité financière des gestionnaires publics</i>	5	0	2	3	0 %
<b>B. L'architecture des processus et des outils</b>		<b>81</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>36</b>	<b>28 %</b>
B.1	<i>Architecture des projets et référentiels des nomenclatures</i>	24	2	14	8	8 %
B.2	<i>Audit des processus et des outils</i>	18	13	0	5	72 %
B.3	<i>Révision et écriture des processus cibles</i>	14	5	3	6	36 %
B.4	<i>Modernisation des outils</i>	25	3	5	17	12 %
<b>C. Le dispositif du contrôle interne</b>		<b>29</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>25</b>	<b>3 %</b>
C.1	<i>Élaboration d'un dispositif de contrôle interne</i>	20	1	3	16	5 %
C.2	<i>Fiabilisation de l'actif</i>	9	0	0	9	0 %
<b>D. Le management de la data pour l'aide à la décision</b>		<b>45</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>40</b>	<b>0 %</b>
D.1	<i>Définition d'une politique de management de la data pour l'aide à la décision</i>	8	0	0	8	0 %
D.2	<i>Création d'un service centralisé de management de la donnée et du contrôle de gestion</i>	7	0	0	7	0 %
D.3	<i>Conception des tableaux de bord</i>	14	0	4	10	0 %
D.4	<i>Mise en place du système d'information décisionnel</i>	16	0	1	15	0 %
<b>Nombre d'actions totales</b>		<b>207</b>	<b>28</b>	<b>45</b>	<b>134</b>	<b>14 %</b>

Source : Chambre territoriale des comptes, d'après les documents du centre hospitalier (décembre 2024)

À la fin de l'année 2024, sur les 26 actions qui étaient identifiées comme devant être réalisées en 2022, 25 l'étaient effectivement. L'unique action restant à accomplir en 2025 relève du domaine B1 (*Architecture des projets et référentiels des nomenclatures*) et consiste en la préparation d'un arrêté à destination du ministère de la santé pour la transposition complète de la nomenclature comptable M21. Pour autant, cette mission de rédaction d'un arrêté relève directement du ministère, le centre hospitalier ayant accompli l'ensemble des diligences techniques préalables à cette transposition.

Concernant les 80 actions prévues pour être accomplies en 2023, 30 étaient en cours de réalisation et trois étaient totalement accomplies. Par contre, plus de 95 % des actions prévues en 2024 n'avaient pas connu de commencement d'exécution.

De manière globale, à la fin de l'année 2024, le domaine ayant connu le taux de réalisation le plus important relevait de l'architecture des processus et des outils (B) et plus précisément du domaine B2 « *Audit des processus et des outils* » réalisé à 72 %.

*A contrario*, le domaine du management de la donnée et de l'aide à la décision (D), qui contribue pour une part importante au contrôle de gestion, n'était pas encore réalisé. Il en est de même pour ce qui concerne la fiabilisation de l'actif, action C2 du domaine « *contrôle interne (C)* ».

Deux notes prises par la direction de l'établissement en septembre 2023 avaient pour objet la sensibilisation et la formation des personnels au contrôle interne ainsi que l'élaboration d'un programme annuel des contrôles internes et des audits. L'établissement n'a donc pas été inactif dans ce domaine. En particulier, en application du programme « *Paré* », un dispositif de contrôle interne des accessoires de paye (gardes et astreintes, heures supplémentaires et indemnités de sujétions spéciales) a été mis en place depuis 2021 de manière efficace et une revue régulière des lignes de gardes et astreintes est engagée depuis la même année. Enfin, une troisième note prévoyait un dispositif de contrôle interne sur la conformité de la dépense et de la recette publique. C'est sur ces thématiques que les actions restent principalement à accomplir.

L'établissement a indiqué au cours de l'instruction, qu'il est en recherche de ressources humaines expertes mais qu'à ce stade, il n'a pas été en mesure d'en trouver. De surcroît, l'obsolescence de son système d'information financier, qu'il prévoit de rénover en 2026, provoque des retards dans la mise en œuvre des actions prévues. Enfin, les difficultés engendrées par la nomenclature comptable applicable actuellement apportent des contraintes supplémentaires qui ne peuvent pas être niées.

La Chambre relève que la crise sanitaire explique une partie du retard pris dans la mise en œuvre du programme « *Napé* » et par ailleurs, que la question de l'attractivité du centre hospitalier explique en partie la difficulté pour l'établissement à attirer du personnel d'expertise, notamment dans les domaines administratifs. (cf. partie 5.3 du présent rapport).

Pour autant, de nombreux domaines n'ont pas fait l'objet de commencement d'exécution, notamment la fiabilisation de l'actif et le contrôle interne (sur les processus ressources humaines, consommations intermédiaires, sous-traitance, maintenance...).

L'établissement doit aujourd'hui se saisir rapidement de ces problématiques et finaliser les plans d'actions spécifiques qu'il a adoptés depuis 2023. La modernisation des systèmes d'information prévue pour 2026 et la mise en place d'une nouvelle nomenclature comptable annoncée par le Pays pour 2025, devraient faciliter la finalisation du plan d'actions engagé pour fiabiliser le cycle de la dépense.

Dans l'objectif d'améliorer la sincérité et la qualité comptable, la Chambre recommande au centre hospitalier de la Polynésie française de finaliser d'ici à 2026, la mise en œuvre du programme de fiabilisation de la dépense qu'il a adopté en 2021. Il conviendra notamment de fixer de nouvelles dates de réalisation à courte échéance.

<p><b>Recommandation n° 5.</b> Finaliser, d'ici à 2026, la mise en œuvre du programme de fiabilisation du cycle de la dépense.</p>
--

### 3.2 Le cycle des recettes

Sur le modèle de ce que le centre hospitalier a mis en place pour le cycle de la dépense, la Chambre identifie la nécessité d'adopter un programme de sécurisation du cycle des recettes afin de renforcer sa capacité à percevoir l'intégralité des sommes qui lui sont dues. L'objectif attendu est notamment de réduire le montant des créances clients dont le montant s'élevait à 4,87 Md F CFP au 31 décembre 2023. Le centre hospitalier doit également mieux suivre les sommes qu'il prétend devoir percevoir au titre des actes et consultations externes.

D'une manière générale, l'amélioration du cycle de la recette hospitalière appelle la démarche suivante :

- sécuriser et automatiser la facturation à l'aide d'un système d'information rénové qui centralise les données des patients, les actes médicaux et techniques ainsi que les consultations réalisés et génère les factures qui en résultent ;
- fiabiliser les données relatives aux patients, en veillant à ce que les informations relatives aux patients (identité, coordonnées, droits d'assurance maladie, existence d'assurance maladie complémentaire) soient correctement enregistrées dès leur admission ; cet objectif nécessite de former le personnel des admissions à cette problématique pour réduire les erreurs qui peuvent survenir dans l'enregistrement des informations administratives du patient ;
- renforcer la gestion des droits assuranciers des patients et des remboursements que le centre hospitalier doit percevoir de la part des différents régimes d'assurance maladie et des mutuelles par une amélioration des canaux de communication avec ces organismes afin de réduire les erreurs et d'améliorer les délais de remboursement ;
- améliorer la gestion des créances à partir d'un processus de suivi et de relance systématique des factures impayées ;
- instaurer un contrôle interne et mettre en place des audits du cycle des recettes à échéance régulière pour identifier, dans une carte des risques, les anomalies du cycle de recettes et mettre en place les actions correctives qui s'imposent.

La sécurisation du cycle des recettes repose en premier lieu sur l'adoption d'une carte identifiant les points forts et les faiblesses de ce cycle. Le dispositif de contrôle interne et de maîtrise des risques à mettre en place repose principalement sur des étapes situées en amont des écritures comptables : l'accueil médico-administratif du patient et le recueil de l'activité. Il convient notamment de réduire le défaut d'exhaustivité et de qualité de la saisie des actes réalisés par l'établissement ainsi que les erreurs de facturation.

Depuis 2023, l'établissement a engagé un processus d'amélioration de la chaîne de la facturation, toujours en cours de déploiement, sur le fondement du projet institutionnel « *Le premier soin à l'hôpital : l'accueil du patient* », incluant la redéfinition du parcours du patient de consultation et l'identification des pistes à améliorer dans la facturation.

Ces procédures doivent en effet être traitées de manière approfondie. La modernisation des systèmes d'information du centre hospitalier, notamment sur la partie gestion administrative et financière et gestion administrative du patient sera cependant indispensable pour améliorer le cycle de la recette. Déjà engagé dans la modernisation du dossier patient achevé en 2024, le centre hospitalier prévoit de rénover ses systèmes d'information administratifs et financiers à partir de 2026.

Dans l'attente, l'établissement gagnerait à conduire une évaluation précise des incidences budgétaires liées aux défauts de son cycle de recettes et de la probabilité de survenance des différents risques afin de préparer le plan d'actions à engager lorsque les systèmes d'information le permettront.

Pour sécuriser et fiabiliser les montants précis des recettes qu'il doit percevoir, la Chambre recommande au centre hospitalier de la Polynésie française d'adopter, d'ici à 2026, un plan d'actions de sécurisation de son cycle de recettes.

**Recommandation n° 6.** Adopter, d'ici à 2026, un programme de sécurisation et de fiabilisation des recettes.

### 3.3 Les charges sur exercices antérieurs

Les produits de l'activité hospitalière doivent être rattachés au bon exercice de manière symétrique au rattachement des charges correspondantes à ce même exercice. En particulier la valorisation de la production des séjours et des actés réalisés en décembre doit être menée de manière rigoureuse et rapide afin de minimiser l'étendue et la portée des procédures de rattrapage.

L'utilisation des comptes 6728x « *Autres charges sur exercices antérieurs* » doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné. La comptabilisation des dépenses dans ces comptes doit par conséquent être employée de manière exceptionnelle.

La Chambre constate que l'utilisation de ce compte était systématique sur la période sous revue et que les montants enregistrés dans ces comptes ont quadruplé entre 2018 et 2023, passant de 178,27 M F CFP en 2018 à 712,57 M F CFP en 2023. Cette situation résulte des difficultés de gestion relatives aux produits de santé (cf 2.3.3 du présent rapport).

Cette comptabilisation excessive des charges sur exercices antérieurs transparait également si l'on se réfère au « *taux de charges sur exercices antérieurs* ». Cet indicateur du tableau de bord financier des établissements publics de santé<sup>58</sup> correspond au rapport entre les comptes 6728x et les principaux comptes de charges, hors amortissements et dotations aux provisions. Il mesure le niveau de charges reportées, au sens comptable, d'un exercice sur l'autre, sans crédit budgétaire correspondant. En dessous de 0,2 %, les reports de charges peuvent être qualifiés de « *technique* ». Au-delà de 0,2 %, le taux de charges reportées traduit une difficulté, qui si elle se pérennise ou s'accroît, pourrait révéler de sérieuses tensions budgétaires (quelle que soit l'origine de ces reports répétés). Pour le centre hospitalier de la Polynésie française, ce taux est passé de 0,81 % en 2018 à 2,68 % en 2023.

Dans cet ensemble, les charges à caractère médical constituent depuis 2020, le poste principal des charges sur exercices antérieurs. En 2023, elles représentaient 96,30 % contre 2,71 % pour les charges de personnel et 0,99 % pour les charges à caractère hôtelier.

---

<sup>58</sup> Applicable en France hexagonale, utilisé ici à titre de comparaison.

Cependant, la Chambre observe que la nomenclature comptable utilisée souffre de défauts de précisions que le comptable et l'ordonnateur ne sont pas toujours en mesure d'expertiser clairement. Cette situation concerne notamment la capacité à s'assurer que la charge mandatée sur le compte 672 correspond effectivement à un engagement juridique d'un exercice précédent. L'utilisation du compte 672 dans l'adaptation polynésienne de l'instruction comptable M.21 a alors fait l'objet de nombreux échanges entre l'ordonnateur et le comptable ainsi que de réunions de concertation avec le service du contrôle de la dépense engagée en 2023 et 2024. Par conséquent, l'observation portée sur les reports de charges du centre hospitalier de la Polynésie française doit tenir compte des difficultés qui résulte de la nomenclature comptable inadaptée qui s'applique encore aujourd'hui à cet établissement, situation à laquelle le Pays doit remédier.

Tout en considérant que les opérations enregistrées en 2023 au compte 672 relevaient d'une situation exceptionnelle (cf. supra, partie 2.3.3 du présent rapport), la Chambre invite désormais le centre hospitalier à abandonner l'usage des comptes 6728x et à revenir à une orthodoxie comptable en dotant les comptes de charges de leur réelle consommation sur l'année plutôt que de faire supporter cette charge sur l'exercice suivant au 672.

Cette pratique évite de minorer les charges de l'exercice et participe à garantir la sincérité des comptes. Les reports, vont en effet à l'encontre du respect du principe d'indépendance des exercices et modifient le résultat annuel, *a fortiori* lorsqu'ils portent sur des montants importants.

### 3.4 Les provisions

En vertu du principe comptable de prudence, le centre hospitalier doit chiffrer et comptabiliser toute perte financière probable liée à un risque. Évaluées à l'arrêté des comptes, les provisions pour risques et charges sont des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise.

À ce titre, le centre hospitalier a constitué des provisions entre 2018 et 2024 et a réalisé des reprises sur la même période pour couvrir des risques et des charges qui se sont réalisés en gestion. La Chambre observe cependant que les provisions constituées par l'établissement pour couvrir le risque lié aux créances douteuses étaient insuffisantes<sup>59</sup>.

Pour rappel, lorsqu'il existe des indices de difficulté de recouvrement d'une créance, par exemple, compte tenu de la situation financière du débiteur et que la créance reste certaine dans son principe, c'est-à-dire que son montant n'est pas contesté, elle doit être considérée comme douteuse. Tenant compte de la nature et de l'intensité du risque et en application du principe de prudence, il est alors nécessaire de constater une dépréciation de tout ou partie de la créance. La dépréciation ainsi opérée constate un amoindrissement de valeur d'un élément d'actif résultant de causes dont les effets ne sont pas jugés irréversibles.

---

<sup>59</sup> L'établissement a provisionné un montant de 50 M F CFP en mars 2022 pour faire face aux créances douteuses.

Les créances que détient un hôpital sur les patients et qui résultent des titres de recettes qui leur ont été adressés, présentent un risque d'impayé. En application du principe de prudence, ces créances douteuses doivent faire l'objet d'une dépréciation qui se traduit par une dotation aux provisions pour dépréciation de créance. Cette dotation est à comptabiliser chaque année. L'ancienneté du titre est un indice du caractère douteux de son recouvrement.

Lorsque la créance est considérée comme définitivement irrécouvrable, la perte, et donc sa sortie de l'actif, doit être constatée en comptabilité par une admission en non-valeur du montant de la créance. Cette procédure ne prive pas l'établissement de sa capacité à poursuivre la procédure de recouvrement. Elle permet de présenter des comptes sincères et fiables. Les créances émises à l'encontre de l'assurance maladie et de l'ensemble des personnes morales de droit public ne peuvent pas être admises en non-valeur.

Entre 2011 et 2022, 761 M F CFP d'admission en non-valeur ont été autorisées par le conseil d'administration du centre hospitalier. Ce montant représentait en 2024 moins de 0,3 % du total facturé sur la période qui s'établissait à 247,5 Md F CFP. Cette situation s'explique par le manque de crédits disponibles et le manque de flexibilité des règles de gestion applicables aux établissements publics administratifs.

**Tableau n° 10 : Admissions en non-valeur**

En M F CFP	2011 à 2017	2018	2019	2020	2021	2022	Cumul
Admissions en non-valeur (ANV)	487	79	60	15	110	10	761
Facturation	140 701	20 972	21 178	20 847	21 450	22 357	247 505
Créances clients	42 991	5 054	4 353	3 719	3 364	4 470	63 951

Source : centre hospitalier de la Polynésie française

Au 31 décembre 2023, le montant des créances clients s'élevait à 4,87 Md F CFP, soit un montant légèrement inférieur à celui de 2018 (5,05 Md F CFP) mais supérieur à celui constaté en 2021 qui s'établissait à 3,36 Md F CFP.

Lors de sa séance du 6 décembre 2024, le conseil d'administration du centre hospitalier a approuvé une délibération<sup>60</sup>, admettant en non-valeur des créances irrécouvrables et pertes sur créances éteintes pour un montant de 1,19 Md F CFP, correspondant à 12 782 titres de recettes.

Ces titres étaient composés :

- d'une part des créances concernant les personnes morales de droit privé sur les périodes 2011 à 2022, pour 287 titres relatifs aux exercices 2011 à 2022 d'un montant total de 100,84 M F CFP ;
- d'autre part, des créances concernant les personnes physiques sur les périodes 2009 à 2021, pour 12 495 titres relatifs aux exercices 2009 à 2021 d'un montant total de 1,09 Md F CFP.

<sup>60</sup> Délibération n° 42/2024/CHPF du 06/12/2024 portant admission en non-valeur des créances irrécouvrables et pertes sur créances éteintes du centre hospitalier de la Polynésie française pour l'exercice 2024.

L'ensemble de ces créances a préalablement fait l'objet de poursuites contentieuses autorisées par la réglementation, mais ces dernières se sont révélées infructueuses du fait de l'insolvabilité, la disparition ou le décès du débiteur, l'extinction de la dette ou d'un seuil de poursuites trop bas pour engager des mesures plus coercitives.

Parallèlement, le comptable public a également fourni une liste de dossiers soumis à la commission de surendettement qui ne seront jamais recouverts pour 365 titres relatifs aux exercices 2010 à 2023, concernant uniquement des personnes physiques, d'un montant total de 114,38 M F CFP.

En l'absence de provisions suffisantes pour faire face à ce risque, le centre hospitalier a bénéficié d'une subvention exceptionnelle de fonctionnement de 1,9 Md F CFP accordée par le Pays<sup>61</sup> pour financer les charges non décaissables et les créances irrécouvrables. Ces écritures ont été passées avant la clôture de l'exercice 2024, conformément à la convention n°006924/MSP du 23 octobre 2024 encadrant l'utilisation des fonds.

La Chambre invite désormais le centre hospitalier à estimer de manière plus précise le montant des provisions qu'il réalisera pour faire face aux risques et charges qui pèsent sur sa gestion et notamment celles relatives aux créances irrécouvrables.

D'une manière plus générale, les provisions de l'établissement doivent être fondées sur une analyse rigoureuse des risques afin de garantir la sincérité et la fiabilité de sa comptabilité. Un suivi régulier est donc nécessaire pour ajuster les provisions au regard de l'évolution des risques ou des charges. Les provisions doivent en ce sens être évaluées chaque année sur les domaines suivants, selon une liste non exhaustive :

- provisions pour risques, notamment pour les litiges et les contentieux par exemple pour la responsabilité médicale de l'établissement ou des litiges avec des fournisseurs ou des patients ou encore les risques liés à l'exécution des contrats passés par l'établissement ;
- provisions pour charges, en particulier pour couvrir les dépenses liées aux droits acquis par les agents pour les indemnités de fin de carrière ou pour les réparations importantes ou travaux de maintenance différés mais nécessaires pour la continuité du service ou pour faire face à une diminution de la valeur des stocks en cas de péremption ou de non-utilisation prévisible.

### **3.5 L'actif et les amortissements**

Le conseil d'administration du centre hospitalier a voté le 29 novembre 2016, en modification de la délibération du 20 février 2014 adoptant le plan d'amortissement de l'établissement, une décision relative aux durées d'amortissement. Dans la pratique, l'établissement utilise la méthode d'amortissement linéaire. Par ailleurs, l'analyse des plans individuels d'amortissement montre que l'établissement pratique l'amortissement par composant, différencié selon les durées d'utilisation.

---

<sup>61</sup> Arrêté n° 1810 CM du 9 octobre 2024 approuvant l'attribution d'une subvention exceptionnelle de fonctionnement en faveur du centre hospitalier de la Polynésie française au titre de l'exercice 2024.

Afin de disposer d'une connaissance et d'une valorisation actualisée de son patrimoine, l'établissement doit établir chaque année un inventaire physique comptable complet. Cet inventaire participe à la sincérité des comptes et permet d'apprécier l'exactitude du patrimoine de l'établissement. Ces informations doivent être communiquées au comptable à chaque mise à jour de l'inventaire par l'ordonnateur afin qu'il puisse mettre à jour la comptabilité et l'état de l'actif.

À cet effet, le centre hospitalier dispose d'un logiciel de gestion et de maintenance des immobilisations qui permet d'attribuer un numéro d'inventaire lors de la réception d'un nouvel équipement. Chaque nouvelle immobilisation fait l'objet d'une fiche dans le système de gestion, comportant une durée d'amortissement. L'établissement transmet l'inventaire comptable de ces immobilisations, issu du système, par compte budgétaire, au comptable, ainsi qu'une synthèse consolidée, pour mandatement. Un état de l'actif de clôture, produit par le comptable, est transmis à l'établissement pour réconciliation avec sa comptabilité budgétaire.

Cependant, aucun cadrage récent avec un inventaire physique n'a été réalisé. Le dernier, partiel, ayant eu lieu lors de l'installation dans les locaux du nouvel hôpital à Pirae, soit avant novembre 2010. La Chambre invite l'établissement à réaliser en 2025 une mise à jour de cet inventaire.

À ce jour, l'essentiel de la problématique relative à l'actif du centre hospitalier réside dans le fait qu'il occupe un bâtiment depuis novembre 2010, dont le Pays est toujours propriétaire. Si le transfert de propriété était un jour décidé par le Pays, il conviendrait alors que le centre hospitalier intègre ce bâtiment dans son patrimoine. Cette intégration dans l'actif impliquerait de comptabiliser une dotation aux amortissements qui pèserait sur le résultat des exercices concernés.

### **CONCLUSION INTERMEDIAIRE**

*Depuis 2021, le centre hospitalier de la Polynésie française a lancé un plan de modernisation et fiabilisation du cycle des dépenses, baptisé « Napé ». Toutefois, fin 2024, seules 14 % des actions ont été achevées, notamment en raison de la crise sanitaire et du manque d'expertise disponible en interne à l'établissement. La Chambre recommande de reprendre la mise en œuvre du programme de fiabilisation de la dépense d'ici à 2026 et de poursuivre la modernisation des systèmes d'information de l'établissement engagée depuis 2021.*

*Le centre hospitalier doit, par ailleurs, renforcer la fiabilité de son cycle des recettes, notamment en automatisant davantage la facturation et en améliorant la qualité des données administratives recueillies. Le montant des créances clients atteignait 4,87 milliards F CFP en 2023, justifiant ainsi la recommandation que la Chambre adresse à l'établissement pour fiabiliser ses recettes d'ici à 2026.*

*L'établissement a, par ailleurs, enregistré une hausse des charges reportées sur les exercices suivants, passant de 178,27 M F CFP en 2018 à 712,57 M F CFP en 2023, ce qui compromet la sincérité des comptes. Bien qu'un contexte spécifique puisse expliquer en partie le montant de l'année 2023, la Chambre invite l'établissement à abandonner cette pratique et à intégrer les charges dans l'exercice budgétaire correspondant. En outre, l'hôpital doit mieux estimer les montants à provisionner chaque année en expertisant davantage les risques et les charges qu'il pourrait être conduit à supporter les années suivantes.*

*Le centre hospitalier doit donc renforcer ses pratiques comptables pour améliorer la sincérité et la fiabilité de ses comptes. Le déploiement du contrôle interne, la modernisation des outils de gestion et des systèmes d'information ainsi que la clarification des créances et provisions représentent des priorités à court terme.*

---

## 4 LA SITUATION FINANCIERE

Le budget du centre hospitalier est composé d'un budget principal qui retrace les principales fonctions de soins (médecine, chirurgie, obstétrique) et médico-techniques (pharmacie, biologie, radiologie, laboratoire, blocs opératoires, services techniques et administratifs...) et de sept budgets annexes en 2023 (psychiatrie, centre de traitement du sang, unité de soins ambulatoires, école de sages-femmes, service d'appel médical d'urgence (SAMU), établissement d'hébergement non sanitaire et unité médico-judiciaire).

La comptabilité de l'établissement distingue une section de fonctionnement et une section d'investissement.

### 4.1 Le financement des investissements

La section d'investissement du centre hospitalier présentait un résultat négatif en 2023 (-310 M F CFP) alors que, depuis 2018, les recettes ont diminué de 35,8 % et les dépenses de seulement 7,9 %.

**Tableau n° 11 : Résultat de la section d'investissement**

M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
Recettes	2 334,04	7 308,57	2 037,82	1 512,33	2 062,46	1 499,03	- 835,01	- 35,78 %
Dépenses	1 962,58	7 848,95	1 445,79	1 562,16	1 558,12	1 808,83	- 153,74	- 7,83 %
<b>Résultat</b>	<b>371,46</b>	<b>- 540,39</b>	<b>592,04</b>	<b>- 49,83</b>	<b>504,33</b>	<b>- 309,80</b>	<b>- 681,27</b>	<b>- 183,4 0%</b>

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les comptes financiers

En dehors des virements au compte de résultat et des remboursements d'emprunts, les dépenses d'investissement ont progressé de 86,3 % entre 2018 et 2023 pour s'établir à 1,29 Md F CFP. Ces investissements sont justifiés par la nécessité de maintenir en condition normale de fonctionnement les équipements de l'établissement.

Un plan pluriannuel d'investissement est en cours de suivi depuis plusieurs années. Pourtant, au regard de la dégradation de la section d'investissement, la Chambre invite le centre hospitalier à le retravailler pour ne prioriser que les investissements réellement indispensables en termes de sécurité et de qualité de soins.

**Tableau n° 12 : Dépenses d'investissement (tous budgets)**

En M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
Immobilisations incorporelles	53,68	30,87	136,82	44,48	116,61	49,93	- 3,75	- 6,99 %
Terrains, constructions et agencements	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0	
Installations techniques et autres immo. corporelles	634,11	1 018,12	953,51	959,97	788,03	1 144,54	510,43	80,50 %
Immobilisations en cours	3,28	0,00	0,00	0,00	0,00	2,39	- 0,89	- 27,13 %
Immobilisations reçues en affectation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	90,79	90,79	
<b>Total</b>	<b>691,07</b>	<b>1 048,99</b>	<b>1 090,33</b>	<b>1 004,45</b>	<b>904,64</b>	<b>1 287,65</b>	<b>596,58</b>	<b>86,33 %</b>

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les comptes financiers.

Selon les normes reconnues par les juridictions financières<sup>62</sup>, pour financer et renouveler ses investissements un établissement de santé doit disposer d'un taux de marge brute au moins égal à 8 % de ses produits d'exploitation. Pourtant, entre 2018 et 2023, le taux de marge brute du centre hospitalier de la Polynésie française ne dépassait pas 1 %, ce qui s'avère nettement insuffisant.

Conformément aux observations de la Cour des comptes rendues publiques en 2023<sup>63</sup>, il est cependant rappelé que le financement des investissements courants est censé être couvert par les tarifs, ce que ceux-ci ne permettent pas nécessairement. Le financement des investissements exceptionnels<sup>64</sup> doit faire l'objet d'un recours à l'autofinancement ou, lorsque la situation le permet, à l'emprunt<sup>65</sup>. Enfin, en complément, un établissement peut solliciter des concours financiers externes, notamment sous forme de subventions.

La capacité d'autofinancement d'un établissement de santé, qui résulte de la marge brute, mesure sa capacité à financer, sur ses ressources propres, les investissements et les remboursements de dettes. Elle représente donc l'excédent de ressources internes dégagées par son activité.

Entre 2018 et 2023, la capacité d'autofinancement brute tous budgets confondus du centre hospitalier de la Polynésie française était en progression de 623 M F CFP et s'établissait à 1,64 Md F CFP en 2023. Ce montant résultait cependant d'un résultat 2023 qui intégrait une subvention exceptionnelle de fonctionnement de 1,7 Md F CFP. En raison de la crise sanitaire, le centre hospitalier a présenté une insuffisance d'autofinancement en 2020.

**Tableau n° 13 : Capacité d'autofinancement brute (tous budgets)**

En M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
Marge brute	220,94	816,05	23,53	613,32	407,98	1 840,47	1619,53	733,0 2%
- Frais financiers	21,27	14,67	27,53	11,12	10,20	6,40	-14,87	- 69,91 %
+ Résultat exceptionnel	817,78	5 980,61	- 267,18	357,12	- 321,65	- 193,39	-1011,17	-123,65 %
<b>Capacité d'autofinancement brute</b>	<b>1 017,45</b>	<b>6 781,99</b>	<b>- 271,18</b>	<b>959,32</b>	<b>76,13</b>	<b>1 640,68</b>	<b>623,23</b>	<b>61,25 %</b>

Source : chambre territoriale des comptes, d'après les comptes financiers

Dans un contexte de capacité d'autofinancement quasi nulle, les subventions étaient essentielles au financement des investissements. Les subventions d'investissement reçues par le centre hospitalier de la part du Pays s'établissaient à 3,91 Md F CFP entre 2018 et 2023. Ces subventions représentaient 23,6 % des produits en 2023, 57,8 % en 2022 et 41,6 % en 2021. Entre 2017 et 2024, les subventions obtenues de l'État (*via* le Pays) s'élevaient, par ailleurs, à 2 Md F CFP.

Seul le redressement pérenne de la section de fonctionnement du centre hospitalier pourra lui permettre d'atteindre un taux de marge brute hors aide de 8 % afin de réduire son recours aux subventions.

<sup>62</sup> [Cour des comptes, Le rôle des CHU dans l'offre de soins, 2018.](#)

<sup>63</sup> [Cour des comptes, La tarification à l'activité des établissements de santé, 2023.](#)

<sup>64</sup> Acquisition d'un matériel spécifique dont le coût est particulièrement élevé ou opérations de travaux d'envergure.

<sup>65</sup> En 2018, le centre hospitalier a emprunté 590 M F CFP. Il n'a pas contracté d'autre emprunt depuis.

## 4.2 Le résultat de fonctionnement

Entre 2018 et 2023, le budget principal de fonctionnement a représenté en moyenne 91 % des produits de fonctionnement et 91,4 % des dépenses de fonctionnement consolidées. Au cours cette période, tous budgets consolidés, les produits (c'est à dire les recettes ainsi que la comptabilisation de la variation des stocks) ont progressé de 21,14 % pour s'établir à 30,95 Md F CFP et les charges (c'est à dire les dépenses et les variations de stocks) n'ont progressé que de 15,85 % et s'élevaient à 30,14 Md F CFP.

Pour autant l'évolution du résultat de l'ensemble des budgets était erratique : après avoir été systématiquement déficitaire entre 2018 et 2020, il était légèrement excédentaire en 2021 (+ 0,22 Md F CFP) avant d'être de nouveau négatif en 2022 (- 0,49 Md F CFP) puis excédentaire en 2023 (0,64 Md F CFP).

**Tableau n° 14 : Résultat consolidé (fonctionnement)**

M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
Produits	25 554,90	31 920,83	25 358,09	28 809,98	28 027,53	30 958,05	5 403,15	21,14 %
Charges	26 166,25	32 112,79	26 421,14	28 593,23	28 522,76	30 314,12	4 147,87	15,85 %
<b>Résultat</b>	<b>- 611,35</b>	<b>- 191,96</b>	<b>- 1 063,06</b>	<b>216,74</b>	<b>- 495,22</b>	<b>643,93</b>	<b>1 255,28</b>	<b>&gt; 100 %</b>

Source : chambre territoriale des comptes

Dans le détail, en 2019 et 2022 le déficit consolidé était majoritairement imputable au budget principal. Exceptée pour la psychiatrie, qui représente une activité à part entière, la part des budgets annexes dans le résultat était marginale entre 2018 et 2023 en raison du poids élevé du budget principal.

Le résultat du budget principal s'établissait à - 0,52 Md F CFP en 2018 et à 0,48 Md F CFP en 2023. L'année 2020 a présenté le résultat le plus dégradé de la période avec un déficit supérieur à 1 Md F CFP (1,043 Md F CFP).

**Tableau n° 15 : Résultats par budgets**

M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
<b>Budget principal</b>	<b>- 520,45</b>	<b>- 218,91</b>	<b>- 1 043,32</b>	27,01	<b>- 516,67</b>	485,58	1 006,03	<b>&gt; 100 %</b>
Psychiatrie	<b>- 141,04</b>	6,14	<b>- 58,79</b>	160,86	<b>-5,00</b>	76,13	217,17	<b>&gt; 100 %</b>
Traitement du sang	33,65	<b>- 28,09</b>	12,93	7,57	<b>- 24,47</b>	18,13	- 15,52	<b>- 46,13 %</b>
SAMU	8,16	17,43	0,58	2,56	4,51	13,75	5,59	<b>68,54 %</b>
Hospitel	21,02	<b>- 5,29</b>	1,29	18,37	14,55	<b>- 2,08</b>	- 23,10	<b>&lt; 100 %</b>
Soins ambulatoires	<b>- 14,23</b>	34,86	23,93	0,34	29,14	6,62	20,85	<b>&gt; 100 %</b>
École	1,55	1,90	0,31	0,03	2,70	<b>- 0,10</b>	- 1,65	<b>&lt; 100 %</b>
Unité médico-judiciaire						45,91	-	-
<b>Résultat</b>	<b>- 611,35</b>	<b>- 191,96</b>	<b>- 1 063,06</b>	<b>216,74</b>	<b>- 495,22</b>	<b>643,93</b>	<b>1 255,28</b>	<b>&gt; 100 %</b>
<i>Part du budget principal</i>	<i>85,13 %</i>	<i>114,04 %</i>	<i>98,14 %</i>	<i>12,46 %</i>	<i>104,33 %</i>	<i>75,41 %</i>	<i>83,19 %</i>	-

Source : chambre territoriale des comptes

Note de lecture : à l'exception de l'avant dernière ligne, les montants en gras représentent les résultats déficitaires.

### 4.3 Les produits de fonctionnement du budget principal

Entre 2018 et 2023, les produits du budget principal du centre hospitalier ont progressé de 4,68 Md F CFP, soit une croissance de 20 % et s'élevaient à 28,11 Md F CFP.

**Tableau n° 16 : Produits du budget principal**

M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
Produits	23 423,78	29 652,13	23 096,36	26 163,04	25 539,17	28 112,00	4 688,22	20,01 %

Source : Chambre territoriale des comptes, d'après les comptes financiers

Entre 2018 et 2023, deux principales recettes ont représenté plus de 70 % des produits du budget principal : la dotation globale de fonctionnement et le financement des molécules onéreuses. Ces produits sont versés par la caisse de prévoyance sociale.

La Chambre observe que la principale source de financement que constitue la dotation globale de financement, n'a pas connu d'augmentation entre 2020 et 2022 en restant fixée à 12,8 Md F CFP. Elle a ensuite progressé de 2,4 % en 2023.

En 2023, le centre hospitalier a bénéficié d'une subvention exceptionnelle du Pays de 2,6 Md F CFP au titre d'une aide en fonctionnement en contrepartie de la mise en place des travaux préparatoires au projet d'établissement et à la participation de l'établissement au comité de refondation du financement du centre hospitalier piloté par le Pays. Cette subvention était principalement destinée à rééquilibrer les comptes et à apporter une aide en fonctionnement.

**Tableau n° 17 : Détail des produits du budget principal**

M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart
<b>603. Variation de stock</b>	<b>1 151,17</b>	<b>1 340,88</b>	<b>1 354,09</b>	<b>1 461,29</b>	<b>1 758,36</b>	<b>1 696,60</b>	<b>545,43</b>
<b>70. Produits d'exploitation</b>	<b>20 783,36</b>	<b>21 076,46</b>	<b>20 617,24</b>	<b>21 166,40</b>	<b>22 246,40</b>	<b>22 762,67</b>	<b>1 979,31</b>
<i>dont dotation globale de financement</i>	<i>11 754,00</i>	<i>12 318,00</i>	<i>12 803,00</i>	<i>12 803,00</i>	<i>12 803,00</i>	<i>13 160,00</i>	<i>1 406,00</i>
<i>dont dotation molécules onéreuses</i>	<i>1 467,30</i>	<i>1 501,92</i>	<i>1 499,26</i>	<i>1 801,36</i>	<i>2 387,56</i>	<i>2 460,00</i>	<i>992,70</i>
<i>dont contrats d'objectifs</i>	<i>329,43</i>	<i>125,44</i>	<i>18,39</i>	<i>73,48</i>	<i>112,34</i>	<i>69,01</i>	<i>- 329,44</i>
<i>dont dialyse</i>	<i>246,91</i>	<i>208,12</i>	<i>244,05</i>	<i>257,99</i>	<i>295,09</i>	<i>293,66</i>	<i>46,75</i>
<i>dont examens de laboratoire</i>	<i>656,64</i>	<i>691,64</i>	<i>658,84</i>	<i>682,98</i>	<i>690,05</i>	<i>748,39</i>	<i>91,75</i>
<b>74. Subventions</b>	<b>10,00</b>	<b>319,23</b>	<b>565,90</b>	<b>1 715,97</b>	<b>466,98</b>	<b>2 626,57</b>	<b>2 616,57</b>
<b>75. Autres produits de gestion courante</b>	<b>193,52</b>	<b>183,92</b>	<b>261,33</b>	<b>317,57</b>	<b>292,19</b>	<b>414,47</b>	<b>220,95</b>
<b>76. Produits financiers</b>	<b>0,23</b>	<b>0,18</b>	<b>0,91</b>	<b>0,30</b>	<b>1,07</b>	<b>0,90</b>	<b>0,67</b>
<b>77. Produits exceptionnels</b>	<b>1 285,50</b>	<b>6 631,46</b>	<b>296,90</b>	<b>931,52</b>	<b>476,17</b>	<b>611,78</b>	<b>- 673,72</b>
<i>dont produits sur exercices antérieurs</i>	<i>234,19</i>	<i>102,24</i>	<i>230,04</i>	<i>643,09</i>	<i>111,15</i>	<i>80,39</i>	<i>- 153,80</i>
<i>dont quote-part subvention d'investissement</i>	<i>1 018,65</i>	<i>6 498,94</i>	<i>54,32</i>	<i>256,47</i>	<i>351,54</i>	<i>435,64</i>	<i>-583,01</i>
<b>78. Reprise sur amortissements et provisions</b>	<b>0,00</b>	<b>100,00</b>	<b>0,00</b>	<b>570,00</b>	<b>298,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
<b>Total des produits</b>	<b>23 423,78</b>	<b>29 652,13</b>	<b>23 096,36</b>	<b>26 163,04</b>	<b>25 539,17</b>	<b>28 112,00</b>	<b>4 688,22</b>

Source : Chambre territoriale des comptes, d'après les comptes financiers

En 2024, le centre hospitalier a de nouveau bénéficié d'une subvention exceptionnelle du Pays de 1,9 Md F CFP afin de comptabiliser des admissions en non-valeur pour des créances considérées comme irrécouvrables (cf. chapitre 3.4 du présent rapport). Une seconde subvention de fonctionnement d'un montant de 1,7 Md F CFP a également été versée par le Pays au cours de l'exercice 2024. Cette subvention était destinée à équilibrer les comptes du centre hospitalier. À ce jour (17 avril 2025), le compte financier de l'établissement pour 2024 n'a pas encore été adopté, la juridiction n'est donc en mesure d'apprécier les conséquences de cette seconde subvention sur l'équilibre budgétaire.

### **4.3.1 Les modalités de financement**

#### **4.3.1.1 Les principales sources de financement**

Les produits du budget principal du centre hospitalier reposent principalement sur deux dotations versées par la caisse de prévoyance sociale et fixées annuellement par un avenant à la convention cadre du 25 octobre 1999 conclue entre l'hôpital et la caisse de prévoyance sociale :

- une dotation globale de financement destinée aux activités de soins avec ou sans hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique ;
- une dotation relative au financement des molécules onéreuses et dispositifs médicaux onéreux<sup>66</sup>.

La dotation globale de financement du budget principal est destinée à financer les activités de soins en médecine, chirurgie et obstétrique, avec ou sans hospitalisation, dispensées par l'établissement au bénéfice des ressortissants du régime des salariés, du régime de solidarité de Polynésie française et du régime des non-salariés, pour les activités suivantes :

- l'hospitalisation (complète ou ambulatoire), comprenant tous les actes et produits pharmaceutiques qui y sont rattachés, à l'exclusion des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les séances d'hémodialyse, de radiothérapie et les examens de scintigraphie ;
- les consultations, actes médico-techniques et soins effectués à titre externe pour la fraction des tarifs des prestations prise en charge par les régimes de protection sociale.

Depuis 2018, la prise en charge du financement des molécules et dispositifs médicaux onéreux fait l'objet d'une sous enveloppe de la dotation globale. Il en est de même, depuis 2020,

---

<sup>66</sup> Les dispositifs médicaux sont définis par le code de la santé publique (article L.5211-1) comme tout instrument, appareil, produit, destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques. Il s'agit notamment des consommables (pansements, bas de contention...), d'implants (prothèses cardiaques, implants articulaires...) ou d'équipements (lits médicaux, fauteuils roulants, imagerie à résonance magnétique, scanners...). Certains de ces dispositifs (implants mammaires, stimulateurs cardiaques, pompes à insuline implantables...) sont identifiés comme dispositifs médicaux onéreux.

pour les examens d'oncogénétique et les analyses de biologie les plus onéreuses – actes dits « *hors nomenclatures* »<sup>67</sup>.

Le centre hospitalier bénéficie, par ailleurs, de financements fondés sur des contrats d'objectifs et de moyens conclus avec la caisse de prévoyance sociale et destinés à financer des activités spécifiques telles que les urgences et les évacuations sanitaires en contrepartie de l'atteinte d'objectifs de gestion. Enfin, des financements hors dotation sont versés à la réalisation de certains actes tels que les interruptions volontaires de grossesse ou des actes d'imagerie.

Cependant au fur et à mesure de l'étendue de l'offre de soins de l'hôpital, certains examens non listés dans la délibération, comme par exemple l'imagerie nucléaire, ont été progressivement intégrés dans le périmètre de la dotation globale de fonctionnement.

Les soins dispensés à des patients ressortissants d'autres régimes de sécurité sociale sont financés par la caisse de prévoyance sociale sur le fondement d'un tarif journalier de prestations déterminé annuellement par une délibération du conseil d'administration du centre hospitalier. Enfin, le centre hospitalier bénéficie du paiement du ticket modérateur payé par les patients en contrepartie des actes et consultations externes réalisées au centre hospitalier.

Pour les patients non affiliés à la caisse de prévoyance sociale, une prise en charge du ticket modérateur par la caisse de prévoyance sociale est possible. En ce sens, la sécurité sociale de France hexagonale et la caisse de prévoyance sociale ont conclu une convention formalisée par le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes de sécurité sociale. Cette coopération permet notamment l'application du tiers-payant aux fonctionnaires de l'État pour les frais médicaux engagés en Polynésie française.

Le centre hospitalier perçoit en outre, des produits directs d'activité, facturés au fil de l'eau en fonction d'un taux de prise en charge, tels que les forfaits techniques d'imagerie, les actes de laboratoire, l'interruption volontaire de grossesse, les rétrocessions de médicaments y compris sur liste des molécules onéreuses ainsi que des missions spécifiques soumises à facturation spécifique dans le cadre de conventions.

**Tableau n° 18 : Modalités de financement du budget principal**

Ressortissants de la caisse de prévoyance sociale		
Type de financement	Activité	Dispositif juridique
Dotation globale de financement	Hospitalisation complète Hospitalisation ambulatoire Séances (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse) Scintigraphie Part assurance maladie des consultations externes, actes médico-techniques et soins associés (70 % à 100 %)	Délibération n°98-163 du 15/10/98 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé Convention avec la caisse de prévoyance sociale du 25/10/1999

<sup>67</sup> Le financement des molécules onéreuses en cancérologie a fait l'objet d'une analyse spécifique de la chambre territoriale des comptes dans son rapport relatif à [« la politique de lutte contre le cancer en Polynésie française »](#) publié en octobre 2024.

Ressortissants de la caisse de prévoyance sociale		
Dotations spécifiques et contrats d'objectifs et de moyens	Activités spécifiques	Convention avec la caisse de prévoyance sociale du 25/10/1999
Molécules et dispositifs onéreux	Hospitalisation complète ou ambulatoire	Convention avec la caisse de prévoyance sociale du 25/10/1999
Part assurance maladie de la facturation aux assurés sociaux	Part assurance maladie des actes de laboratoire (70 %, 95 % ou 100 %) Forfait technique en imagerie (100 %) Médicaments hospitaliers rétrocédés Forfait interruption volontaire de grossesse	Convention avec la caisse de prévoyance sociale du 25/10/1999 et tarifs annuels du centre hospitalier
Ticket modérateur payé par les assurés sociaux	Consultations externes, actes médico-techniques et soins associés (0% à 30%) Actes de laboratoire (0 % à 100 % pour les actes hors nomenclature) Rétrocessions médicamenteuse <sup>68</sup> (0 % à 100 % pour les médicaments hors liste)	Tarifs annuels du centre hospitalier
Ressortissants de la sécurité sociale de France hexagonale		
Mode de financement	Activité	Dispositif juridique
Facturation en fonction des conventions entre la caisse de prévoyance sociale et la sécurité sociale	Hospitalisation complète et ambulatoire (100 %) Molécules onéreuses Séances (100 %) et consultations externes, actes médico-techniques (100 %) Actes de laboratoire (100 %) Rétrocessions médicamenteuses (100 %) Interruption volontaire de grossesse (100 %)	Tarifs annuels du centre hospitalier

Source : Chambre territoriale des comptes

Le centre hospitalier peut également percevoir des financements du Pays, sous forme de subventions :

- en fonctionnement, pour les budgets annexes du SAMU (service d'aide médicale urgente), du CESU (centre d'enseignement des soins d'urgence), de l'école de sage-femme et d'une partie de la psychiatrie ainsi que, plus ponctuellement, des subventions diverses ;
- en investissement, des subventions destinées à couvrir le programme d'investissement (financement État/Pays) et d'autres projets pluriannuels structurants.

<sup>68</sup> L'article R 5126-102 du code de la santé publique détermine que la rétrocession hospitalière est « la dispensation par une pharmacie à usage intérieur de médicaments non disponibles en officine de ville à des patients non hospitalisés ». En 2023, en France, la molécule Pomalidomide indiquée, en association avec la dexaméthasone, dans le traitement du myélome multiple en rechute et réfractaire, était la première dépense de rétrocession pour l'assurance maladie. Source disponible à l'adresse suivante : [www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-retrocession-hospitaliere-retrocedam](http://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/medicaments-retrocession-hospitaliere-retrocedam).

#### 4.3.1.2 Les limites de la dotation globale

##### ⇒ *Le financement des séjours*

Le montant de la dotation globale versé annuellement à l'hôpital par la caisse de prévoyance sociale pour un exercice N est notifié en N-1. Cette anticipation permet à l'établissement de construire son budget prévisionnel. La valorisation financière des séjours tient compte des données issues du codage des séjours de l'année N-2. Cette valorisation résulte de la grille tarifaire des séjours hospitaliers de France hexagonale pour l'exercice N-2<sup>69</sup>.

Depuis 2023, le codage médical des séjours du centre hospitalier de la Polynésie française a été amélioré. Il est désormais communiqué par l'établissement à la caisse de prévoyance sociale de manière semestrielle. Ainsi, en 2024, le codage du premier semestre a été intégré au dossier de préparation budgétaire 2025 élaboré en août 2024, soit seulement deux mois après la production des séjours.

Le centre hospitalier a, dans ces conditions, demandé à la caisse de prévoyance sociale que la notification annuelle de la dotation globale de fonctionnement du budget 2025, intègre une clause de révision lorsque le codage complet de l'année 2024 aura été réalisé. Par comparaison, une telle clause apparaît dans les conventions de financement des cliniques. À ce jour (28 avril 2025), cette demande n'a pas reçu de réponse. Les négociations sont en cours.

En tout état de cause, la perte de recettes qui résulte de l'absence de réévaluation de la dotation annuelle a été évaluée par le centre hospitalier à 1,34 Md F CFP en 2024. La Chambre ne dispose pas des outils de tarification des séjours et n'est donc pas en mesure d'expertiser ce montant.

Dans un contexte d'une croissance de la complexité des séjours, liée notamment à la prévalence de plus en plus élevée des maladies chroniques chez les patients, le décalage N/N - 2 entraîne une discordance temporelle entre l'évolution des charges et la revalorisation des produits correspondants. Cette perte potentielle de recettes, accentuée par l'inflation, produit des incidences négatives sur le résultat d'exploitation et la trésorerie du centre hospitalier.

##### ⇒ *Les besoins financiers complémentaires*

Dans son projet de budget 2024, le centre hospitalier a chiffré les actions qui, selon son interprétation, devraient faire l'objet de financements spécifiques en complément de la dotation globale.

Ces demandes représentaient un total de 2,45 Md F CFP :

- accueil des urgences : 911 M F CFP ;
- transport d'urgence : 522 M F CFP ;
- permanence des soins : 611 M F CFP ;
- enseignement et accueil des étudiants de troisième cycle en médecine, pharmacie et odontologie (internes) : 283 M F CFP ;
- caisson hyperbare : 55 M F CFP ;
- prise en charge de l'accident vasculaire cérébral : 76 M F CFP.

---

<sup>69</sup> En Polynésie française, ces tarifs sont ajustés d'un coefficient géographique.

### *Le financement des actes et consultations externes*

Par ailleurs, la dotation globale comporte un volet relatif au paiement, par la caisse de prévoyance sociale, des consultations externes au centre hospitalier. Pour les affiliés aux différents régimes d'assurance maladie gérés par la caisse de prévoyance sociale, ces consultations sont en effet prises en charge, sous réserve d'un ticket modérateur à la charge de l'assuré.

Le montant inscrit chaque année dans la dotation globale au titre des actes et consultations externes a été fixé de manière forfaitaire à 110 M F CFP en 2024. Pourtant, selon le centre hospitalier, ce montant ne représentait que 10 % environ du montant total de la valorisation totale des actes et consultations externes. Des travaux conjoints entre la caisse de prévoyance sociale et le centre hospitalier de valorisations ont été menés sur ce point et le montant estimé pour 2022 s'élevait en effet à 943 M F CFP<sup>70</sup>. Ce montant s'établissait à 1,1 Md F CFP en 2024 et devrait atteindre 1,2 Md F CFP en 2025.

De surcroît, les grilles des nomenclatures applicables aux actes et consultations externes applicables en Polynésie française accusent un retard de plus de cinq années avec celles utilisées en France hexagonale. Dans ces conditions, le codage et la valorisation tarifaire de plusieurs actes médico-techniques, examens et analyses de laboratoire non reconnus par ces anciennes nomenclatures, mais pourtant réalisés au centre hospitalier ne peut donner lieu à valorisation financière. Le manque à gagner pour le centre hospitalier de la Polynésie française est estimé par celui-ci à plus d'un milliard de francs Pacifique. Pour autant, en l'absence d'émission de titres de recettes, ce montant ne peut être précisément déterminé.

La Chambre invite désormais le centre hospitalier à établir un état des sommes dues pour chaque acte et consultation externe, afin de pouvoir les justifier auprès de la caisse de prévoyance sociale.

#### 4.3.1.3 Le financement des urgences

Alors qu'en France hexagonale les services des urgences et les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) font l'objet de financement spécifiques en complément de la tarification à l'activité qui résulte du paiement par l'assurance maladie de chaque passage<sup>71</sup>, le fonctionnement de ces services est intégré dans la dotation globale du centre hospitalier de la Polynésie française. Cet établissement ne perçoit donc aucun financement spécifique alors qu'il est le seul établissement à exercer cette mission de manière continue pour l'ensemble du territoire. L'hôpital gère en effet un service mobile d'urgence et de réanimation à la fois terrestre par le biais d'équipes dédiées et de véhicules spécialement équipés et aérien pour les évacuations sanitaires.

Dans un contexte où les urgences et le SAMU (centre d'appel des urgences) sont, depuis 2025, constitués en un pôle unique, le centre hospitalier porte une demande de financement spécifique pour les urgences et les transports associés : il a, dans un premier temps, sollicité en 2024 auprès du ministère chargé de la santé que le périmètre du budget annexe du

---

<sup>70</sup> Centre hospitalier, note de présentation du budget primitif pour 2024, page 13.

<sup>71</sup> Les établissements perçoivent notamment un forfait annuel pour les services d'accueil des urgences et une dotation spécifique pour le SMUR.

SAMU, financé par une subvention du Pays, puisse intégrer les urgences ainsi que le SMUR (véhicules d'urgences et de réanimation) et que son financement soit revu.

Sur le fondement du compte financier 2023, la comptabilité analytique de l'établissement permet d'évaluer le coût des urgences à 0,93 Md F CFP, celui des évacuations sanitaires et des transports à 0,48 Md F CFP (dont 0,24 Md F CFP pour les évacuations sanitaires), soit un coût total assumé sur la dotation globale de 1,41 Md F CFP.

La Chambre observe que le financement de l'activité des urgences et des transports associés doit faire l'objet d'un échange spécifique entre la caisse de prévoyance sociale, le ministère chargé de la santé et le centre hospitalier afin que ces activités puissent faire l'objet *a minima* d'une sous enveloppe de la dotation globale, comme cela a été mis en place pour les actes et consultations externes.

#### 4.3.1.4 Le financement des molécules et dispositifs onéreux

Le financement des molécules et dispositifs médicaux onéreux donne lieu à une dotation annuelle de la caisse de prévoyance sociale, qui est une sous enveloppe de la dotation globale. Le montant de cette sous enveloppe est déterminé par un avenant annuel à la convention du 25 octobre 1999 conclue entre la caisse de prévoyance sociale et le centre hospitalier qui définit chaque année le financement de l'établissement pour la prise en charge des soins qu'il dispense aux ressortissants de la caisse de prévoyance sociale. Cette dotation est plafonnée au montant prévisionnel fixé *a priori* dans l'avenant annuel à la convention de 1999. Elle fait l'objet d'un versement par douzième sur transmission, par l'établissement, d'une facturation fondée sur des justificatifs de consommation et de valorisation.

Les molécules onéreuses prises en charge par la sous enveloppe spécifique de la dotation globale annuelle sont détaillées dans une liste produite en annexe de la convention du 25 octobre 1999. Celle-ci correspond à la liste des médicaments remboursés par l'assurance maladie de France hexagonale en complément (dite « *en sus* ») de la tarification à l'activité<sup>72</sup> et à une liste polynésienne pour les dispositifs médicaux implantables. Il en résulte que la liste des médicaments onéreux est régulièrement mise à jour, conformément aux évolutions apportées à cette liste en France hexagonale. Par contre, la liste des dispositifs médicaux onéreux est fixée localement par un arrêté en conseil des ministres. Cette liste peut donc présenter des décalages avec celle fixée en France hexagonale.

Par ailleurs, en application d'un contrat d'objectifs et de moyens conclu entre la caisse de prévoyance sociale et le centre hospitalier, les molécules préparées par le centre hospitalier pour l'activité de chimiothérapie réalisée dans les hôpitaux de Taravao, Afareaitu, Taiohae et Raiatea donnent également lieu à un financement spécifique intégré à la sous enveloppe de la dotation globale annuelle relative aux molécules onéreuses.

---

<sup>72</sup> En France hexagonale et dans les départements d'outre-mer, les séjours des activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics et privés de santé sont codés et facturés à l'assurance maladie. Chaque « *groupe homogène de séjours* » correspond à un tarif national. Les tarifs sont issus des coûts complets (fonctionnement et investissements courants) qui résultent d'une enquête nationale de comptabilité analytique des séjours hospitaliers. Les molécules et dispositifs reconnus comme onéreux par le biais d'une liste spécifique, sont financés à prix coutant, « *en sus* », c'est à dire en complément, des tarifs des séjours.

Il résulte de cet ensemble de dispositifs que les sommes facturées en 2020, 2021 et 2023 à la caisse de prévoyance sociale n'ont pas pu être prises en charge en totalité par celle-ci compte tenu du plafonnement *a priori* de l'enveloppe dans l'avenant annuel à la convention du 25 octobre 1999. L'écart ainsi cumulé entre les charges effectives pour molécules onéreuses assumées par l'établissement et la dotation spécifique qui lui a été versée, s'élevait, selon le centre hospitalier, à près d'1 Md F CFP à la fin de l'année 2023.

En tout état de cause, afin que la caisse de prévoyance sociale puisse prendre en considération le juste montant des molécules onéreuses prescrites, l'établissement doit systématiquement identifier les conditions de délivrance des molécules onéreuses (« *référentiel d'identification des unités communes de dispensations (UCD)* ») et justifier les diagnostics associés qui ont conduit à ces prescriptions, lors du codage des séjours avant transmission de l'activité médicale réalisée à la caisse de prévoyance sociale.

### 4.3.2 Les adaptations à engager

La persistance des règles posées il y a vingt-cinq ans pour le financement du centre hospitalier est aujourd'hui source de difficultés récurrentes.

Entre 2022 et 2023, un comité de financement associant le ministère chargé de la santé, le ministère chargé de l'économie et des finances, l'agence régionale de régulation sanitaire et sociale et la caisse de prévoyance sociale a engagé des travaux de refondation du mode de financement du centre hospitalier et des cliniques de la Polynésie française. Pour ce qui le concerne, le centre hospitalier a été associé à ces travaux. L'objectif de ce comité était d'instaurer une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

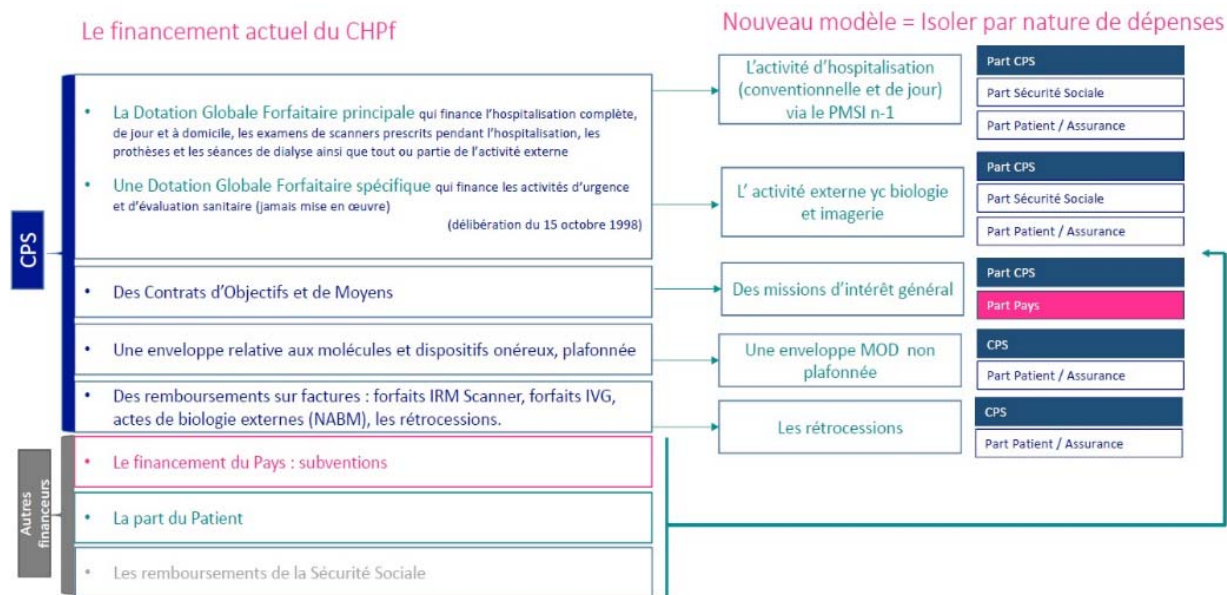
Dans ce cadre, le Pays a confié à un cabinet de consultants la mission de formuler des propositions pour faire évoluer le système de financement sanitaire et en particulier la dotation globale de financement et les contrats d'objectifs et de moyens qui forment l'essentiel des produits d'assurance maladie versés annuellement au centre hospitalier. Les conclusions de cette mission ont été adressées au Pays en juillet 2023<sup>73</sup>.

L'essentiel de la proposition formulée consistait à instaurer une tarification à l'activité, mise en place en France hexagonale depuis 2008, en lieu et place des dotations annuelles et des enveloppes financières complémentaires au titre de « *missions d'intérêt général* » en remplacement des financements attachés aux contrats d'objectifs et de moyens. Le schéma ci-après permet de visualiser le nouveau mode de financement du centre hospitalier après la réforme envisagée. L'activité d'hospitalisation conventionnelle (c'est à dire avec un hébergement de nuit) et de jour (c'est à dire en ambulatoire, sans nuitée) serait financé par la caisse de prévoyance sociale (CPS) sur le fondement de l'activité médicale codée par l'établissement via le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI). En outre, une enveloppe pour molécules onéreuses (MOD), non plafonnée, serait versée. Selon le consultant, ce système utilisé en France hexagonale « *a permis une médicalisation de la gestion mais aussi, parfois, un pilotage médico-économique qui aboutit à une augmentation des revenus des hôpitaux les plus productifs.* »

---

<sup>73</sup> Groupe Averroès, *Mission d'appui technique aux travaux de définition d'un nouveau modèle de financement des structures hospitalières en Polynésie française*, juillet 2023.

## Schéma n° 5 : Réforme envisagée pour le financement du centre hospitalier



Source : cabinet Averroès, rapport de mission, 2023

Si, en France hexagonale, la tarification à l'activité a effectivement posé les conditions d'une recherche accrue de l'efficacité. Le mode de financement tel que proposé dans le schéma ci-dessus peut-être cependant sujet à débat. Nombre des paramètres qui conditionnent le fonctionnement technique de la tarification à l'activité dans l'hexagone présentent des limites documentées :

- les tarifs ne sont pas systématiquement fiables car leur mode de construction ne permet pas de les comparer aux coûts de production tels qu'ils résultent de la comptabilité analytique hospitalière, cette observation est rendue publique par l'agence technique qui élabore la construction des tarifs et qui considère que ceux-ci sont « issus des coûts », mais qu'ils ne les reflètent pas : « la comparaison directe entre les coûts et les tarifs n'est pas possible dans la mesure où ces deux sources de données ne recouvrent pas le même périmètre et qu'une mise en cohérence des périmètres ne peut se faire dans le cadre de la méthodologie actuelle de l'étude de coûts. »<sup>74</sup> ;
- la tarification au séjour peut conduire les établissements à réaliser de plus en plus d'actes et de séjours, notamment sur les séjours où le bénéfice coûts/tarif est le plus avantageux, afin de générer du financement complémentaire ;
- des écarts ont été volontairement mis en œuvre dans la fixation des tarifs, par rapport aux coûts moyens, dans le but de faciliter l'application de politiques de santé publique (en faveur des soins du cancer, des soins palliatifs, de ceux relatifs aux pathologies lourdes ou aux accidents vasculaires cérébraux), d'organisation des soins (chirurgie ambulatoire) ou pour favoriser une pratique médicale (par exemple, l'accouchement par voie basse) et en défavoriser une autre (la césarienne) ces pratiques ont contribué à modifier le signal-prix par la progression du tarif de certaines pratiques, pour favoriser ou inciter à leur

<sup>74</sup> Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, site internet : <https://www.atih.sante.fr/methode-alternative-la-comparaison-des-couts-et-des-tarifs-campagne-tarifaire-2020>.

développement et ces distorsions tarifaires peuvent corroborer le doute que les acteurs peuvent émettre sur la justesse des tarifs.

Sans remettre en cause les réussites de la tarification à l'activité, ces observations ont été émises par l'inspection des finances en 2012<sup>75</sup> et plus récemment par la Cour des comptes, dans un rapport rendu public en 2023<sup>76</sup> consacré intégralement à ce sujet.

L'inspection des finances relevait notamment qu'« *en supprimant la régulation prix/volume applicable à la tarification à l'activité (...) l'absence de distorsion entre l'échelle des coûts et des tarifs devrait être le gage de la satisfaction de l'objectif de juste répartition budgétaire* », ce mode de financement « *pourrait être complété par d'autres formes de dotation ou de réglementation permettant d'orienter l'offre de soins vers plus de qualité, de pertinence et favoriser la logique des parcours de soins* ».

La Cour des comptes observait que « *l'ajustement uniforme des tarifs en-deçà des coûts moyens qu'ils sont censés couvrir a permis de contenir la dépense hospitalière et, parfois, de compenser les dépassements de l'enveloppe des soins de ville (...) Sur le long terme, les écarts qui se sont creusés entre les coûts et les tarifs ont produit des situations de sur ou de sous-financement. Ces distorsions durables du signal-prix ont eu des incidences sur l'organisation des soins et sur la répartition des spécialités entre les établissements publics et les établissements privés, lucratifs ou non, dont les décisions peuvent se révéler opportunistes* ». La Cour ajoutait cependant que « *les objectifs initialement assignés à la tarification à l'activité, en termes d'équité et de transparence des financements, demeurent indispensables et l'outil a apporté la preuve qu'il contribuait à leur réalisation.* »

Comme cela a été réalisé en France hexagonale au début de l'année 2025<sup>77</sup>, la réforme du financement du centre hospitalier de la Polynésie française gagnerait à être construite autour d'une part réduite de tarification à l'activité et sur le fondement de dotations fixées en fonction de critères d'activité, de qualité ou de lourdeur des soins ou bien sur le fondement de prix de journée dont le calcul devrait reposer sur des études de coûts précises et documentées.

Dans cet ordre d'idée, la rénovation des mécanismes de financement des missions d'intérêt général assumées par l'établissement (notamment les urgences, la permanence des soins et certaines activités d'expertises telles la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux), des contrats d'objectifs et de moyens ainsi que des tarifs facturés aux ressortissants seront également à engager.

Tenant compte de ces observations, la Chambre invite le centre hospitalier à poursuivre l'appui technique qu'il apporte au Pays pour la définition de nouvelles modalités de financement de son activité. Ces modalités ne trouveront de sens que dans le cadre d'un environnement juridique et financier retravaillé avec un statut d'établissement public de santé et la mise en application de la nomenclature M.21.

---

<sup>75</sup> Inspection générale des finances, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, avril 2012.

<sup>76</sup> [Cour des comptes, La tarification à l'activité, rapport d'observations définitives, juillet 2023.](#)

<sup>77</sup> Décret n° 2024-1267 du 31 décembre 2024 relatif à la réforme du financement des établissements de santé publié au journal officiel de la République française du 01 janvier 2025

#### 4.4 Les charges de fonctionnement du budget principal

(193) Entre 2018 et 2023, les charges du budget principal du centre hospitalier ont progressé de 3,68 Md F CFP, soit 15,4 % et s'élevaient à 27,62 Md F CFP. La progression des charges a donc été inférieure à celle des produits (+20 %) au cours de cette période.

**Tableau n° 19 : Détail des charges du budget principal**

M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart
<b>60. Achats</b>	<b>6 747,47</b>	<b>6 997,16</b>	<b>7 189,39</b>	<b>8 110,67</b>	<b>8 157,05</b>	<b>9 158,24</b>	<b>2 410,77</b>
<i>dont pharmacie</i>	<i>2 410,47</i>	<i>2 445,28</i>	<i>2 332,05</i>	<i>3 024,38</i>	<i>3 083,99</i>	<i>3 942,84</i>	<i>1 532,37</i>
<i>dont variation de stocks</i>	<i>1 098,26</i>	<i>1 151,17</i>	<i>1 340,88</i>	<i>1 354,09</i>	<i>1 461,29</i>	<i>1 758,36</i>	<i>660,10</i>
<i>dont énergie et électricité</i>	<i>742,20</i>	<i>819,93</i>	<i>827,05</i>	<i>845,98</i>	<i>794,24</i>	<i>665,23</i>	<i>- 76,97</i>
<b>61. Services extérieurs</b>	<b>1 398,00</b>	<b>1 369,27</b>	<b>1 330,97</b>	<b>1 437,63</b>	<b>1 576,02</b>	<b>1 588,18</b>	<b>190,17</b>
<i>dont laboratoires</i>	<i>230,15</i>	<i>228,46</i>	<i>170,96</i>	<i>223,60</i>	<i>192,55</i>	<i>202,78</i>	<i>- 27,38</i>
<i>dont bâtiments</i>	<i>533,22</i>	<i>497,09</i>	<i>501,33</i>	<i>518,40</i>	<i>524,67</i>	<i>513,92</i>	<i>- 19,30</i>
<i>dont biomédical</i>	<i>261,50</i>	<i>252,02</i>	<i>259,21</i>	<i>284,23</i>	<i>335,16</i>	<i>290,35</i>	<i>28,85</i>
<i>dont assurances</i>	<i>118,50</i>	<i>112,90</i>	<i>110,28</i>	<i>106,12</i>	<i>160,84</i>	<i>139,93</i>	<i>21,43</i>
<b>62. Autres services extérieurs</b>	<b>1 242,42</b>	<b>1 301,00</b>	<b>1 285,56</b>	<b>1 178,56</b>	<b>1 280,74</b>	<b>1 338,15</b>	<b>95,74</b>
<i>dont personnel extérieur à l'établissement</i>	<i>196,06</i>	<i>216,14</i>	<i>153,66</i>	<i>168,79</i>	<i>186,40</i>	<i>194,37</i>	<i>- 1,69</i>
<i>dont transport sur achats (pharmacie et autres)</i>	<i>189,27</i>	<i>223,37</i>	<i>331,35</i>	<i>284,20</i>	<i>279,70</i>	<i>271,85</i>	<i>82,58</i>
<i>dont déplacements et missions</i>	<i>172,31</i>	<i>212,25</i>	<i>140,70</i>	<i>135,84</i>	<i>220,35</i>	<i>248,40</i>	<i>76,09</i>
<i>dont alimentation</i>	<i>275,18</i>	<i>273,63</i>	<i>263,52</i>	<i>230,50</i>	<i>220,87</i>	<i>209,60</i>	<i>- 65,58</i>
<b>64. Charges de personnel</b>	<b>12 425,36</b>	<b>12 475,45</b>	<b>12 947,47</b>	<b>13 325,54</b>	<b>13 418,23</b>	<b>13 711,69</b>	<b>1 286,33</b>
<b>65. Autres charges de gestion courante</b>	<b>79,43</b>	<b>60,00</b>	<b>14,88</b>	<b>110,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>- 79,43</b>
<b>66. Charges financières</b>	<b>20,26</b>	<b>14,30</b>	<b>27,52</b>	<b>10,94</b>	<b>10,20</b>	<b>5,50</b>	<b>- 14,76</b>
<b>67. Charges exceptionnelles</b>	<b>433,68</b>	<b>614,91</b>	<b>581,84</b>	<b>677,46</b>	<b>773,60</b>	<b>821,71</b>	<b>388,03</b>
<i>dont charges sur exercices antérieurs</i>	<i>178,27</i>	<i>250,23</i>	<i>436,43</i>	<i>507,00</i>	<i>327,50</i>	<i>712,57</i>	<i>534,30</i>
<b>68. Dotations aux amortissements et provisions</b>	<b>433,68</b>	<b>614,91</b>	<b>581,84</b>	<b>677,46</b>	<b>773,60</b>	<b>821,71</b>	<b>388,03</b>
<b>Total des charges</b>	<b>23 944,24</b>	<b>29 871,04</b>	<b>24 139,67</b>	<b>26 136,03</b>	<b>26 055,84</b>	<b>27 626,42</b>	<b>3 682,18</b>

Source : Chambre territoriale des comptes

La progression des charges du budget principal constatée entre 2018 et 2023 (+3,68 Md F CFP) résulte principalement de la hausse des dépenses de personnel (+2,4 Md F CFP) et des dépenses de produits pharmaceutiques (+1,53 Md F CFP).

Pour autant, au cours de cette même période, si les dépenses de personnel ont progressé de 10,35 %, cette hausse était moins rapide que celle de l'ensemble des charges (+15,37 %).

La progression des dépenses de personnel était, de surcroît, moins dynamique que celle de la dotation globale de financement – hors molécules onéreuses (+11,35 %), ce qui représente une bonne pratique.

Les dépenses de personnel représentaient en moyenne près de la moitié des charges totales du budget principal, soit le premier poste de dépenses. Cette part était nettement inférieure à la moyenne constatée au niveau national qui s'établissait à plus de 63 % entre 2017

et 2022, selon les données disponibles auprès de l'agence technique de l'informatisation sur l'hospitalisation.

En 2023, les accessoires à la rémunération principale représentaient 15,39 % de la rémunération totale de l'ensemble des personnels (17,97 % en 2022). Pour les personnels médicaux, ces éléments représentaient 29,90 % de la rémunération (31,99 % en 2022), notamment en raison heures supplémentaires, gardes et astreintes. Pour les personnels non médicaux, la part des accessoires s'établissait à 13,6 % (16,24 % en 2022). Des marges de manœuvre sont encore à rechercher dans ces domaines.

Par ailleurs, une note du 3 mai 2023 de la direction de l'hôpital, modifiée le 16 octobre 2023, fixe l'organisation du temps de travail. Elle organise notamment des procédures de contrôles quotidiennes par le service des ressources humaines pour les heures supplémentaires et prévoit que des contrôles complémentaires sont effectués mensuellement avant la mise en paie. Si les personnels de soins peuvent réaliser des heures supplémentaires pour faire face à la continuité des soins, les heures supplémentaires sont accordées a priori aux personnels administratifs qui doivent donc en faire une demande écrite à la direction des ressources humaines. Ce système a le mérite de limiter les heures supplémentaires des services administratifs.

La Chambre observe, en outre, que la part des dépenses de personnel dans les charges totales du budget principal était en baisse entre 2018 (51,89 %) et 2023 (49,63 %), conformément aux actions entreprises par l'établissement dans le cadre du plan de retour à l'équilibre adopté en 2021<sup>78</sup>. L'effet du glissement vieillesse technicité, c'est à dire la hausse des dépenses liées à l'avancement à l'ancienneté et aux promotions est passé de 3,01 % en 2021/2022, à 0,95 % en 2023. Il est estimé à 1 % pour 2024 et 2025<sup>79</sup>.

**Tableau n° 20 : Part des dépenses de personnel dans les charges totales du budget principal**

2018	2019	2020	2021	2022	2023
51,89 %	41,76 %	53,64 %	50,99 %	51,50 %	49,63 %

Source : Chambre territoriale des comptes

La croissance des dépenses de pharmacie, dont la part dans les charges totales a progressé de 10 % en 2018 à plus de 14 % en 2023, s'explique principalement par les hausses du prix des molécules entre 2018 et 2023, la hausse de l'activité et la progression des prises en charges qui nécessitaient des prescriptions de molécules onéreuses, en particulier en cancérologie.

En outre, les missions d'expertises réalisées par des équipes médicales de France hexagonale et qui sont utiles pour l'amélioration des prises en charge, appellent parfois l'acquisition de molécules onéreuses ou de dispositif médicaux spécifiques coûteux.

<sup>78</sup> Plan de retour à l'équilibre et de rénovation du management intitulé « Paré » adopté en 2021.

<sup>79</sup> Dans l'hexagone il est, en moyenne, estimé entre 1 % et 2 %, cependant les statuts des personnels sont différents.

#### 4.4.1 Les incidences financières de la crise sanitaire

Dès les premiers signaux faibles d'une possible épidémie touchant la Polynésie française, fin janvier 2020, le centre hospitalier de la Polynésie française a activé ses cellules de veille puis de crise.

La suspension des transports aériens commerciaux a permis, à la fois, à la Polynésie française d'être pratiquement indemne de cas jusqu'au mois de juillet 2020 et au centre hospitalier de se préparer à prendre en charge une éventuelle vague épidémique en bénéficiant du retour d'expérience des territoires déjà concernés.

Trois vagues principales ont concerné la Polynésie française : septembre 2020 / janvier 2021, août 2021 / octobre 2021 puis, dans une moindre mesure en raison de la vaccination de la population, en février 2022 / mai 2022.

Dès qu'il est apparu que des moyens matériels et humains supplémentaires devaient être mobilisés, l'ensemble des dépenses associées a fait l'objet d'un décompte spécifique. Ce décompte a été effectué en 2020 et 2021.

Le centre hospitalier s'est concentré sur le maintien de ses effectifs nominaux en privilégiant la formation interne, la réorganisation du capacitaire et la variation de l'activité programmée. La mise en place d'une filière dédiée a néanmoins nécessité des *recrutements ad-hoc*, la création de lignes de gardes et d'astreinte médicales et l'augmentation des heures supplémentaires.

Les incidences de ces mesures ont été évaluées par l'établissement à 246 M F CFP en 2020 et 611 M F CFP en 2021.

La vague des mois d'août à octobre 2021 a été particulièrement intense et l'établissement a bénéficié du soutien massif de la France hexagonale : 239 personnels de la réserve sanitaire se sont succédé dans l'établissement, dont 180 présents simultanément courant septembre 2021. Cet effectif a été complété par huit personnels de santé néo-calédoniens courant août 2021. Ces renforts n'ont pas généré de dépenses supplémentaires pour l'établissement puisqu'ils relevaient de la réserve sanitaire nationale.

Les achats généraux spécifiques (hors pharmacie, laboratoires et biomédical) ont été estimés à 94 M F CFP en 2020, dont 41 M F CFP liés à la sécurisation des capacités de production d'oxygène. En 2021, ils ont été arrêtés à 45 M F CFP, dont 13 M F CFP liés à la sécurisation de la production d'oxygène.

De surcroît, les charges pour services extérieurs se sont établies à 22 M F CFP en 2020, en particulier pour des dépenses de signalétique spécifique et de sécurisation physique et humaine. Pour 2021, celles-ci se sont élevées à 24 M F CFP, dont 9 M F CFP consacrés aux locations mobilières (containers frigorifiques). Enfin, 102 M F CFP ont été comptabilisés en 2020 et 50 M F CFP en 2021 pour des dépenses de transports.

Les dépenses d'investissement fléchées, qui ont fait l'objet d'une subvention, s'élèvent à 445 M F CFP dont 50 M F CFP pour la mise en place du plan blanc, et 395 M F CFP pour la mise en place de 20 lits supplémentaires de réanimation, dont 149 M F CP pour des respirateurs, 68 M F CFP pour les lits et 66 M F CFP pour des pousse-seringue et des générateurs d'oxygène grande capacité.

Le montant total des dépenses hospitalières liées à la crise sanitaire s'élève à 1,5 Md F CFP en cumul sur les exercices 2020 et 2021. En réponse l'établissement a reçu des subventions d'un montant équivalent.

**Tableau n° 21 : Dépenses liées à la crise sanitaire**

En M F CFP	2020	2021	Cumul
Personnel non médical	105,81	305,58	411,39
Personnel médical	86,15	164,51	250,65
Charges sociales	53,82	141,03	194,85
<b>Total dépenses de personnel</b>	<b>245,78</b>	<b>611,12</b>	<b>856,89</b>
Pharmacie	78,19	88,87	167,05
Laboratoire	48,20	91,78	139,98
Biomédical	8,46	0,00	8,46
Achats spécifiques	53,65	32,66	86,31
Oxygène	41,03	12,98	54,02
<b>Total achats</b>	<b>229,53</b>	<b>226,29</b>	<b>455,82</b>
Locations mobilières	22,12	9,02	31,15
Entretien et maintenance	0,00	15,39	15,39
Honoraires vaccinations	0,77	6,42	7,19
Transports	100,00	38,68	138,68
Sous-traitance	1,80	5,53	7,33
<b>Total services extérieurs</b>	<b>124,69</b>	<b>75,04</b>	<b>199,73</b>
<b>Total général</b>	<b>599,99</b>	<b>912,45</b>	<b>1 512,44</b>

Source : Chambre territoriale des comptes, d'après les données de l'établissement

#### 4.4.2 Les facteurs exogènes

Comme tout opérateur public ou privé, le centre hospitalier doit faire face à des événements exogènes qui peuvent altérer ses prévisions d'atterrissage budgétaire.

Ainsi, en 2022, les tarifs du fret ont connu une progression imprévisible au moment de l'élaboration du budget en fin d'année 2021. Le prix unitaire du groupage est passé de 9 472 F à 12 590 F, soit + 33 %, le prix unitaire en container de 20 pieds a progressé de 250 597 F à 397 375 F, soit + 58,5 % et le prix unitaire en container de 40 pieds de 417 661 F à 723 150 F, soit + 73 %. L'établissement a lancé de nouveaux marchés de transports dans ce contexte d'augmentation des tarifs.

Dans le même temps, les tarifs de l'électricité ont représenté un surcoût de 140 M F CFP en 2023. Pour autant, dans un objectif de maîtrise des charges, depuis le 8 juillet 2022, la climatisation du centre hospitalier de la Polynésie française est intégralement assurée par le *Sea Water Air Conditioning* (SWAC). Ce dispositif innovant de climatisation marine consiste à utiliser une source renouvelable et locale, l'eau de l'océan, pour refroidir un ou plusieurs

bâtiments. La production d'eau glacée n'est donc plus assurée par des groupes froids électriques classiques mais par le SWAC. Le centre hospitalier de la Polynésie française était en 2022 le premier établissement de santé à utiliser ce système. Toutefois, les économies attendues par ce système (300 M F CFP) ont été réduites de près de la moitié par la hausse de 25 % du tarif de l'électricité instaurée en novembre 2022.

Concernant les dépenses de personnel, l'augmentation au 1<sup>er</sup> mars 2023 des traitements et rémunérations des personnels suite à la revalorisation du point d'indice des fonctionnaires ainsi que les évolutions apportées à la grille applicables aux agents non titulaires relevant de la convention du 10 mai 1968 a été évaluée à 350 M F CFP en 2023 et à 420 M F CFP, en année pleine en 2024. Cette dépense nouvelle a fait l'objet d'une prise en charge par la subvention de 2,7 Md F CFP, versée exceptionnellement par le Pays en 2023 au centre hospitalier. Pour autant, cette charge s'impute pleinement et de manière non compensée dans les comptes de l'exercice 2024.

#### 4.4.3 La rationalisation des dépenses à poursuivre

Le programme « *Paré* » adopté en 2021 engageait l'établissement dans la voie de la maîtrise de ses charges de fonctionnement, notamment parce qu'il prévoyait le développement du contrôle de gestion et de la comptabilité analytique. Cependant, bien que des premières analyses de coûts aient été produites, la mesure des incidences effectives de ce programme sur le ralentissement de la hausse des charges de l'établissement reste à accomplir.

De nouvelles orientations de maîtrise des dépenses figurent dans le projet d'établissement adopté fin 2024 et sont prévues pour résulter notamment d'une redéfinition des maquettes organisationnelles des services – c'est à dire des présences en personnel et du nombre de lits armés - ainsi que par des économies à réaliser sur les achats.

Cependant, des déclinaisons d'objectif de maîtrise des dépenses restent à prévoir pour chaque direction et pôle d'activité. La contractualisation interne devra être l'occasion de définir des estimations prévisionnelles en charges et en produits sur plusieurs exercices.

La Chambre recommande à l'établissement d'inscrire, dès 2025, dans les contrats de pôles des objectifs de maîtrise des dépenses. Ceux-ci devront apparaître comme réalistes, atteignables et compatibles avec la croissance prévisionnelle de l'activité, la rationalisation des services de soins présentant des limites réelles lorsqu'elles sont confrontées à la qualité et la sécurité des soins.

**Recommandation n° 7.** Incrire, dès 2025, des objectifs de maîtrise des dépenses dans chacun des contrats de pôle.

### CONCLUSION INTERMEDIAIRE

*Le budget principal (médecine, chirurgie, obstétrique) du centre hospitalier représentait, entre 2018 et 2023, en moyenne, 91 % des recettes et des dépenses de fonctionnement du centre hospitalier qui compte sept budgets annexes. Après des déficits entre 2018 et 2020, un léger excédent est apparu en 2021 (+0,22 Md F CFP), avant une nouvelle baisse en 2022 (- 0,49 Md F CFP), puis un redressement en 2023 (+0,64 Md F CFP). Toutefois en raison d'un mode de financement qui est à retravailler sur de nombreux points, le centre hospitalier est*

*dépendant des subventions du Pays pour équilibrer ses comptes en fonctionnement et pour financer ses investissements. En effet, à ce jour, l'établissement ne dégage pas assez de marge pour financer en autonomie ses investissements courants et exceptionnels.*

*Les premières études conduites sur la réforme du financement du centre hospitalier envisagent une transition vers une tarification à l'activité (T2A), inspirée du modèle français. Cependant, ce système présente des risques, aujourd'hui documentés, qui devraient conduire le Pays et le centre hospitalier à construire un autre modèle de financement, spécifique à la Polynésie française.*

*Entre 2018 et 2023, les charges ont progressé de 15,4 %, notamment dans le domaine des dépenses de personnel et des produits pharmaceutiques, en raison principalement des molécules onéreuses utilisées principalement dans la lutte contre le cancer. Cependant, la part des dépenses de personnel a baissé, grâce aux efforts de rationalisation qui ont été mis en œuvre. Le centre hospitalier doit poursuivre cette trajectoire et la Chambre lui recommande d'instaurer des objectifs de maîtrise des dépenses dès 2025 dans les contrats qu'il va progressivement établir avec chacun des pôles.*

*Le centre hospitalier fait face à des défis financiers et structurels qui appellent une modernisation de son mode de financement et une meilleure allocation des ressources. La réforme à engager doit garantir un équilibre entre un financement rénové et la préservation de la qualité des soins.*

---

## 5 LA GESTION DU PERSONNEL

### 5.1 Les effectifs

Entre 2018 et 2023, les effectifs du centre hospitalier, s'établissaient à 2154,1 en équivalents temps plein au 31 décembre 2023 pour 2 284 personnes physiques. Le nombre d'équivalents temps plein était en progression de 10 % (soit 195,8 équivalents temps plein) par rapport à 2018. (301) Pour rappel, au cours de cette même période, les dépenses de personnel ont progressé de 10,35 %.

Les titulaires et les stagiaires de la fonction publique représentent 59,9 % des effectifs médicaux en 2023, en progression de 6 % (53,1 % en 2018).

Les titulaires et les stagiaires de la fonction publique représentaient 69,9 % des effectifs non médicaux en 2023 (73 % pour les personnels de soins et 59,7 % pour les autres personnels non médicaux). En comptabilisant les contrats à durée indéterminée, cette part s'élevait à 79,5 % en 2023 (78,7 % en 2018).

Les personnels de soins représentaient 67,78 % des effectifs non médicaux en 2023.

**Tableau n° 22 : Équivalents temps plein au 31 décembre**

Catégorie	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Écart	Variation
<b>Personnel médical</b>	<b>229,7</b>	<b>208,0</b>	<b>211,2</b>	<b>222,0</b>	<b>228,9</b>	<b>235,2</b>	<b>5,5</b>	<b>2,39 %</b>
<i>Contractuels</i>	<i>107,7</i>	<i>73,4</i>	<i>85,9</i>	<i>105,5</i>	<i>105,5</i>	<i>94,3</i>	<i>- 13,4</i>	<i>- 12,42 %</i>
<i>Titulaires</i>	<i>122,1</i>	<i>134,6</i>	<i>125,3</i>	<i>116,6</i>	<i>123,4</i>	<i>140,9</i>	<i>18,9</i>	<i>15,45 %</i>
<b>Personnel non médical</b>	<b>1 728,6</b>	<b>1 782,3</b>	<b>1 851,9</b>	<b>1 909,4</b>	<b>1 887,2</b>	<b>1 918,9</b>	<b>190,3</b>	<b>11,01 %</b>
<i>Dont contractuels</i>	<i>3 68,2</i>	<i>359,2</i>	<i>420,8</i>	<i>469,4</i>	<i>429,9</i>	<i>393,3</i>	<i>25,2</i>	<i>6,83 %</i>
<i>Dont titulaires et CDI</i>	<i>1 360,4</i>	<i>1 422,5</i>	<i>1 431,1</i>	<i>1 439,7</i>	<i>1 457,4</i>	<i>1 525,6</i>	<i>165,2</i>	<i>12,14 %</i>
<i>Dont infirmiers</i>	<i>524,6</i>	<i>600,25</i>	<i>630,67</i>	<i>641,37</i>	<i>638,42</i>	<i>638,65</i>	<i>114,1</i>	<i>21,74 %</i>
<i>Dont aides-soignants</i>	<i>277,01</i>	<i>280,5</i>	<i>290,46</i>	<i>306,3</i>	<i>296,59</i>	<i>305,86</i>	<i>28,9</i>	<i>10,41 %</i>
<b>Total</b>	<b>1 958,3</b>	<b>1 990,2</b>	<b>2 063,0</b>	<b>2 131,4</b>	<b>2 116,2</b>	<b>2 154,1</b>	<b>195,8</b>	<b>10,00 %</b>

Source : centre hospitalier de la Polynésie française

L'âge moyen des personnels non médicaux s'établissait à 38,8 ans (moyenne nationale à 42,5 ans). L'âge moyen des personnels médicaux s'élevait à 42,5 ans (moyenne nationale à 49,5 ans).

En 2023, les femmes représentent 46,54 % de l'effectif médical (moyenne nationale 48,8 %) et 72,15 % de l'effectif non médical (moyenne nationale 76 %).

La répartition des effectifs par catégories de personnel non médical (13 % de catégorie A, 42 % de catégorie B, 26 % de C et 19 % de D) est quasiment stable depuis 2019, excepté une légère baisse des catégories D (-1 % par rapport à 2019). Les personnels de catégorie B sont notamment composés des infirmiers, personnel médico technique et de rééducation...).

## 5.2 La stratégie de gestion

Une stratégie pour les ressources humaines de l'établissement a été adoptée dans le cadre du projet d'établissement 2017-2022. Celle-ci reposait sur cinq axes principaux :

- connaître et agir sur les effectifs et les maquettes organisationnelles ;
- revoir la gestion du temps de travail en prenant appui sur un outil technique ;
- développer et promouvoir la formation du personnel ;
- veiller à la qualité de la gestion des ressources humaines ;
- assurer le suivi de la fonction ressources humaines et la qualité du dialogue social au travers du bilan social annuel.

Selon le bilan du projet d'établissement réalisé par le centre hospitalier, sur les onze objectifs fixés par ces axes, trois ont été considérés comme « abandonnés » par l'établissement : « *Construire des cycles de travail intégrant des périodes de flexibilité ou des semaines blanches* », « *Travailler sur le nombre d'agents de service hospitalier et sur les horaires de ce corps de métier. Les horaires en 11 heures ne correspondent pas aux besoins des services* » et « *organiser un coaching spécifique pour le responsable du bureau des affaires médicales et de ses collègues* ».

Concernant le temps de travail, le guide de gestion du temps de travail du centre hospitalier a été finalisé en 2019 et a été mis à jour en 2024. Celui-ci permet de consolider sur un document l'ensemble des dispositions réglementaires relatives au temps de travail et aux positions administratives, pour chacun des statuts. La diffusion de ce document a été déclinée dans un outil informatique spécifique de gestion des temps de présence des personnels. Des formations spécifiques à cet outil ont été dispensées à l'ensemble du personnel entre 2020 et 2022.

Par ailleurs, pour la première fois en 2020, l'établissement a produit un premier bilan social. Le contenu de ce document a été progressivement complété depuis cette date.

Dans un contexte où le taux de rotation du personnel est important, le centre hospitalier gagnerait à développer une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences afin, notamment, de mieux anticiper les départs prévisibles et de faire évoluer les compétences de ses agents en adéquation avec les transformations de son offre de soins et de son périmètre d'action.

Pour construire cette politique, la Chambre invite le centre hospitalier à établir un plan de formation élaboré à partir des demandes formulées dans les entretiens annuels et à partir des formations techniques obligatoires qui sont nombreuses dans le champ hospitalier. Un plan de formation pluriannuel à cinq ans serait une avancée réelle pour le centre hospitalier. Alors que cet objectif est inscrit dans le projet d'établissement adopté en 2024, sa mise en œuvre gagnerait à être engagée rapidement. En amont, la rénovation du système d'information des ressources humaines serait utile pour que la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences puisse se mettre en place sur le fondement de données croisées et facilement accessibles.

### 5.3 L'attractivité du centre hospitalier employeur

Dans l'exercice de ses missions, le centre hospitalier se heurte fréquemment au statut de la fonction publique de la Polynésie française. Bien que des ajustements soient régulièrement apportés et que des évolutions puissent être envisagées, l'organisation statutaire actuelle repose essentiellement sur le principe du fonctionnaire titulaire exerçant à temps plein tout au long de sa carrière. Ce modèle ne reflète plus systématiquement la réalité du milieu hospitalier et ne correspond pas toujours aux attentes d'une partie des agents hospitaliers.

La mobilité professionnelle, notamment entre la fonction publique hospitalière (de la France hexagonale) et le centre hospitalier constitue une caractéristique habituelle des personnels accueillis dans l'établissement. Cette tendance s'accroît avec le temps, mais l'absence de passerelles attractives avec la fonction publique hospitalière peut créer une rupture de carrière pour les agents souhaitant exercer temporairement en Polynésie française. Cela constitue un frein au potentiel recrutement pour l'établissement.

Le centre hospitalier de la Polynésie française pourrait s'appuyer sur un vivier de recrutement disponible, notamment celui des médecins récemment retraités. Cependant, l'impossibilité de leur proposer des contrats adaptés à leur expérience constitue un obstacle.

Le centre hospitalier a par ailleurs indiqué au cours de l'instruction que des médecins polynésiens ont finalement renoncé à prendre un poste au regard des conditions de travail proposées et que certains autres ont finalement quitté l'établissement tout en restant sur le territoire, pour exercer dans le privé. À ce sujet, dans ses observations définitives relatives à la politique de la Polynésie française en faveur de la jeunesse publiées en 2024, la Chambre engageait « *le Pays à suivre avec attention et constance le contrôle de la scolarité des bénéficiaires des allocations d'études et à faire respecter les conditions d'octroi notamment des bourses majorées qui comprennent un engagement à servir en Polynésie française à l'issue des années d'études [suivies en dehors du territoire] dans les filières déclarées prioritaires par le Pays.* »<sup>80</sup>.

Les problématiques de l'attractivité concernent également le recrutement de cadres techniques et administratifs. Déjà en sous-effectifs, les directions fonctionnelles peinent à attirer des profils qualifiés en raison de l'absence de dispositifs de reconnaissance et de rémunération suffisamment incitatifs.

Le taux de rotation des personnels s'établissait à 49,58 % en 2023, dont 63,01 % pour les personnels médicaux (59,43 % en 2022) et 47,54 % pour les personnels non médicaux (35,84 % en 2022). En moyenne, selon les données du bilan social 2023, seuls 7 % des infirmiers recrutés entre 2019 et en 2022 étaient encore présents en 2023. Ces indicateurs permettent d'observer la difficulté du centre hospitalier à fidéliser les agents qu'il a réussi à recruter.

Ce constat a été porté dans le projet d'établissement adopté en fin d'année 2024 qui indique que les statuts actuels compliquent, retardent, voire empêchent le recrutement, au moment opportun, des professionnels essentiels à la prise en charge des patients. Ces contraintes freinent également l'évolution vers de nouveaux métiers et compétences, pourtant

---

<sup>80</sup> Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française, [La politique publique en faveur de la jeunesse](#), 2024

indispensables à la transformation en cours dans les établissements de santé, notamment la reconnaissance de l'expertise des paramédicaux, la délégation de certaines tâches, l'automatisation ou encore l'intégration de l'intelligence artificielle.

En réponse, le centre hospitalier prévoit de mettre en place une politique d'attractivité relative aux modalités de recrutement, d'accueil et d'accompagnement des nouveaux arrivants, de prise de poste. La Chambre invite l'établissement à engager rapidement cette stratégie. Toutefois, si ces actions sont utiles, elles ne suffiront pas à résoudre les contraintes structurelles liées au statut du centre hospitalier et aux statuts des personnels qu'il emploie dans ce cadre.

La Chambre invite donc le centre hospitalier à poursuivre les actions de sensibilisation qu'il conduit depuis plusieurs années, sans succès, auprès du Pays pour que des statuts rénovés puissent être proposés aux personnels administratifs, techniques, médico-techniques, soignants et médicaux de l'établissement. De nouveaux statuts sont indispensables pour recruter et fidéliser les professionnels et garantir la continuité des soins et la qualité des pratiques dans le seul établissement de soins public de la Polynésie française.

### **CONCLUSION INTERMEDIAIRE**

*Entre 2018 et 2023, les effectifs du centre hospitalier de la Polynésie française ont progressé de 10 %, atteignant 2 154 équivalents temps plein. Le taux de rotation élevé (49,58 % en 2023, dont 63 % pour les médecins) traduit une instabilité préoccupante.*

*Le centre hospitalier de la Polynésie française fait face à plusieurs obstacles au recrutement et à la fidélisation du personnel, notamment en raison du statut de la fonction publique du Pays. L'absence de passerelles attractives avec la fonction publique hospitalière hexagonale limite la mobilité des professionnels, créant une rupture de carrière pour ceux souhaitant exercer temporairement en Polynésie française.*

*Il est arrivé que des médecins polynésiens aient renoncé à rejoindre l'établissement en raison des conditions de travail jugées peu attractives. Certains ont préféré s'orienter vers le secteur privé, accentuant la pénurie de spécialistes dans le secteur public.*

*La Chambre invite, dans ce contexte le centre hospitalier de la Polynésie française à mettre en place une gestion des emplois et des compétences complète afin d'anticiper davantage les départs prévisibles.*

*Face à ces défis, l'établissement prévoit d'engager des démarches visant à améliorer son attractivité. Celles-ci concerneront le recrutement, l'accueil et l'accompagnement des nouveaux arrivants. Cependant, ces efforts ne suffiront pas sans une réforme plus large, que devrait conduire la Polynésie française, pour adopter des statuts spécifiques aux personnels hospitaliers permettant plus de flexibilité et une adaptation aux nouvelles attentes des professionnels de santé. Cet enjeu est crucial pour l'avenir du centre hospitalier.*

---

## ANNEXES

Annexe n° 1. Tableau de suivi de la mise en œuvre des recommandations du précédent rapport de la Chambre .....	95
Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations proposées et de leur mise en œuvre au cours de la procédure du contrôle des comptes et de gestion du présent rapport .....	99
Annexe n° 3. Liste des personnes contactées .....	100
Annexe n° 4. Réponse de Mme Hani Teriipaia Ott, directrice du centre hospitalier de la Polynésie française .....	102

**Annexe n° 1. Tableau de suivi de la mise en œuvre des recommandations du précédent rapport de la Chambre**

<b>Intitulé</b>	<b>Nature (1)</b>	<b>Domaine (2)</b>	<b>Impact financier (3)</b>	<b>Degré d'importance (4)</b>	<b>Degré de mise en œuvre (5)</b>	<b>Éléments justifiant l'appréciation portée sur la mise en œuvre</b>
Recommandation 1 : étendre le périmètre du centre de traitement de l'alerte, positionné au sein des locaux du CHPF, au plus grand nombre possible de communes de la Polynésie française et se doter de systèmes d'information interconnectés.	P	Gouvernance et organisation interne			MOC	Mise en production de l'outil au SAMU centre 15 ; subvention Etat-Pays de 148 MF CFP ; interconnexion réalisée en 2022.
Recommandation 2 : mettre en place une commission de déontologie et de prévention des conflits d'intérêts, présidée par une personnalité extérieure indépendante.	P	Gouvernance et organisation interne			MOC	Création de la commission le 26 janvier 2023 et adoption de la charte de déontologie le 22 juin 2023.
Recommandation 3 : revoir la composition du conseil d'administration afin qu'il ne comporte plus de membre du gouvernement et que la présidence ne soit plus assurée par le ministre de la santé	P	Gouvernance et organisation interne			MOP	Relève de la tutelle ; propositions de modifications législatives en 2022,2023 et 2024, de la part du CHPF –  Textes en préparation par le Pays.
Recommandation 4 : rendre effective l'application à l'établissement de la version en vigueur de l'instruction comptable M21 et	P	Comptabilité			MOP	La transposition de la M.21 est prête pour ce qui concerne les charges mais le travail reste à

<p>procéder à une évaluation sincère des recettes et des dépenses.</p>					<p>accomplir pour les produits.</p> <p>Relève de la tutelle ; propositions de modifications législatives en 2022,2023 et 2024 de la part du CHPF. Texte en préparation par le Pays.</p> <p>Dans l'attente, le CHPF a mis en place un groupe de travail avec le trésorier afin de définir une nomenclature comptable.</p>
<p>Recommandation 5 : se doter rapidement des outils et moyens (nomenclature prévisionnelle des achats), pour disposer d'une commande publique efficiente et dégager ainsi des marges de manœuvre financière.</p>	<p>P</p>	<p>Achats</p>		<p>MOC</p>	<p>Formalisation d'un guide des achats et d'une procédure en 2024 :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt;Note relative à la politique des achats hospitaliers</li> <li>&gt;Guide de mise en place des deux nomenclatures achats, nomenclature de la fonction achat (NFHA) et nomenclature des catégories homogènes des fournitures et prestations de services (NCHFS)</li> <li>&gt;Outil de computation des seuils des marchés</li> <li>&gt;Démarche de meilleure professionnalisation de la fonction acheteur public (formation professionnelle)</li> <li>&gt;Mise en place d'une organisation cible de service de</li> </ul>

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

						comptabilité fournisseurs centralisée au premier trimestre 2024 > Participation au groupement de commande de la direction de la commande publique à l'effet de disposer de l'outil informatique de suivi des marchés publics pour améliorer le pilotage et le suivi de la commande publique
Recommandation 6 : faire de la comptabilité analytique et du contrôle de gestion les instruments clefs de toute prise de décision.	P	Comptabilité			MOP	Création en 2021 d'une mission de contrôle de gestion et en 2022 d'une direction de la performance. La comptabilité analytique est progressivement mise en place, cependant les systèmes d'information ne permettent pas de développer complètement la comptabilité analytique. Mais à ce jour, 85 % des dépenses et 90 % des recettes sont suivies.
Recommandation 7 : réaliser les investissements nécessaires afin de rapprocher le stock de l'implantation principale, dans un local répondant aux normes de sûreté.	P	Situation patrimoniale			NMO	Malgré les demandes réalisées auprès du Pays, aucun site permettant d'envisager la construction d'une plateforme logistique aux normes n'a été identifié.

Recommandation 8 : refondre l'arrêté n°999/CM du 12 septembre 1988 et la délibération n°96-136 APF du 21 novembre 1996, en tenant compte de l'ensemble des points mentionnés du rapport.	R	Gouvernance et organisation interne			MOP	Relève de la tutelle ; propositions de modifications législatives en 2022,2023 et 2024, de la part du CHPF, textes en préparation par le Pays
Recommandation 9 : évoluer vers un statut d'EPS.	P	Gouvernance et organisation interne			MOP	Relève de la tutelle ; propositions de modifications législatives en 2022,2023 et 2024, de la part du CHPF, textes en préparation par le Pays

(1) : Régularité, Performance

(2) Domaines : Achats, Comptabilité, Gouvernance et organisation interne, Situation financière, GRH, Situation patrimoniale, Relation avec des tiers.

(3) Oui (montant estimé le cas échéant), non.

(4) Majeur – Très important – Important.

(5) Mise en œuvre en complète (MOC) - Mise en œuvre partielle (MOP) - Non mise en œuvre (NMO) - Refus de mise en œuvre (RMO) - Devenue sans objet (DSO).

**Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations proposées et de leur mise en œuvre au cours de la procédure du contrôle des comptes et de gestion du présent rapport**

Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)	Délai de réalisation
1. Finaliser, d'ici à la fin de l'année 2026, la mise en place des pôles sur l'ensemble de l'établissement.	P	Gouvernance et organisation interne		Majeur	MOP	2026
2. Mettre à l'étude, dès 2025, la création d'une unité de court séjour gériatrique.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	NMO	2025
3 Installer, dès 2025, une unité d'hospitalisation médicale post-urgence.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	MOP	2025
4 Adopter, d'ici à 2026, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	NMO	2026
5 Finaliser, d'ici à 2026, la mise en œuvre du programme de fiabilisation du cycle de la dépense.	P	Comptabilité		Très important	MOP	2026
6 Adopter, d'ici à 2026, un programme de sécurisation et de fiabilisation des recettes.	P	Comptabilité		Majeur	NMO	2026
7 Inscire, dès 2025, des objectifs de maîtrise des dépenses dans chacun des contrats de pôle.	P	Situation financière		Important	NMO	2025

(1) Nature : Régularité, Performance

(2) Domaines : Achats, Comptabilité, Gouvernance et organisation interne, Situation financière, GRH, Situation patrimoniale, Relation avec des tiers.

(3) Oui (montant estimé le cas échéant), non.

(4) Majeur – Très important – Important.

(5) Mise en œuvre en complète (MOC) - Mise en œuvre partielle (MOP) - Non mise en œuvre (NMO) - Refus de mise en œuvre (RMO) - Devenue sans objet (DSO).

**Annexe n° 3. Liste des personnes contactées****Polynésie française**

Mme Merihère	Guy	Directrice de l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
--------------	-----	---

**Centre hospitalier**

M. Cédric	Mercadal	président du conseil d'administration
M. Jacques	Raynal	ancien Président du conseil d'administration
Mme Hani	Teriipaia	directrice
Mme Claude	Panero	ancienne directrice
M. Alexis	Goubert	directeur adjoint
M. Philippe	Dupire	chef du service de la pharmacie, Président de la commission médicale
Mme Laure	Baudouin	chefe de service anesthésie-réanimation, vice-présidente de la commission médicale
M. Christophe	Alle	chef de service de gynécologie, président du conseil de bloc opératoire
Mme Fariba	Coulon-Bagherzabeh	chefe de service information médicale
M. Bertrand	Remaudière	chef du service du SAMU
M Tony	Tekuataoa	chef du service des urgences

## RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

M. Marc	Levy	chef du service de biologie
M. Stéphane	Sauget	chef du service de maternité obstétrique
M. François-Xavier	Couturier	Responsable de la médecine nucléaire
M. Raphael	Buon	Responsable de l'unité de neurologie
M. Eric	Parrat	Responsable de l'unité de pneumologie
M. Joel Patea	Anania	directeur des soins
M. Jean-Christophe	Paolantoni	cadre supérieur de santé
M. Kayin	Yau	cadre coordonnateur de sage femmes
M. Marc	Pissot	directeur du budget, de la compatibilité et finances
M. Jean-Marie	Savio	directeur de l'administration générale et des sécurité
M. Bertrand	Hersent	directeur du système d'information et de la relation numérique
Mme Teumere	Mu	directrice des achats, de la logistique, du biomédical et du patrimoine
M. Romain	Vieites	directeur par intérim de la qualité, de la maîtrise des risques et des processus
M. Baptiste	Leroy	directeur des ressources humaines, de la qualité de vie et du bien-être au travail
Mme Valérie	Bernier	directrice juridique et des droits des patients

**Annexe n° 4. Réponse de Mme Hani Teriipaia Ott, directrice du centre hospitalier de la Polynésie française**



*La directrice*



N° 227-25 / DIR / CHPF

Pirae, le 09 MAI 2025

à  
**Monsieur le Conseiller référendaire à la Cour des comptes,  
Président de la Chambre territoriale des comptes de Polynésie française**

**Objet** : Rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre hospitalier de la Polynésie française – exercices 2018 et suivants.  
**Ref.** : Courrier n° 2025-102 du 29 avril 2025

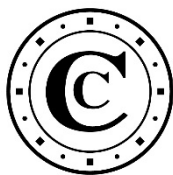
Monsieur le Président de la Chambre territoriale des comptes de Polynésie française,

Dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par l'article L. 272-63 du code des juridictions financières, je vous informe que le rapport d'observations définitives transmis le 29 avril 2025 n'appelle aucune réponse ni observation de la part du Centre hospitalier de la Polynésie française.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président de la Chambre territoriale des comptes de Polynésie française, l'expression de ma considération distinguée.



**Hani TERIIPAIA OTT**



Troisième étage

BP 331 - 98713 Papeete

Email : [polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr](mailto:polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr)

[www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)