

Papeete, le 31 décembre 2025

**Le président**

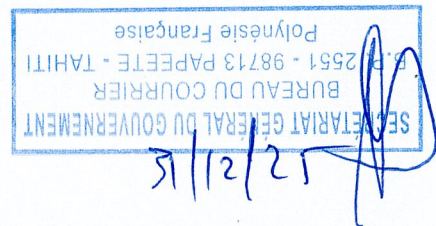
à

**Monsieur Moetai BROTHERSON  
Président de la Polynésie française**

n° 2025-455  
Par porteur avec accusé de réception

**Objet** : notification du rapport public thématique définitif relatif à la santé publique en Polynésie française.

Pièce jointe : un rapport public thématique.




Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport public thématique définitif consistant dans la synthèse des rapports d'observations définitives que la chambre territoriale des comptes a publiés au cours des années 2024 et 2025 sur la politique de lutte contre le cancer en Polynésie française, la prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française et le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française.

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 les réponses 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 public thématique auquel sont jointes les réponses reçues 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 la collectivité 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 remercie 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 les réponses jointes 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 PUBLIC THÉMATIQUE ET SES RÉPONSES**

## **LA SANTÉ PUBLIQUE EN 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 28 octobre 2025.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	<b>3</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>5</b>
<b>PARAU PU'ŌHURA'A</b> .....	<b>7</b>
<b>PROCEDURE</b> .....	<b>8</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>9</b>
<b>1 UNE PROGRESSION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES QUI DÉTÉRIORE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET ACCENTUE LES TENSIONS SUR LE SYSTÈME DE SOINS</b> .....	<b>10</b>
1.1 La hausse continue des pathologies chroniques .....	10
1.1.1 Des indicateurs de santé qui se dégradent .....	10
1.1.2 Des spécificités polynésiennes : précocité des diagnostics, prévalence féminine et juvénile élevée .....	11
1.1.2.1 Une situation préoccupante dans les diagnostics de cancer.....	11
1.1.2.2 Une prévalence élevée de l'obésité chez les jeunes et les femmes.....	12
1.1.3 Des déterminants comportementaux et sociaux .....	12
1.1.3.1 Une alimentation déséquilibrée, issue d'une transition nutritionnelle rapide.....	13
1.1.3.2 Une activité physique insuffisante dans toutes les tranches d'âge .....	13
1.1.3.3 Le tabagisme et la consommation d'alcool, des risques majeurs précoces .....	14
1.1.3.4 La précarité, un facteur social aggravant tous les risques.....	14
1.2 Les conséquences multifactorielles .....	14
1.2.1 Une charge pesante pour la santé des populations .....	14
1.2.2 Un isolement, une stigmatisation et des inégalités renforcées pour les personnes concernées.....	16
1.2.3 Une pression croissante sur les comptes sociaux .....	16
1.3 Un hôpital public sollicité .....	17
1.3.1 Un établissement pivot de la prise en charge sanitaire publique.....	17
1.3.2 Le poids des pathologies lourdes sur la structure hospitalière.....	17
<b>2 DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE AMBITIEUSES MAIS FRAGMENTÉES ET INÉGALEMENT COORDONNÉES</b> .....	<b>19</b>
2.1 Des instruments de pilotage qui présentent des faiblesses .....	19
2.1.1 Des données de santé obsolètes ou parcellaires, à compléter .....	19
2.1.1.1 Un suivi des cancers à perfectionner .....	19
2.1.1.2 Une carence dans les données anthropométriques (taille et poids) et nutritionnelles.....	20
2.1.1.3 Des difficultés de consolidation inter-institutionnelle.....	20
2.1.2 Un pilotage budgétaire insuffisant des dépenses de santé publique.....	21

2.1.3 Une mesure incomplète de l'efficacité des actions publiques et de leurs effets .....	21
2.1.3.1 Des actions de prévention mises en œuvre sans suivi de leurs résultats.....	21
2.1.3.2 Une stratégie hospitalière renouvelée sans évaluation complète préalable .....	23
2.2 Une offre sanitaire publique à restructurer.....	24
2.2.1 Réformer la gouvernance hospitalière.....	24
2.2.1.1 Un statut juridique obsolète et inadapté à faire évoluer.....	24
2.2.1.2 Un pilotage médical à structurer.....	25
2.2.2 Clarifier les liens entre le centre hospitalier et l'institut du cancer.....	26
2.2.3 Tenir compte des contraintes géographiques .....	27
<b>3 ÉLABORER UNE STRATÉGIE RÉNOVÉE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE.....</b>	<b>29</b>
3.1 Recentrer la prévention sur les publics à risque et les territoires vulnérables .....	29
3.1.1 Relancer les campagnes ciblées de prévention et de dépistage des maladies chroniques .....	29
3.1.2 Poursuivre les actions de santé publique et organiser la coordination des partenaires.....	30
3.1.3 Déployer des actions spécifiques à la jeunesse et aux populations des archipels .....	30
3.1.3.1 Agir en priorité auprès des jeunes .....	30
3.1.3.2 Décliner les politiques de santé dans tous les territoires de vie.....	33
3.2 Mesurer et anticiper la progression des dépenses de santé .....	33
3.2.1 Mettre en œuvre un pilotage resserré des coûts de l'obésité.....	33
3.2.2 Surveiller la progression des coûts de la prise en charge des cancers.....	34
3.2.3 Mesurer plus efficacement les coûts des soins hospitaliers .....	35
3.3 Renforcer la capacité d'action du centre hospitalier .....	36
3.3.1 Installer des unités spécialisées (gériatrie, oncologie, post-urgence).....	36
3.3.1.1 Prendre en compte le vieillissement de la population .....	36
3.3.1.2 Restructurer la prise en charge des urgences hospitalières.....	37
3.3.2 Réformer les modalités de financement du centre hospitalier .....	38
3.3.3 Améliorer l'attractivité de l'hôpital employeur .....	38
3.3.4 Créer un groupement hospitalier de territoire polynésien.....	39
3.4 Développer des réseaux de santé thématiques et territoriaux.....	40
<b>ANNEXES.....</b>	<b>42</b>
Annexe n° 1. Tableau récapitulatif des recommandations des rapports d'observations définitives et de leur mise en œuvre .....	43
Annexe n° 2. Réponse de M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française .....	46
Annexe n° 3. Réponse de Mme Claude Panero, ancienne directrice du centre hospitalier de la Polynésie française .....	47

## SYNTHÈSE

La chambre territoriale des comptes de Polynésie française a inscrit à son programme 2025, la publication d'un rapport public thématique consistant en la synthèse des rapports d'observations définitives qu'elle a publiés au cours des années 2024 et 2025 sur la politique de lutte contre le cancer en Polynésie française<sup>1</sup>, la prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française<sup>2</sup> et le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française<sup>3</sup>.

Les constats dressés à travers les trois rapports de la chambre permettent de réaliser l'examen de l'état de santé de la population, des politiques publiques engagées et du fonctionnement du système de soins en Polynésie française. Cette analyse révèle une situation marquée par des tensions structurelles persistantes, que seules des réformes systémiques permettront de dépasser.

Tout d'abord, la progression continue des pathologies chroniques, en particulier de l'obésité et des cancers, constitue un facteur majeur de dégradation de l'état de santé de la population. Cette dynamique affecte précocement les jeunes et les femmes, entraînant notamment des comorbidités dès l'adolescence ainsi que des pertes de chance thérapeutiques. Le système de santé de la Polynésie française enregistre déjà les conséquences la progression continue des pathologies chroniques non transmissibles qui se traduisent notamment par la saturation des services hospitaliers, des retards de diagnostics et une pression croissante sur les comptes sociaux.

En 2022, les pathologies chroniques ont absorbé 72 % des dépenses d'assurance maladie en Polynésie française, soit 43,7 Md F CFP sur 60,4 Md F. À eux seuls, cette même année, les cancers ont représenté une dépense de 12,5 Md F CFP. De plus, les coûts liés à l'obésité restent mal évalués et les surcoûts évitables dus aux retards de diagnostic et aux prises en charge tardives ne sont pas documentés. Une politique de prévention renforcée et des interventions plus précoces permettraient de limiter ces dépenses.

Face à cette situation, les politiques de santé publique engagées par la Polynésie française témoignent d'une volonté affirmée, mais leur efficacité reste limitée par une fragmentation des dispositifs, une coordination insuffisante entre les acteurs et l'absence d'une culture systématique de l'évaluation. Le défaut d'actualisation des données sanitaires, la faible traçabilité des dépenses de prévention et l'absence systématique de la performance des programmes de santé limitent la capacité d'ajustement stratégique. L'évaluation médico-économique des plans d'action, qu'il s'agisse de la lutte contre l'obésité ou du plan cancer, demeure marginale, voire inexistante.

De surcroît, la réponse sanitaire publique repose largement sur le centre hospitalier de la Polynésie française, qui concentre la majorité des prises en charge complexes. Son rôle pivot dans un environnement marqué par l'éloignement géographique et les disparités territoriales appelle une modernisation de sa gouvernance, un renforcement de ses capacités d'action, notamment *via* la création d'unités spécialisées (post-urgence, gériatrie) et une clarification des

---

<sup>1</sup> CTC de Polynésie française, [La politique de lutte contre le cancer en Polynésie française](#), octobre 2024.

<sup>2</sup> CTC de Polynésie française, [La prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française](#), mars 2025.

<sup>3</sup> CTC de Polynésie française, [Le centre hospitalier de la Polynésie française](#), juillet 2025.

coopérations avec l'institut du cancer de la Polynésie française. La structuration d'un groupement hospitalier de territoire, ainsi que la mise en œuvre de réseaux de santé territoriaux et thématiques, constituent des leviers pour organiser des parcours de soins plus fluides et plus équitables à l'échelle de l'ensemble du territoire.

Au regard de ces constats, l'enjeu central consiste désormais à articuler durablement la stratégie de prévention avec l'organisation de l'offre de soins, en veillant à la cohérence des plans, à l'efficacité des actions et à la réduction des inégalités territoriales. Cette ambition suppose un pilotage plus resserré et une mobilisation renforcée de l'ensemble des acteurs publics, professionnels et associatifs, au service d'un système de santé dont les coûts seront mieux maîtrisés et les engagements plus structurés pour en améliorer sa pérennité.

*Seule cette version fait foi.*

## ***PARAU PU'ŌHURA'A***

*Ua hāmani te Pū i te hō'ē parau tuputi'a no te pū'ohu e 3 tītorotorora'a tei rave hia i ni'a i te 'ea i Porinetia Farani : Te 'aro i te mariri 'ai ta'ata (2024), te vai arara'a i te ma'i poria i ni'a i te mau taure'are'a (2025), e te Pū fare ma'i nō Porinetia Farani (2025).*

*Te fa'a'ite nei teie mau tītorotorora'a e mea rahi atu te mau ma'i taunu i roto i te huirā'atira, te mau ma'i ihoā ra mai te ma'i poria e te mariri 'ai ta'ata. Mea tupu a'e teie mau ma'i i ni'a i te taure'are'a e te mau vahine e no reira mea taere te taime e rapa'au hia e mea hāmara'a te hamau'ara'a.*

*I te matahiti 2022, ua fa'a'ohipa hia 72 i ni'a i te hanere o te mau hāmāu'ara'a a te pū pāruru ma'i ( oia ho'i fatata 44 miria farane i ni'a i te 60 miria i fa'ata'a hia). No te mau mariri 'ai ta'ata noa, ua aufau hia 12,5 miria farane. Aita i numera maita'i hia te mau ha'amāu'ara'a no te ma'i poria. Ha'apa'ari i te ārai, e ha'a 'oi'oi a'e no te fa'aiti mai i teie mau ha'amāu'ara'a.*

*Ua ha'amou te Hau Fenua no Porinetia Farani i te tahi mau ha'a no te 'ea ora ta'ata, tera ra, te toe ra te tahi mau fa'anaho 'ohipa. E'ita te mau numera faito no te pae o te 'ea i te mea 'ine'ine e mea iti roa te mau hi'opo'ara'a o te numera o te mau ha'a i rave hia, no te reira, e mea fifi no te fa'atano papu i te mau poritita e te mau fa'a'otira'a e rave.*

*E mea faufa'a te 'ohipa a te Pū fare ma'i no Porinetia Farani, tera ra e tano e ha'amou i te hō'ē fa'anahora'a 'api no te pahono maita'i i te mau titaura'a o te huirā'atira. E ti'a ia aupuru maita'i i te nati ia te Pū mariri 'ai ta'ata e ia te tahi atu mau pū rapa'aura'a no te ha'a maita'i i ni'a i te Fenua ta'ato'a nei.*

*Te faufa'a rahi roa a'e i te nati i te mau arai, te mau 'itea ma'i e te mau rapa'aura'a, i te aro fa'ahou a'e i te ma'i poria e te mau mariri 'ai ta'ata e hau atu, i te ha'apa'ari i te mau ta'amura'a i rotopu i te mau ta'ata ha'a ato'a i te pae no te 'ea no te fa'aiti i te mau 'avi'avi i te pae no te rapa'aura'a i roto i te mau motu e i te horo'a i te hō'ē moiha'a rapa'aura'a maita'i a'e, papu maita'i i te pae o te ha'amāu'ara'a e tauroa.*

## PROCÉDURE

En application des articles L. 272-71 et R. 272-110-1 du code des juridictions financières<sup>4</sup>, la chambre territoriale des comptes de Polynésie française a inscrit à son programme 2025, la publication d'un rapport public thématique consistant dans la synthèse des rapports d'observations définitives qu'elle a publiés au cours des années 2024 et 2025 sur la politique de lutte contre le cancer en Polynésie française<sup>5</sup>, la prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française<sup>6</sup> et le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française<sup>7</sup>.

La période contrôlée couvre les années 2018 à 2025.

La Chambre territoriale des comptes a arrêté lors de son délibéré du 28 octobre 2025, les observations définitives suivantes. Transmises aux ordonnateurs successifs du Pays et du centre hospitalier de la Polynésie française, seul le président de la Polynésie française et l'ancien dirigeant du centre hospitalier ont apporté une réponse.

---

<sup>4</sup> L. 272-71 : « La chambre territoriale des comptes peut publier dans un rapport thématique des observations relatives à la gestion de plusieurs collectivités territoriales, établissements publics ou organismes soumis à son contrôle ». R 272-110-1 « La chambre territoriale des comptes peut établir une synthèse de plusieurs observations définitives. Ce rapport public thématique est transmis aux collectivités territoriales, établissements publics ou organismes concernés dans les conditions prévues aux articles R. 272-105 à R. 272-109. ».

<sup>5</sup> CTC de Polynésie française, [La politique de lutte contre le cancer en Polynésie française](#), octobre 2024.

<sup>6</sup> CTC de Polynésie française, [La prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française](#), mars 2025.

<sup>7</sup> CTC de Polynésie française, [Le centre hospitalier de la Polynésie française](#), juillet 2025.

## INTRODUCTION

La Polynésie française, comme de nombreux territoires ultramarins et insulaires, est confrontée à une double transition sanitaire et démographique qui accentue la pression sur son système de santé. Le vieillissement de la population, l'urbanisation croissante, la modification des modes de vie et l'augmentation des inégalités sociales contribuent à une prévalence accrue des maladies chroniques non transmissibles, telles que l'obésité et le cancer. Ces pathologies, aux déterminants complexes et souvent imbriqués, constituent aujourd'hui un défi de santé publique majeur qui s'impose au système de santé polynésien et qui appellent des réponses concrètes et efficaces de la Polynésie française.

Dans ce contexte, la chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a conduit, entre 2023 et 2025, trois contrôles distincts mais convergents. Le premier porte sur la prévention de l'obésité chez les jeunes, une problématique dont la progression rapide affecte durablement la qualité de vie, la santé et les trajectoires socio-économiques des individus concernés. Le deuxième s'attache à l'analyse de la politique de lutte contre le cancer, deuxième cause de mortalité du territoire, qui mobilise des moyens importants mais nécessite une meilleure coordination des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge. Le troisième concerne la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française, acteur central de l'offre publique hospitalière, confronté à des défis structurels, organisationnels et financiers dans un contexte de transformation de la gouvernance hospitalière.

Bien que ces rapports aient chacun leur objet spécifique, ils dessinent un paysage commun : celui d'un système de santé sous tension, confronté à des pathologies lourdes aux déterminants partagés, à une gouvernance parfois cloisonnée et à une nécessité croissante de mieux articuler les stratégies de prévention, les parcours de soins et les capacités hospitalières. Ils révèlent également la vulnérabilité particulière de certains publics — jeunes, populations précaires, habitants des archipels — et l'urgence de renforcer l'équité territoriale et sociale en matière d'accès aux soins.

Le présent rapport thématique vise à mettre en regard ces diagnostics afin de proposer une lecture transversale des enjeux sanitaires en Polynésie française et les aménagements à apporter à la définition et au pilotage de la santé publique pour en améliorer la performance.

**Les recommandations dont il est fait mention dans le présent rapport sont celles des rapports d'observations définitives de la chambre territoriale des comptes en 2024<sup>8</sup> et 2025<sup>9</sup>.**

---

<sup>8</sup> CTC de Polynésie française, [La politique de lutte contre le cancer en Polynésie française](#), octobre 2024.

<sup>9</sup> CTC de Polynésie française, [La prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française](#), mars 2025 et [Le centre hospitalier de la Polynésie française](#), juillet 2025.

# **1 UNE PROGRESSION DES PATHOLOGIES CHRONIQUES QUI DÉTÉRIORE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION ET ACCENTUE LES TENSIONS SUR LE SYSTÈME DE SOINS**

## **1.1 La hausse continue des pathologies chroniques**

### **1.1.1 Des indicateurs de santé qui se dégradent**

Depuis plus d'une décennie, la Polynésie française est confrontée à une dégradation progressive de l'état de santé de sa population, notamment en raison de la montée en puissance des pathologies chroniques non transmissibles. Deux d'entre elles concentrent aujourd'hui les préoccupations majeures des autorités sanitaires : l'obésité et le cancer.

Les pathologies chroniques représentent la cause principale des décès en Polynésie française. En 2017, les maladies cardiovasculaires représentaient 27 % des décès et les cancers 26 %. Ces proportions ont peu évolué depuis 2005. Chez les 45-64 ans, les tumeurs représentaient 41 % des décès féminins et 29 % des décès masculins. Chez les 15-24 ans, 29 % des décès chez les jeunes femmes étaient liés à un cancer.

Concernant l'obésité, les enquêtes épidémiologiques conduites en 2010 et 2019 révélaient une évolution rapide et continue. La part des adultes en surcharge pondérale est passée de 70 % en 2010 à 75 % en 2019. De manière plus marquée, la part des personnes obèses dans la population polynésienne a augmenté de 8 points sur la même période, atteignant 48 % des adultes.

Cette tendance concerne de manière particulièrement marquée les jeunes. En 2019, 36 % des jeunes hommes et 47 % des jeunes femmes de 18 à 29 ans étaient en situation d'obésité. Chez les enfants et adolescents de 13-17 ans, 43 % des élèves étaient en surpoids et près de 20 % étaient en situation d'obésité.

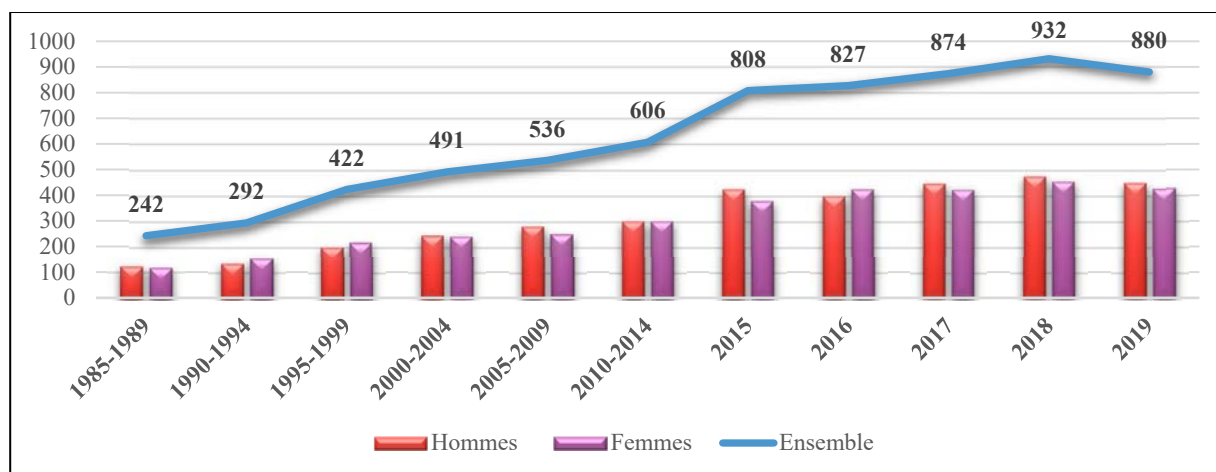
Pour ce qui concerne les cancers, les données recueillies par l'Institut du cancer de la Polynésie française<sup>10</sup> révèlent une croissance continue de l'incidence depuis 1985. Le nombre moyen annuel de nouveaux cas est passé de 242 (pour la période 1985-1989) à 865 (entre 2015 et 2019), soit une augmentation de 255 % pour les hommes et de 259 % pour les femmes. En 2018, 932 nouveaux cas ont été recensés, contre 808 en 2015.

Cette croissance des pathologies cancéreuses est attribuée à la fois au vieillissement de la population et à la progression des comportements à risque. Les cancers du sein (40 % des cas féminins), de la prostate (32 % des cas masculins) et du poumon représentent les localisations les plus fréquentes.

---

<sup>10</sup> Établissement créé par l'arrêté n° 1291 CM du 13 juillet 2021 portant création et organisation de l'établissement public à caractère industriel et commercial dénommé "Institut du cancer de Polynésie française.

**Graphique n° 1 : Nombre de cas annuels de cancer (en moyenne par période de 1985 à 2014, puis par année à partir de 2015)**



Source : Chambre territoriale des comptes, d'après les données de l'institut du cancer

### 1.1.2 Des spécificités polynésiennes : précocité des diagnostics, prévalence féminine et juvénile élevée

Dans ce contexte, la situation de la Polynésie française se distingue par plusieurs caractéristiques épidémiologiques singulières qui renforcent la gravité des pathologies chroniques observées sur le territoire. Parmi celles-ci, la précocité des diagnostics, notamment en cancérologie et une prévalence particulièrement élevée de l'obésité chez les femmes et les jeunes, constituent des facteurs de vulnérabilité majeurs.

#### 1.1.2.1 Une situation préoccupante dans les diagnostics de cancer

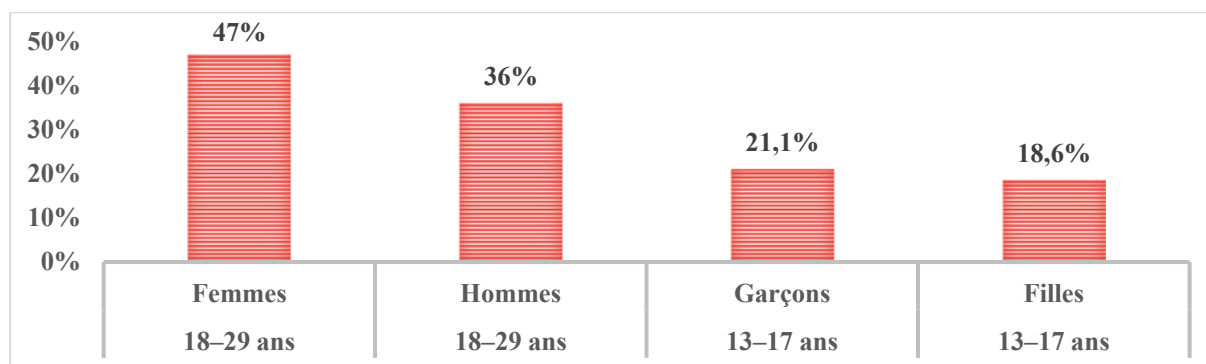
Les données issues de l'Institut du cancer de la Polynésie française montrent que l'âge moyen au moment du diagnostic est significativement plus bas qu'en France hexagonale. Entre 2015 et 2019, l'âge moyen au diagnostic s'élevait à 66 ans chez les hommes et à 58 ans chez les femmes, contre respectivement 68 et 67 ans en France hexagonale. Cette précocité s'observe également dans les cas de cancers gynécologiques : en Polynésie française, 35,6 % des cancers du sein sont diagnostiqués avant l'âge de 50 ans, contre seulement 20 % dans l'hexagone. Le cancer du col de l'utérus et celui du corps utérin présentent également des taux d'incidence élevés, avec une surreprésentation chez les femmes de moins de 60 ans.

Concernant les cancers pédiatriques, leur fréquence reste faible mais en progression. Entre 2015 et 2019, 11 cas en moyenne étaient déclarés chaque année chez les moins de 18 ans, avec une incidence passant de 12,9 à 15,1 cas pour 100 000 personnes-années. La tranche d'âge des 15-17 ans enregistre l'augmentation la plus marquée (+10,6 points), suggérant un besoin accru de vigilance et de structuration de la prise en charge.

### 1.1.2.2 Une prévalence élevée de l'obésité chez les jeunes et les femmes

L'obésité est un phénomène massif en Polynésie française, mais sa présence est particulièrement accentuée chez les femmes et les jeunes. En 2019, la part des femmes de 18 à 29 ans en situation d'obésité atteignait 47 %, contre 36 % chez les hommes du même âge. Chez les 13–17 ans, l'enquête scolaire réalisée en 2016 révélait que 19,8 % étaient obèses, avec des écarts sensibles selon le sexe (21,1 % des garçons et 18,6 % des filles).

**Graphique n° 2 : Prévalence de l'obésité chez les jeunes en 2019 (en part de la population concernée)**



Source : *Chambre territoriale des comptes*

Ces données traduisent à la fois une exposition précoce aux déterminants de l'obésité et l'existence de facteurs socioculturels (représentations du corps, normes de beauté, environnement familial) et comportementaux (pratiques alimentaires, consommation de tabac ou d'alcool) défavorables aux jeunes femmes. L'état de santé de la population suggère également un possible effet de stigmatisation plus marqué chez les jeunes femmes, dont la perception de leur propre poids est souvent surévaluée par rapport à leur corpulence réelle.

La conséquence de ces dynamiques précoces entraîne d'une part, le risque accru de développement précoce de comorbidités (notamment le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires) et d'autre part, un allongement de la durée de vie passée avec des pathologies chroniques, ce qui alourdit, à terme, la charge sur le système de santé et altère la qualité de la vie dès l'adolescence.

Dès lors, limiter l'entrée dans l'obésité aux âges où les comportements à risque sont les plus développés (consommation de tabac, d'alcool, consommation importante de nourriture déséquilibrée et de boissons sucrées), représente un enjeu de santé publique essentiel pour réduire la prévalence des maladies non transmissibles à moyen terme.

### 1.1.3 **Des déterminants comportementaux et sociaux**

L'obésité et le cancer partagent plusieurs facteurs de risque majeurs, identifiés dans les plans de prévention successifs. Il s'agit notamment d'une alimentation déséquilibrée, du manque d'activité physique, d'une consommation excessive d'alcool et de tabac, de l'existence de la précarité sociale et de la vulnérabilité des jeunes. Le lien entre obésité et cancer est

également bien établi, notamment dans le développement des cancers gynécologiques chez les femmes jeunes.

#### 1.1.3.1 Une alimentation déséquilibrée, issue d'une transition nutritionnelle rapide

L'alimentation de la population polynésienne s'est profondément transformée en l'espace de quelques décennies. Les produits traditionnels à forte densité nutritionnelle (taro, poisson, légumes racines) ont progressivement été remplacés par des aliments industriels, souvent importés, plus riches en graisses, en sucres et en sel. Selon les données de l'enquête de santé publique conduite en 2019, seuls 42 % des adultes consommaient les cinq portions quotidiennes de fruits et légumes recommandées et plus de 20 % déclarent consommer des boissons sucrées de manière quasi-quotidienne.

L'environnement social, familial et culturel joue également un rôle. Des habitudes alimentaires transmises<sup>11</sup>, la stigmatisation du surpoids, le manque de repères nutritionnels et la précarité favorisent les comportements à risque. Chez les jeunes, cette situation est aggravée par des taux de chômage élevés, une précocité dans les consommations de substances (tabac, alcool) et une exposition croissante à la sédentarité.

Selon les données disponibles au moment de l'instruction, chez les jeunes de 13 à 17 ans, les comportements alimentaires étaient encore plus préoccupants puisque 72,2 % déclaraient consommer de la restauration rapide au moins une fois par semaine<sup>12</sup>.

#### 1.1.3.2 Une activité physique insuffisante dans toutes les tranches d'âge

La sédentarité est un facteur de risque commune à la fois de l'obésité, du diabète, des maladies cardiovasculaires et de certains cancers. En 2019, 22 % des jeunes adultes de 18 à 29 ans exerçaient une activité physique jugée insuffisante par rapport aux normes de l'organisation mondiale de la santé. Ce constat est corroboré par une enquête conduite en 2016 auprès des collégiens et lycéens qui révélait que 11,7 % déclaraient ne pas avoir pratiqué une seule heure d'activité physique dans la semaine précédant l'enquête.

Les déterminants de cette sédentarité sont multiples : urbanisation croissante, temps d'écran élevé, absence de politiques fortes de mobilité active, ou encore un accès limité aux infrastructures sportives dans certains territoires. La faible dépense énergétique couplée à une alimentation déséquilibrée contribue fortement à l'augmentation rapide de la masse corporelle, en particulier chez les jeunes.

---

<sup>11</sup> Sciences sociales, *Bien manger c'est manger beaucoup : comportements alimentaires à Tahiti*, volume 26, 2008

<sup>12</sup> Institut de la statistique de la Polynésie française, *comportements alimentaires en Polynésie française*, points études et bilans, 5 avril 2019.

### 1.1.3.3 Le tabagisme et la consommation d'alcool, des risques majeurs précoces

Les comportements addictifs sont précocement installés en Polynésie française et participent à la survenue de pathologies dès le jeune âge. En 2019, 40 % des hommes et 49 % des femmes de 18 à 29 ans fumaient du tabac, avec une initiation parfois dès l'enfance. En milieu scolaire, 65,5 % des élèves de 13 à 17 ans ayant fumé déclaraient avoir allumé leur première cigarette avant 14 ans. L'alcool est également présent précocement puisque 43,6 % des élèves déclaraient avoir consommé au moins une boisson alcoolisée dans le mois précédant l'enquête et plus de 8 % des jeunes adultes déclaraient consommer des quantités élevées (plus de 60 g/jour).

Ces consommations augmentent le risque de plusieurs cancers (poumon, foie, gorge, sein) et aggravent les risques métaboliques et l'obésité.

### 1.1.3.4 La précarité, un facteur social aggravant tous les risques<sup>13</sup>

Enfin, la précarité sociale agit comme un amplificateur des comportements à risque. Les ménages les plus modestes consomment moins de produits frais, davantage de produits transformés, et ont un accès plus limité aux soins et à la prévention. Les jeunes sont particulièrement concernés. Ainsi, en 2021, 22,6 % des 15–29 ans étaient sans emploi, et les jeunes issus d'archipels éloignés ou vivant en internat connaissaient des situations d'isolement pouvant induire des troubles du comportement alimentaire.

L'obésité est ainsi plus fréquente dans les familles précaires, où elle est parfois perçue comme un signe de bienveillance. De manière plus générale, les liens entre précarité et incidence du cancer sont également bien établis<sup>14</sup>, notamment en raison des retards dans les diagnostics, d'un recours moins fréquent ou un accès plus inégal aux dépistages et à une qualité du suivi de la santé plus dégradée que dans les populations non concernées par la précarité.

## 1.2 Les conséquences multifactorielles

Les pathologies chroniques altèrent l'état de santé individuel, renforcent les inégalités sociales, et exercent une pression croissante sur les équilibres économiques et financiers du système de soins.

### 1.2.1 Une charge pesante pour la santé des populations

L'obésité, en particulier lorsqu'elle s'installe dès l'adolescence, est un facteur bien établi de survenue des maladies non transmissibles. En Polynésie française, près de 50 % des

<sup>13</sup> CTC, *Collectivité de la Polynésie française : la lutte contre la pauvreté et l'exclusion*, octobre 2025

<sup>14</sup> Santé publique France, *Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France*, avril 2021.

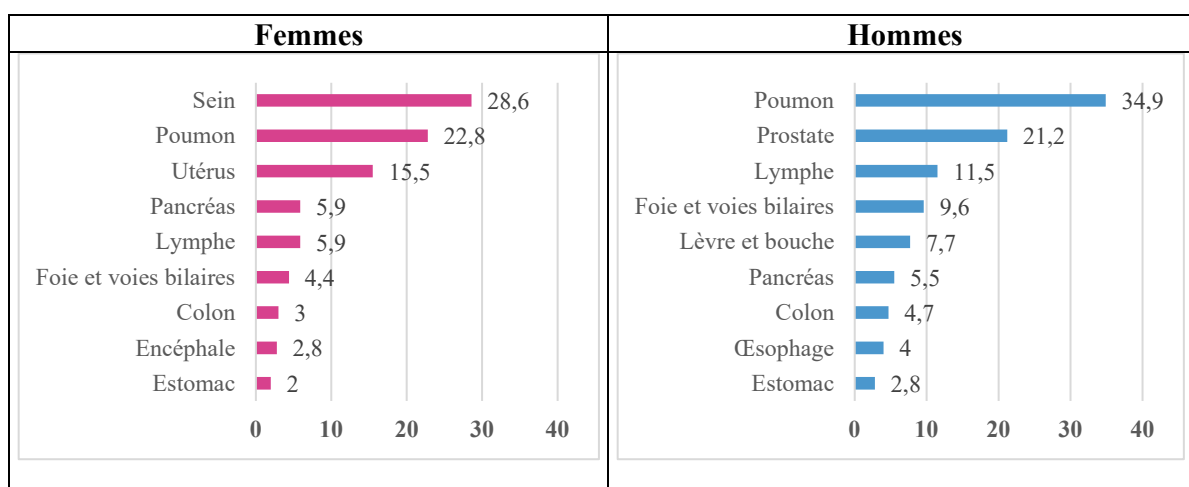
adultes présentent un risque accru de développer au moins une de ces pathologies (diabète, maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle, certains cancers).

Chez les jeunes de 15 à 25 ans, si les taux bruts de diabète et d’hypertension restent relativement faibles, leur progression est rapide avec une hausse 25 % pour le diabète entre 2018 et 2023 dans cette classe d’âge, contre seulement 6,5 % chez les plus de 25 ans. Cette évolution laisse craindre une accélération future de la prévalence des maladies chroniques précoces.

Le cancer constitue par ailleurs une cause majeure de mortalité prématurée. En 2017, les tumeurs étaient responsables de 29 % des décès chez les femmes de 15 à 24 ans. Sur l’ensemble de la population, elles représentaient 26 % des décès, au même niveau que les maladies cardiovasculaires. Ces proportions n’ont que peu varié depuis deux décennies. La situation est aggravée par la précocité des diagnostics et la fréquence de localisations à mauvais pronostic (poumon, foie, pancréas), dont les taux de survie à trois ans restent inférieurs à 20 %.

En l’absence de publications plus récente, l’analyse des causes de décès réalisée en 2017 par la direction de la santé, révèle que chez les hommes, les principales localisations de tumeur responsables de décès ont été le poumon (34,9 % des décès<sup>15</sup>), la prostate (21,2 %) et les tissus lymphoïdes et hématopoïétiques (11,5 %). Chez les femmes, les décès par cancer du sein représentaient 28,6 % des décès par tumeur, suivi des décès causés par le cancer du poumon (22,8 %) et de l’utérus (15,5 %).

**Graphique n° 3 : Répartition des décès dus aux cancers les plus fréquents (en %), en 2017**



Source : Chambre territoriale des comptes, d’après les données de la direction de la santé

Note de lecture : en 2017, le cancer du sein était responsable de 28,6 % des décès dus aux cancers chez les femmes

<sup>15</sup> Taux standardisé pour 100 000 personnes.

### 1.2.2 Un isolement, une stigmatisation et des inégalités renforcées pour les personnes concernées

L'obésité affecte fortement la qualité de vie, en particulier chez les jeunes. En Polynésie française, 37,6 % des adolescents de 13 à 17 ans se percevaient comme « *un peu ou très gros* », une perception souvent supérieure à la réalité mesurée, notamment chez les filles. Ce décalage est un indicateur de détresse psychologique, renforcé par les discriminations sociales et scolaires auxquelles les jeunes en surpoids ou obèses peuvent être confrontés.

Des études soulignent les effets négatifs de l'obésité sur le parcours scolaire, la socialisation, et l'insertion professionnelle. L'image corporelle dévalorisée, les moqueries ou les violences verbales renforcent les risques de troubles anxieux, de dépression, ou de repli sur soi. Chez les jeunes adultes, l'obésité constitue aussi un frein à l'emploi, dans un contexte de chômage élevé (22,6 % chez les 15–29 ans en 2021).

Les patients atteints de cancer font face à d'autres formes de fragilité qui se caractérisent par un isolement pendant les traitements, un inégal accès au dépistage et à l'accompagnement psychologique. Les incidences sociales de la maladie sont renforcées dans les archipels dans lesquels l'offre de soins est plus limitée et les coûts de déplacement élevés. La vie avec un cancer provoque, par ailleurs, des situations qui favorisent l'isolement ou l'exclusion sociale. Celles-ci, qui dépassent le cadre professionnel et qui ne concernent pas exclusivement la situation financière des individus, méritent également, selon la chambre, de faire l'objet d'une prise en compte dans le prochain plan cancer de la Polynésie française.

### 1.2.3 Une pression croissante sur les comptes sociaux

Le coût des pathologies chroniques pour le système de santé est considérable. En 2022, les longues maladies représentaient 72 % des dépenses d'assurance maladie en Polynésie française, soit 43,7 Md F CFP sur une dépense annuelle totale de 60,4 Md F CFP. Les cancers à eux seuls ont mobilisé 12,5 Md F CFP.

En 2022, les dépenses liées aux longues maladies chez les 15–25 ans ne représentaient que 3 % du total (1,34 Md F CFP sur 43,7 Md), mais elles ont progressé de 10,6 % entre 2018 et 2022. Cette hausse, bien que modérée comparée à celle des plus de 25 ans (+18 %), souligne une dynamique préoccupante chez les jeunes assurés.

**Tableau n° 1 : Coûts des patients en longue maladie par tranche d'âge**

En M F CFP	2018	2019	2020	2021	2022	Écart	Variation
0-14 ans	1 459,41	1 637,69	1 221,64	1 124,41	1 304,00	-155,41	-10,65 %
15-25 ans	1 210,06	1 329,20	1 119,31	1 403,93	1 338,37	128,31	10,60 %
Plus de 25 ans	34 839,95	37 028,93	36 969,43	40 212,76	41 075,20	6 235,26	17,90 %
<b>Total</b>	<b>37 509,41</b>	<b>39 995,82</b>	<b>39 310,38</b>	<b>42 741,10</b>	<b>43 717,57</b>	<b>6 208,16</b>	<b>16,55 %</b>

Source : Chambre territoriale des comptes, d'après les données de la caisse de prévoyance sociale

Pour l'obésité, les coûts sont encore mal documentés, notamment du fait de l'absence de traçabilité dans les systèmes de codage hospitalier et de remboursement. Le lien le plus direct entre la prévalence de l'obésité et celle des longues maladies pourrait concerner le diabète sucré (de type 2)<sup>16</sup>. En effet, selon le centre hospitalier de la Polynésie, 70 % des patients atteints de diabète sont en situation d'obésité. En 2022, le diabète sucré représentait 17 % des affections de longue durée et une dépense d'assurance maladie de 12,1 Md F CFP, soit 27,7 % des dépenses annuelles de longues maladies (43,7Md F CFP).

Enfin, les retards diagnostiques ou les prises en charge tardives engendrent des coûts supplémentaires. Un dépistage insuffisant, une perte de chance thérapeutique ou une hospitalisation non anticipée pèsent sur les capacités d'accueil et sur les dépenses publiques. Ces dépenses évitables pourraient être contenues par une meilleure prévention et une action plus précoce.

### **1.3 Un hôpital public sollicité**

#### **1.3.1 Un établissement pivot de la prise en charge sanitaire publique**

Le centre hospitalier de la Polynésie française constitue le pivot de la prise en charge hospitalière, tant pour les soins courants que pour les spécialités les plus complexes, comme l'oncologie. Il assure à la fois les fonctions de premier recours et de recours ultime, dans un contexte marqué par la hausse des maladies chroniques, le vieillissement de la population et la progression des pathologies lourdes.

En matière de cancérologie, le centre hospitalier est le seul établissement polynésien disposant d'un service dédié, avec des équipements lourds importants (scanner, TEP-scan, imagerie à résonance magnétique (IRM), radiothérapie) et des équipes pluridisciplinaires. Entre 2018 et 2023, la file active de patients suivis pour cancer y a augmenté de 23 %, traduisant à la fois une détection plus précoce des cas et une croissance de l'incidence.

Le système de santé de la Polynésie française est également composé de services de santé que la collectivité administre directement : 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 de la Polynésie française, ces structures sont indépendantes du centre hospitalier de la Polynésie française qui dispose, pour sa part, de la personnalité morale. Ces services exercent les soins de premier recours et orientent les patients vers le centre hospitalier lorsque la prise en charge le nécessite.

#### **1.3.2 Le poids des pathologies lourdes sur la structure hospitalière**

La complexité croissante des prises en charge (patients polypathologiques, âgés, en perte d'autonomie) documentée par l'analyse médicale de l'activité du centre hospitalier ainsi que le manque de lits d'aval, c'est à dire de structures sanitaires ou médico-sociales qui

---

<sup>16</sup> Revue diabète et métabolisme, Volume 31, juin 2005.

permettent la sortie d'un patient de l'hôpital, conduisent à saturer le seul établissement public sanitaire.

Entre 2018 et 2023, les taux d'occupation des lits en médecine, chirurgie et obstétrique présentaient des niveaux élevés (plus de 90 %), 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. Cette situation entraîne notamment une pression forte sur les urgences hospitalières.

En l'absence d'une offre spécialisée suffisante dans les archipels, les patients nécessitant une prise en charge complexe sont évacués vers le centre hospitalier. En 2023, 971 évacuations sanitaires ont été recensées, soit une hausse de plus de 50 % par rapport à 2018. Ces évacuations sont coûteuses (environ 1 Md F CFP chaque année dans le budget du centre hospitalier) et psychologiquement éprouvantes pour les patients et leurs familles. Le centre hospitalier tente de limiter le recours aux évacuations vers l'hexagone en développant des coopérations.

### **CONCLUSION INTERMEDIAIRE**

*La situation sanitaire de la Polynésie française est marquée par une progression continue des pathologies chroniques non transmissibles, en particulier l'obésité et les cancers, qui affectent durablement l'état de santé de la population. Cette évolution se distingue par certaines spécificités locales, notamment une précocité des diagnostics, une prévalence particulièrement élevée chez les jeunes et les femmes, ainsi qu'un cumul de facteurs de risque associés à la transition nutritionnelle, à la sédentarité, aux conduites addictives précoces et à la précarité sociale.*

*Ces pathologies entraînent des répercussions multiformes. Elles dégradent la qualité de vie des personnes concernées, aggravent les inégalités sociales de santé, en particulier chez les jeunes en situation de fragilité et engendrent une pression croissante sur les finances sociales. En 2022, les longues maladies représentaient 72 % de la dépense d'assurance maladie, dont 12,5 Md F CFP pour les cancers.*

*Face à cette dégradation de la santé publique, le centre hospitalier de la Polynésie française concentre la majorité des prises en charge spécialisées. Il enregistre une activité en forte hausse, notamment en oncologie, dans un contexte de saturation des capacités d'hospitalisation et de tensions persistantes sur les filières d'aval. L'éloignement des archipels, combiné à une offre de soins inégalement répartie sur le territoire, entraîne un recours important aux évacuations sanitaires internes, dont le volume a progressé de plus de 50 % entre 2018 et 2023.*

---

## **2 DES POLITIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE AMBITIEUSES MAIS FRAGMENTÉES ET INÉGALEMENT COORDONNÉES**

### **2.1 Des instruments de pilotage qui présentent des faiblesses**

#### **2.1.1 Des données de santé obsolètes ou parcellaires, à compléter**

La qualité des politiques publiques de santé dépend étroitement de la disponibilité de données fiables, complètes, actualisées et partagées. En Polynésie française, malgré certains progrès, les données de santé demeurent fragmentées, inégalement recueillies selon les domaines et insuffisamment mobilisées à des fins de pilotage stratégique ou d'évaluation. Cette situation, relevée par la chambre, constitue un frein majeur à la planification, au suivi et à l'efficacité des interventions en santé publique.

##### 2.1.1.1 Un suivi des cancers à perfectionner

Le registre du cancer est géré par l'Institut du cancer de la Polynésie française. Il constitue un outil structurant pour la surveillance épidémiologique, la recherche et l'évaluation des politiques en cancérologie. Toutefois, il présente encore des faiblesses en termes de complétude, de délai de traitement des données et de couverture.

Plusieurs établissements et professionnels de santé ne transmettent pas systématiquement leurs données, en l'absence d'obligation réglementaire<sup>17</sup>. En 2022, seulement 88 % des cas recensés ont été codés dans un délai de six mois, et certains cas restent absents en raison du non-recours à certaines sources (laboratoires privés, médecins de ville, régime d'assurance maladie). Par ailleurs, le registre ne couvre pas encore l'ensemble des localisations de cancer de manière homogène. Les localisations à faible incidence (sarcomes, lymphomes rares) ou les cas survenus dans les archipels éloignés sont sous-représentés.

La chambre recommande dès lors à la Polynésie française de rendre obligatoire, dès 2025, la communication au registre du cancer de l'ensemble des informations et données indispensables à son exhaustivité. Cette obligation s'appliquera notamment à la caisse de prévoyance sociale, et à l'agence de régulation sanitaire et sociale, ainsi qu'aux établissements de santé publics et privés.

---

<sup>17</sup> L'arrêté n° 584 en conseil des ministres du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles pour la surveillance de certaines maladies, détermine par son article 4, la liste des maladies pour lesquelles la tenue d'un registre est organisée en Polynésie française : le cancer, la lèpre, le rhumatisme articulaire aigu et la tuberculose.

### 2.1.1.2 Une carence dans les données anthropométriques (taille et poids) et nutritionnelles

En matière de lutte contre l'obésité, le déficit d'information est encore plus marqué. Aucune base de données clinique ne permet aujourd'hui de suivre de manière continue l'évolution du poids, de la taille, de l'indice de masse corporelle (IMC) ou des comorbidités associées au sein de la population. Au moment de l'instruction relative à la prévention de l'obésité chez les jeunes, la chambre ne pouvait s'appuyer que sur des données issues des enquêtes ponctuelles réalisées en 2010 et 2019, qui ne sont pas suffisamment fines pour orienter des politiques ciblées.

La caisse de prévoyance sociale, principal financeur des soins, ne recueille pas systématiquement les données anthropométriques (c'est-à-dire sur la taille et le poids) dans ses bases de remboursement. Ainsi, les patients en situation d'obésité ne sont pas toujours identifiables, sauf lorsqu'ils sont identifiés en « *longue maladie* ». Cette absence de traçabilité empêche d'estimer précisément les coûts liés à l'obésité, de suivre les trajectoires de santé et d'évaluer les effets des actions de prévention. Pour remédier à cette situation, la chambre recommande d'organiser, dès 2025, la traçabilité de la taille et du poids du patient lors de chaque consultation médicale.

### 2.1.1.3 Des difficultés de consolidation inter-institutionnelle

Le système de collecte et de traitement des données de santé demeure dispersé entre plusieurs entités : direction de la santé, centre hospitalier, caisse de prévoyance sociale, institut du cancer et établissements privés. Aucun entrepôt de données de santé partagé n'existe à ce jour. Les échanges sont souvent manuels, limités à des fichiers informatiques, sans interopérabilité. Cette fragmentation empêche la constitution de tableaux de bord stratégiques et limite l'analyse des parcours de soins, des déterminants sociaux de la santé, ou des inégalités territoriales. Les évaluations médico-économiques, pourtant indispensables à la justification des choix publics, sont quasi inexistantes.

La chambre recommande dès lors à la Polynésie française, de produire et communiquer annuellement, dès 2025, un rapport sur l'épidémiologie sanitaire et sociale de l'obésité en distinguant les données par lieux de vie et par tranches d'âge.

La juridiction recommande, par ailleurs, à la Polynésie française, d'organiser un marché public pour sélectionner, d'ici à 2025, le prestataire qui l'assistera dans la réalisation de la prochaine enquête relative à l'état de santé de la population.

Le Président de la Polynésie française a indiqué qu'une étude socio-anthropologique des déterminants des maladies chroniques en Polynésie française devait être réalisée en parallèle de l'enquête santé lancée au début de l'année 2025 afin de mieux appréhender les facteurs sociaux, environnementaux et culturels déterminants de l'obésité. La chambre en prend acte et encourage la Polynésie française à disposer de données actualisées afin d'engager une politique publique plus efficace.

## 2.1.2 Un pilotage budgétaire insuffisant des dépenses de santé publique

L'efficacité des politiques publiques de santé repose sur un pilotage financier précis, permettant d'évaluer les ressources mobilisées, de cibler les investissements et de comparer les coûts des différentes interventions. Pourtant, en Polynésie française, le suivi budgétaire des dépenses de santé reste partiel, en particulier dans le champ de la prévention. Cette faiblesse entrave la lisibilité des priorités sanitaires et la capacité à démontrer l'efficacité des actions engagées.

La prévention primaire (campagnes d'information, actions en milieu scolaire, dépistages organisés, accompagnement nutritionnel) représente une composante essentielle de la lutte contre l'obésité et les cancers. Cependant, ces dépenses ne font l'objet d'aucun suivi budgétaire consolidé. Elles sont dispersées entre plusieurs programmes et financements, tels que le budget de la direction de la santé, les dotations aux établissements, les actions portées par les communes ou les associations et les crédits du fonds de prévention sanitaire et sociale.

Aucun budget spécifique n'était dédié à la prévention de l'obésité chez les jeunes. Le plan stratégique de prévention de santé 2016–2025, qui prévoyait 142 actions, n'a jamais été adossé à une programmation financière pluriannuelle.

## 2.1.3 Une mesure incomplète de l'efficacité des actions publiques et de leurs effets

Les actions de santé publique, qu'elles relèvent de la prévention, du dépistage ou de l'éducation à la santé, demeurent insuffisamment évaluées, tant en termes d'effets sur la santé que de rapport coût/efficacité. Cette faiblesse méthodologique limite fortement la capacité à ajuster les politiques, à justifier les choix budgétaires ou à arbitrer entre différents leviers d'action. Elle contribue à maintenir une forme d'illisibilité de l'action publique, au détriment de la redevabilité et de l'efficacité.

### 2.1.3.1 Des actions de prévention mises en œuvre sans suivi de leurs résultats

De nombreux programmes ou plans stratégiques (prévention de l'obésité, plan cancer, plan nutrition-santé), pourtant ambitieux, ont été déployés sans être accompagnés d'indicateurs d'impact clairs ni de dispositifs d'évaluation *ex ante* ou *ex post*. Lorsque ceux-ci étaient effectivement prévus, ils n'ont pas été mis en œuvre, ou seulement de manière partielle. Les orientations stratégiques 2016–2025, par exemple, ne comportaient aucun indicateur quantitatif consolidé pour suivre l'évolution de la prévalence de l'obésité, la modification des comportements alimentaires ou l'activité physique des publics cibles.

Graphique n° 4 : Documents d'orientations stratégiques de la politique de santé



Source : illustration issue du schéma de prévention 2018-2022, Polynésie française.

Le schéma de prévention et de promotion de la santé 2018–2022, principal cadre d'intervention pour la prévention de l'obésité et la promotion de l'activité physique, est arrivé à échéance sans avoir fait l'objet d'un bilan complet. Alors que ces documents sont publics, aucun rapport d'étape n'a été publié et aucun tableau de bord partagé n'a été communiqué pour suivre les 24 objectifs et les 80 actions prévues. Il n'existe à ce jour aucun chiffrage consolidé sur le taux de réalisation des actions, ni sur leur incidence mesurée sur les comportements ou la prévalence de l'obésité.

De même, le programme d'actions sur l'alimentation et l'activité physique 2019–2023 n'a pas été formellement évalué à son terme. Les dépenses engagées dans le cadre du fonds de prévention sanitaire et sociale ont atteint 1,23 Md F CFP entre 2018 et 2023, dont 230 M F CFP pour les campagnes grand public, mais leur efficacité reste non documentée. Il n'existe pas de mesure du retour sur investissement, ni d'analyse de l'évolution des comportements nutritionnels des cibles visées, notamment les 15–25 ans.

La Polynésie française a notamment mis en place plusieurs campagnes en milieu scolaire et professionnel, autour d'une alimentation équilibrée et de la promotion de l'activité physique. Près d'une trentaine de structures (administration et entreprises) ont participé chaque année entre 2018 et 2023 au programme « *Entreprise active et administration* », au bénéfice de plus de 11 000 salariés. Toutefois, aucun bilan chiffré global n'a permis d'évaluer leur efficacité, ni leurs effets sur les comportements.

De même, les campagnes de prévention (tabac, alcool, nutrition) financées par le fonds de prévention sanitaire et sociale n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de leur effet réel sur les comportements. Il n'existe pas de mécanisme de comparaison entre les campagnes ou de mesure de leur portée sur les différents segments de la population, notamment chez les jeunes.

La chambre recommande dès lors à la Polynésie française d'évaluer, chaque année à partir de 2026, la pertinence et l'efficacité des actions de lutte contre l'obésité, notamment chez les jeunes, ainsi que le rapport entre les ressources mobilisées et les résultats obtenus.

Le plan cancer 2018–2022, structuré en plusieurs axes (prévention, dépistage, soins, accompagnement), n'a pas non plus fait l'objet d'un bilan final. Cette absence est particulièrement dommageable dans un contexte où le nombre de cas de cancer ne cesse

d'augmenter (932 cas en 2018 contre 808 en 2015) et les dépenses d'assurance maladie liées aux longues maladies atteignent 43,7 Md F CFP en 2022, en particulier alors que les molécules onéreuses ont mobilisé à elles seules 3,6 Md F CFP. Au moment de la publication des observations définitives de la chambre, le plan cancer de la Polynésie française était arrivé à son terme depuis dix-huit mois.

La chambre recommandait, dès lors, à la Polynésie française de réaliser, d'ici au début de l'année 2025, l'évaluation du plan cancer 2018-2022. Cette démarche aurait permis de mesurer les avancées du plan arrivé à échéance et de prévoir les orientations à poursuivre, à arrêter ou à reformuler pour la politique de lutte contre le cancer à entreprendre à l'avenir. La chambre recommande par conséquent à la Polynésie française, d'adopter, d'ici à la fin de l'année 2025, un nouveau plan pluriannuel consacré à la lutte contre le cancer.

Plus généralement, la chambre observe que la Polynésie française gagnerait à bâtir progressivement une culture institutionnelle de l'évaluation, en commençant par la définition d'objectifs mesurables et d'indicateurs clairs dès la conception des plans d'action et la mise en place de dispositifs d'évaluation à mi-parcours et en fin de programme. La chambre invite la Polynésie française à prévoir, pour chaque plan ou programme, une évaluation *ex ante*, une évaluation intermédiaire à mi-parcours et un bilan final. Elle préconise également que ces évaluations soient réalisées avec la participation des acteurs concernés (usagers, professionnels, associations) et qu'elles soient rendues publiques afin de nourrir le débat démocratique sur les choix de santé publique.

#### 2.1.3.2 Une stratégie hospitalière renouvelée sans évaluation complète préalable

Le projet d'établissement 2017–2022 du centre hospitalier de la Polynésie française avait structuré son volet médical autour de 118 objectifs. À l'issue de la période, seuls 13,5 % de ces objectifs avaient été entièrement atteints. Aucune évaluation intermédiaire n'a été réalisée entre 2018 et 2021 et les revues de projets ont été largement interrompues pendant la pandémie, au bénéfice de la prise en charge des patients, arrivés massivement aux portes de l'établissement.

Le nouveau projet d'établissement (2024–2030) adopté par le centre hospitalier dans le courant de l'année 2024, tire les leçons de cette expérience en intégrant des outils de contractualisation par pôles et des indicateurs de performance. Toutefois, ces outils restent à mettre en œuvre et leur usage devra être soutenu par un renforcement des fonctions de pilotage stratégique, aujourd'hui sous-dimensionnées.

L'évaluation de la qualité et de la pertinence des soins est également de la responsabilité du centre hospitalier. Celui-ci est, à ce titre, engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité, visant à garantir la sécurité des soins, améliorer les prises en charge et renforcer la transparence vis-à-vis des patients. Dans son projet d'établissement 2024, l'établissement prévoit de se soumettre à la certification de la Haute autorité de santé (HAS) dans un délai de six ans, bien que cette procédure ne soit pas obligatoire en Polynésie française.

Dans ce cadre, le centre hospitalier est conduit à élaborer un programme d'évaluation des pratiques professionnelles médicales. Celles-ci consistent à analyser collectivement les pratiques médicales en les confrontant aux recommandations scientifiques, aux données de santé publique et aux attentes des patients. Elles reposent sur des indicateurs, l'identification

d'écarts, la mise en œuvre d'actions correctives (protocoles, formations), puis une réévaluation pour mesurer les progrès accomplis. Cette démarche structurée contribue à l'amélioration continue de la qualité des soins et à la préparation du centre hospitalier aux exigences de la future certification HAS. La chambre recommande, en ce sens, au centre hospitalier, d'adopter, d'ici à 2026, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.

## **2.2 Une offre sanitaire publique à restructurer**

### **2.2.1 Réformer la gouvernance hospitalière**

La gouvernance du centre hospitalier de la Polynésie française souffre de plusieurs limites structurelles qui entravent son autonomie de gestion, sa capacité d'adaptation et l'efficacité de ses coopérations avec les autres acteurs de santé du territoire. La réforme de sa gouvernance constitue un levier stratégique majeur pour faire face à l'augmentation des besoins et améliorer la performance globale du système.

#### 2.2.1.1 Un statut juridique obsolète et inadapté à faire évoluer

En dépit des recommandations émises en 2018 par la juridiction, le centre hospitalier demeure aujourd'hui régi par le statut d'établissement public administratif, qui s'avère inadapté aux contraintes modernes du fonctionnement hospitalier. Ce statut limite sa capacité à gérer ses ressources humaines et ses finances avec agilité et à développer une politique d'investissement dynamique.

La réforme de son statut en établissement public de santé devrait être finalisée au cours de l'année 2025, selon la Polynésie française. Cette évolution recommandée par la chambre permettra de rapprocher l'établissement du modèle des hôpitaux publics de l'hexagone, avec une plus grande autonomie de gestion et des outils modernisés de gouvernance et de régulation budgétaire.

Le conseil d'administration actuel du centre hospitalier, ne remplit pas pleinement les fonctions attendues d'un organe de pilotage stratégique<sup>18</sup>. Son fonctionnement est essentiellement consultatif et ne permet ni un contrôle effectif de la mise en œuvre du projet d'établissement, ni un suivi régulier des indicateurs de performance. De plus, la Polynésie française y occupe une place particulièrement prépondérante et peu compatible avec une autonomie de gestion.

---

<sup>18</sup> 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 relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux règles financières, budgétaires et comptables du centre hospitalier territorial de la Polynésie française.

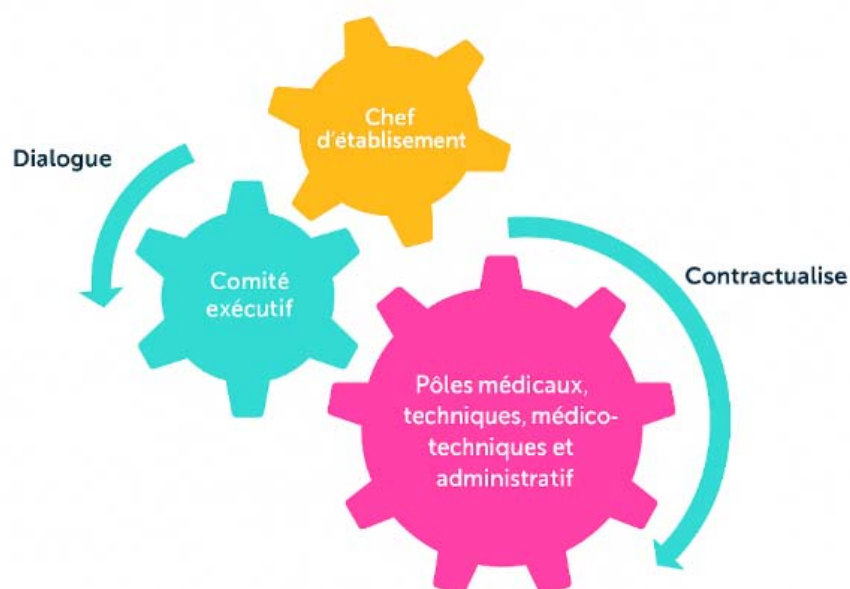
Le projet de réforme en cours de préparation par la Polynésie française prévoit la création d'un conseil de surveillance, sur le modèle des établissements publics de santé, qui associerait des représentants du personnel médical, de la Polynésie française, de la caisse de prévoyance sociale et des usagers. Ce nouveau cadre permettra d'assurer un meilleur équilibre entre supervision, transparence des décisions et implication des acteurs de terrain. Il constitue un préalable essentiel au renforcement des actions du centre hospitalier et à la stabilité de ses orientations stratégiques. La chambre encourage la Polynésie française à mettre en œuvre effectivement cette réforme.

### 2.2.1.2 Un pilotage médical à structurer

Le pilotage du centre hospitalier repose actuellement sur une logique de services isolés, avec une organisation médico-administrative cloisonnée. Ce mode de fonctionnement limite les synergies, freine l'innovation organisationnelle et complexifie la coordination des parcours de soins. En réponse à ce constat, le centre hospitalier a engagé depuis 2024 une réorganisation interne autour de pôles médicaux regroupant plusieurs spécialités. C'est pourquoi, la chambre recommande au centre hospitalier de finaliser, d'ici à la fin de l'année 2026, la mise en place des pôles sur l'ensemble de l'établissement

Cette transformation vise à mettre en place une gouvernance plus médicale, avec des chefs de pôles responsabilisés, une contractualisation interne (suivi d'objectifs, allocation de ressources) et un dialogue renforcé entre la direction et les professionnels de santé. Le projet d'établissement 2024–2030 inscrit cette évolution comme un axe prioritaire, mais sa mise en œuvre demeure partielle à ce jour. La contractualisation par pôles devrait être achevée en 2026.

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



Source : *Chambre territoriale des comptes*

## 2.2.2 Clarifier les liens entre le centre hospitalier et l'institut du cancer

L'Institut du cancer de la Polynésie française, créé en 2018, devenu un établissement public industriel et commercial en 2021, constitue un acteur clé de la stratégie de lutte contre le cancer. Son émergence a permis de structurer certaines fonctions transversales dans un contexte de progression rapide des cas de cancers (+250 % depuis 1985) et de pression croissante sur le centre hospitalier de la Polynésie française.

Toutefois, la complémentarité entre les deux institutions reste insuffisamment définie, tant dans leurs missions que dans leurs modalités de coopération.

L'institut du cancer est chargé de missions variées : observation épidémiologique *via* le registre du cancer, prévention et dépistage, accompagnement des patients, recherche clinique, et potentiellement, soins de santé. Il est notamment porteur de campagnes de prévention (tabac, alcool, exposition solaire...) et de dépistage de cancers (seins, colorectal, utérus) et pilote des actions éducatives en milieu scolaire.

Depuis l'arrêté n° 1291 CM du 13 juillet 2021, l'institut du cancer de la Polynésie française est officiellement compétent pour délivrer des soins en oncologie. Bien qu'une mission nationale en 2021 ait alerté sur les risques d'une organisation multifonctionnelle d'une même structure (prévention, soins, coordination, recherche), la coexistence entre l'institut du cancer et le centre hospitalier depuis plus de deux ans s'est avérée complémentaire et sans incidence négative sur la qualité des soins.

Pour autant, l'essentiel de la prise en charge reste assuré par le centre hospitalier, qui dispose du seul service d'oncologie diagnostique et thérapeutique du territoire. La file active de ce service a progressé de 23 % entre 2018 et 2023, illustrant son rôle indispensable dans l'accueil, le traitement (radiothérapie, chimiothérapie) et le suivi des patients.

L'institut du cancer pourrait exercer progressivement un rôle structurant dans la coordination des parcours, le développement de la recherche clinique et l'attractivité médicale du territoire. Dans ce contexte, la chambre recommande à la Polynésie française de redéfinir, pour 2025, l'offre de soins oncologique publique à l'aide de coopérations renforcées entre le centre hospitalier de la Polynésie française et l'institut du cancer.

En complément, le plan cancer à venir pourrait intégrer la montée en puissance des capacités en radiothérapie et curiethérapie, en lien avec l'augmentation prévisible de l'incidence. L'acquisition d'équipements spécialisés devra faire l'objet d'une programmation rigoureuse, fondée sur les capacités de chaque structure à garantir la qualité et la sécurité des soins.

Le projet de relocalisation de l'institut du cancer à proximité immédiate du centre hospitalier devrait favoriser la mutualisation des ressources et la cohérence de l'offre publique. Le partenariat devra également intégrer les modalités de facturation des actes réalisés en inter-établissement, notamment pour la production des poches de chimiothérapie par la pharmacie hospitalière.

### 2.2.3 Tenir compte des contraintes géographiques

L'insularité et la dispersion géographique de la Polynésie française génèrent des contraintes logistiques fortes et des surcoûts structurels dans l'accès aux soins. En l'absence d'une offre de santé spécialisée dans les archipels, les patients sont souvent évacués vers Tahiti, qui concentre l'essentiel des équipements lourds et des compétences médicales.

Toutes causes confondues, la dépense des évacuations internes à la Polynésie française s'élevait à 2 Md F CFP en 2018 et à 2,46 Md F CFP en 2022. Ces transports mobilisent d'importants moyens logistiques (avions sanitaires, personnels d'accompagnement) et génèrent des ruptures de parcours pour les patients comme pour leurs proches.

L'un des objectifs du plan cancer 2018–2022 était de rapprocher l'offre de chimiothérapie du lieu de vie des patients pour limiter les évacuations sanitaires inter-îles et améliorer la qualité de vie. Deux niveaux d'autorisation ont été définis : la chimiothérapie complexe (en présence d'un oncologue) et la chimiothérapie simple (réalisable en ambulatoire avec du personnel paramédical).

Depuis 2018, des chimiothérapies délocalisées sont ainsi proposées à Uturoa (Raïatea) et Taravao (Tahiti), bénéficiant chaque année à environ 150 patients. Toutefois, 15 % des patients traités à Tahiti pourraient recevoir ces soins dans d'autres structures comme Moorea, Bora Bora ou les Marquises, à condition de former les personnels locaux et de structurer une offre de télé-expertise sécurisée.

Par ailleurs, des consultations d'oncologie spécialisées sont organisées depuis une dizaine d'années dans les archipels, grâce à des conventions entre le centre hospitalier et la caisse de prévoyance sociale. Leur développement, appuyé par la télémédecine, est essentiel pour améliorer le suivi des traitements et favoriser un diagnostic plus précoce.

Dans ce contexte, la chambre recommande à la Polynésie française de prévoir dans le prochain plan cancer, à adopter avant la fin 2025, l'extension de l'offre de soins cancérologique dans les archipels.

La dépendance quasi exclusive au centre hospitalier pour les soins complexes (cancérologie, imagerie lourde, soins intensifs) souligne l'enjeu stratégique de développer des coopérations régionales et de déployer des solutions de proximité (télé-expertise, chimiothérapies délocalisées, consultations avancées), conformément aux actions déjà engagées par l'établissement et la Polynésie française, afin de réduire ces coûts évitables et améliorer la qualité des parcours. La chambre invite l'établissement à engager effectivement les actions qu'il prévoit de renforcer à travers son projet d'établissement 2024-2030 afin d'améliorer l'accès aux soins des populations les plus éloignées de Tahiti.

### CONCLUSION INTERMEDIAIRE

*L'examen des politiques de santé publique de la Polynésie française révèle des ambitions affichées et des initiatives nombreuses, mais encore insuffisamment structurées, coordonnées et évaluées. Si les plans de prévention de l'obésité et de lutte contre le cancer traduisent une volonté réelle d'agir sur les déterminants de santé, leur efficacité est limitée par plusieurs lacunes structurelles.*

*En premier lieu, le déficit de données actualisées, complètes et interopérables constitue un frein à l'élaboration de stratégies renouvelées. L'absence d'obligation de transmission à certains registres et la faiblesse des dispositifs de suivi des actions empêchent la Polynésie française de disposer d'une vision consolidée de l'état de santé de la population, de l'efficacité des interventions et des inégalités territoriales.*

*Par ailleurs, le pilotage financier des politiques publiques de santé reste à consolider. Les dépenses de prévention sont peu identifiables et faiblement suivies, en particulier celles liées à l'obésité des jeunes.*

*De surcroît, l'absence d'évaluation des plans et programmes de santé nuit à la lisibilité de l'action publique. Cette situation compromet la continuité des actions et rend difficile l'ajustement des interventions.*

*Enfin, l'organisation hospitalière reste perfectible. La gouvernance du centre hospitalier appelle une modernisation statutaire, une plus grande autonomie de gestion et un pilotage médical renforcé par la mise en place effective des pôles. Dans le même temps, la complémentarité entre le centre hospitalier et l'institut du cancer devra être clarifiée, au service d'une offre publique cohérente et mutualisée.*

*L'ensemble de ces constats appelle à renforcer les fonctions de pilotage, à développer une culture partagée de l'évaluation, à garantir la traçabilité des dépenses et à favoriser les coopérations inter-établissements, et à améliorer la prévention et les soins dans les archipels. L'efficacité et la soutenabilité des politiques publiques de santé en Polynésie française dépendent désormais de cette consolidation stratégique et opérationnelle.*

---

### **3 ÉLABORER UNE STRATÉGIE RÉNOVÉE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRISE EN CHARGE SANITAIRE**

#### **3.1 Recentrer la prévention sur les publics à risque et les territoires vulnérables**

##### **3.1.1 Relancer les campagnes ciblées de prévention et de dépistage des maladies chroniques**

Face à l'augmentation continue des maladies chroniques et à l'élévation du taux de cancers, la relance des campagnes ciblées de prévention constitue un levier prioritaire de santé publique. Elle doit se fonder sur les enseignements des stratégies précédentes, afin de mieux atteindre les populations concernées et d'optimiser l'impact des messages de prévention.

En matière de dépistage des cancers, les résultats restent insuffisants. En 2022, le taux de participation au dépistage du cancer du sein s'élevait à 36,5 % (6 145 mammographies), et celui du cancer du col de l'utérus à 42,3 %. Ces niveaux sont en deçà des seuils recommandés pour une efficacité populationnelle. Les freins identifiés (peur de la maladie, manque d'information, éloignement géographique) justifient une stratégie plus offensive.

En application du plan cancer 2018-2022, l'Institut du cancer a mis en œuvre plusieurs campagnes thématiques de dépistage des cancers intitulées « *Octobre rose* » (cancer du sein), « *Juin vert* » (cancer de l'utérus) et « *Mars bleu* » (dépistage du cancer colorectal), souvent couplées interventions dans les écoles, les lieux de culte et les entreprises). En 2023, une hausse de 9 % de la participation au dépistage du cancer du sein a été observée après le lancement du programme Tārona Tere (transport solidaire au dépistage), preuve que des dispositifs ciblés et contextualisés peuvent lever les barrières<sup>19</sup>.

La relance des campagnes de prévention et de dépistages des cancers que la chambre invite la Polynésie française à engager gagnerait à s'appuyer sur :

- un ancrage territorial fort, en lien avec les communes, les associations, les relais sociaux et les établissements scolaires ;
- une communication adaptée aux différents profils socio-économiques (médias, supports papier, interventions de proximité) ;
- un engagement des professionnels de santé, notamment en incitant les médecins à relayer les messages de prévention ;
- un renforcement dans les archipels et zones éloignées, où l'offre de dépistage reste limitée.

La chambre recommande, spécifiquement à la Polynésie française d'engager, d'ici à 2026, une étude de faisabilité pour l'instauration d'un dépistage généralisé du cancer colorectal pour les femmes et les hommes à partir 50 ans. La juridiction lui recommande

---

<sup>19</sup> En 2023, sept communes ont participé au dispositif permettant à 122 femmes de bénéficier d'une mammographie : Faa'a, Tairapu Ouest, Paea, Punaauia, Moorea, Bora-Bora, Taputapuatea, Tumaraa, Uturoa.

également de renforcer dans le prochain plan cancer, à adopter avant la fin 2025, la prévention des cancers d'origine professionnelle et environnementale.

### **3.1.2 Poursuivre les actions de santé publique et organiser la coordination des partenaires**

Dans la perspective d'une nouvelle stratégie de lutte contre l'obésité et de prévention en santé, la Polynésie française est invitée par la juridiction à cibler en priorité les jeunes et les publics précaires, en articulant un nombre limité d'actions autour de plusieurs axes clairs :

- prévention comportementale : diffuser des messages adaptés sur les risques liés à la sédentarité, notamment le temps d'écran, et aux maladies non transmissibles ;
- communication ciblée : utiliser les canaux et applications numériques fréquentés par les jeunes, ainsi que leurs lieux de vie ;
- accompagnement pluridisciplinaire : proposer un suivi coordonné (médecin, psychologue, nutritionniste, personnel scolaire) pour les jeunes en situation d'obésité ;
- alimentation locale et saine : promouvoir les produits locaux et informer sur leur qualité nutritionnelle, avec une approche adaptée aux habitudes alimentaires des publics visés ;
- encadrement de la publicité : restreindre la promotion des produits néfastes en ciblant ceux majoritairement consommés par les jeunes ;
- activité physique : encourager la pratique régulière pour équilibrer apports et dépenses caloriques ;
- actions en milieu scolaire et professionnel : développer les initiatives sur les lieux d'apprentissage et dans l'emploi des jeunes.

Enfin, la stratégie devrait prendre en compte les contraintes sociales et psychologiques liées à l'obésité, qui affectent la qualité de vie. Un accompagnement médical et un soutien familial sont essentiels pour prévenir l'isolement et favoriser l'amélioration de l'état de santé.

### **3.1.3 Déployer des actions spécifiques à la jeunesse et aux populations des archipels**

La chambre relève la nécessité de développer des actions spécifiquement orientées vers les jeunes en situation de précarité, afin de renforcer la prise de conscience des risques liés à l'obésité et de favoriser une diffusion plus large des messages de prévention. Elle observe également que la situation des populations les plus éloignées de Tahiti est à prendre en compte pour éviter les ruptures dans les prises en charge.

#### **3.1.3.1 Agir en priorité auprès des jeunes**

Les jeunes constituent une population à la fois particulièrement exposée aux facteurs de risque et difficile à atteindre par les canaux traditionnels. Selon les données disponibles au moment de l'instruction, en 2021, le taux de chômage des 15–29 ans s'élevait à 22,6 % et près de 60 % d'entre eux n'avaient pas poursuivi d'études après le secondaire. Les données

comportementales sont préoccupantes puisque 43 % des adolescents déclaraient consommer régulièrement de la restauration rapide et plus de 70 % ne pratiquaient pas une activité physique régulière.

Par ailleurs, les jeunes en situation de précarité sont souvent confrontés à une rupture avec les institutions : déscolarisation, isolement social, absence de couverture sociale, décrochage psychologique. Ils sont sous-représentés dans les parcours de dépistage ou d'accompagnement nutritionnel, malgré leur exposition précoce à l'obésité, aux troubles du comportement alimentaire ou aux addictions.

La Polynésie française a engagé entre 2018 et 2023 plusieurs campagnes de prévention à destination du public (spots télévisés, émissions de radio, campagnes temporaires dans les communes). Cependant, il n'existe pas de bilan de ces campagnes, ni en termes quantitatif, ni en terme qualitatif (mesure des scores d'audience, mesure des scores d'adhésion...). La chambre invite alors la Polynésie française à mieux suivre ces actions et à en mesurer les effets.

L'accès à une alimentation saine reste un enjeu central pour la santé publique en Polynésie française, dans un contexte de forte consommation de produits transformés et importés (75 % des aliments consommés) et d'une production locale insuffisante. Bien que la loi du pays n° 2022-44 du 19 décembre 2022 sur l'encadrement des prix vise à soutenir le pouvoir d'achat, certains produits subventionnés sont peu favorables à la santé, tandis que des produits sains comme la tomate ne sont pas inclus. La chambre invite à mieux articuler politiques sociales et nutritionnelles.

Plusieurs actions ont été engagées pour améliorer l'alimentation depuis 2018. Celles-ci ont pris la forme de campagnes de sensibilisation, d'ateliers culinaires au lycée hôtelier et d'un renforcement de la réglementation de la restauration scolaire avec des seuils obligatoires de produits locaux depuis 2022. Toutefois, ces mesures restent fragiles et leur efficacité sur la santé des jeunes n'a pas été mesurée.

Enfin, les mesures prévues pour informer les consommateurs (sur le modèle du Nutriscore<sup>20</sup>) ou pour limiter les produits néfastes dans les lieux publics et à proximité des écoles n'ont pas été complètement mises en œuvre. La Polynésie française reconnaît la nécessité de protéger les abords des établissements scolaires contre la vente de produits alimentaires néfastes à la santé et affirme avoir mené des actions de sensibilisation auprès des commerçants. Toutefois, aucun bilan chiffré de ces actions ou d'éventuelles sanctions n'est disponible.

La chambre invite alors à renforcer l'éducation alimentaire en milieu scolaire, notamment à travers le programme « écoles en santé » lancé en 2017. Ce dispositif, bien qu'encore non évalué, contribue à sensibiliser les élèves, dès le primaire, à l'importance d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière, avec un effet attendu sur la réduction des inégalités de santé, en particulier dans les quartiers précaires où la consommation de sucre est plus élevée.

La chambre invite, par ailleurs, la Polynésie française à renforcer sa stratégie en matière de production locale, d'étiquetage nutritionnel et de régulation de la distribution, notamment en direction des jeunes.

---

<sup>20</sup> Le nutriscore « est un logo sur les emballages qui note les produits selon leurs qualités nutritionnelles : de A, pour les plus favorables sur le plan nutritionnel (vert), à E, pour les moins favorables (rouge). Il est calculé selon les nutriments à favoriser (fruits et légumes, protéines, fibres, ...) et ceux à limiter (calories, sucres, sel, acides gras saturés, ...). », site internet de la direction de la santé, 2024. <https://www.service-public.pf/dsp/alimentation/>.

La loi du Pays du 11 décembre 2018<sup>21</sup> a renforcé la fiscalité comportementale en Polynésie française sur les produits sucrés et alcoolisés, dans le but de financer des actions de prévention en santé publique via le fonds de prévention sanitaire et social. Cette taxe, reformulée en « *taxe sur la consommation pour la prévention* », vise à réduire la consommation de produits à forte teneur en sucre en incitant producteurs et consommateurs à modifier leurs pratiques. Cette législation a été partiellement modifiée en 2019<sup>22</sup> pour préserver la compétitivité des entreprises locales, réduisant ainsi ses effets potentiels.

La chambre souligne que si la fiscalité comportementale destinée à diminuer la consommation des aliments et boissons sucrés constitue le vecteur privilégié par la juridiction, la mise en place d'une réglementation plus restrictive sur la teneur en sucre des produits alimentaires constitue également une voie de régulation à engager. La chambre recommande à cet effet, à la Polynésie française, de renforcer, à court terme, la fiscalité sur les produits à forte teneur en sucre et affecter les recettes qui en résulteront au financement des actions de prévention de l'obésité, notamment à destination des jeunes de 15 à 25 ans.

Par ailleurs, le schéma de prévention et son dispositif d'application - le programme pour l'alimentation équilibrée et l'activité physique - ont prévu 13 actions destinées à renforcer la pratique de l'activité physique et à promouvoir la lutte contre la sédentarité. De plus, les mesures relatives à l'aménagement des territoires fixées dans le programme 2019-2023 prévoyaient la réhabilitation des équipements publics existants, ainsi que leur adaptation aux « *besoins réels des populations* » et la création de nouveaux espaces<sup>23</sup>. Cette mesure ne définissait cependant pas la notion de « *besoins réels de population* ». Pour autant, aucun bilan chiffré de ces actions n'était disponible en 2024.

La chambre invite dès lors, la Polynésie française à adopter, en lien avec les communes, un programme pluriannuel de rénovation et d'installation d'équipements publics destinés à la pratique de l'activité physique à tous les âges de la vie. Elle l'invite également à poursuivre les partenariats en santé avec les communes, dont le succès est notable, pour garantir un aménagement équilibré du territoire en matière d'équipements sportifs.

Enfin, la participation des jeunes à la définition des politiques locales de santé est un engagement que la Polynésie française pourrait prendre afin de les associer aux travaux d'élaboration du prochain programme de prévention, à tout le moins, à la détermination des actions de terrain qui leur seront destinées.

Cette participation pourrait être un élément de réponse à la crise de la citoyenneté qui touche actuellement la jeunesse, en Polynésie, tout comme dans l'hexagone. Dans ce contexte, afin de mieux intégrer les jeunes en les faisant participer au débat public, il semble judicieux de les faire participer aux décisions qui les concernent. La chambre recommande donc à la Polynésie française de mettre en œuvre, à court terme, un programme de lutte contre l'obésité en y associant des représentants de la jeunesse.

---

<sup>21</sup> Loi du Pays n°2018-41 du 11 décembre 2018 portant diverses mesures fiscales pour le financement des actions de prévention en matière de santé publique.

<sup>22</sup> Loi du pays n° 2019-21 du 1er juillet 2019, portant modification du régime de la taxe de consommation pour la prévention.

<sup>23</sup> Fiche Action 34 : Intégrer l'activité physique au quotidien par la promotion de l'urbanisme santé

### 3.1.3.2 Décliner les politiques de santé dans tous les territoires de vie

La relance des politiques de prévention devrait intégrer une approche différenciée, ciblant les populations les plus exposées : les jeunes en situation de précarité et les habitants des archipels éloignés. Ces publics cumulent les freins d'accès aux soins, les déterminants à risque et une moindre exposition aux messages de santé publique.

Dans les îles des Tuamotu, des Marquises ou des Australes, l'offre de prévention est souvent faible faute de moyens humains et logistiques stables. Le manque d'infrastructures, l'éloignement géographique et l'insuffisance des relais locaux expliquent cette faible couverture. Pourtant, les données de prévalence montrent que les taux de surcharge pondérale et d'obésité sont comparables, voire supérieurs, dans certains archipels. De plus, le recours tardif au dépistage ou aux soins spécialisés entraîne une perte de chance significative.

Le déploiement d'actions de proximité s'appuie déjà sur plusieurs leviers que la chambre invite à renforcer tels que des équipes mobiles de prévention de la direction de la santé et du centre hospitalier et le déploiement de la télémédecine (télé-expertise, téléconsultation et télésurveillance) notamment *via* les centres de santé connectés ou les mairies.

Ces outils, qui impliquent notamment la participation du centre hospitalier, sont particulièrement essentiels pour lutter contre les ruptures de parcours de soins qui affectent les habitants des archipels éloignés. Dans ces territoires, l'éloignement géographique, la faible densité médicale, les contraintes de transport et l'isolement social compliquent le suivi médical régulier, retardent les diagnostics et fragilisent la continuité des soins, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancers.

## **3.2 Mesurer et anticiper la progression des dépenses de santé**

### **3.2.1 Mettre en œuvre un pilotage resserré des coûts de l'obésité**

Le défaut de pilotage et l'absence de suivi évaluatif ont réduit l'efficacité des campagnes de prévention de l'obésité. Pour garantir leur efficacité à l'avenir, la chambre invite la Polynésie française à définir des indicateurs de performance et de couverture, d'impliquer les services de santé publique dans le suivi et de produire annuellement un bilan documenté des actions.

La chambre observe que le suivi des coûts liés aux conséquences de l'obésité peut être réalisé en mesurant la part des dépenses de soins apportées aux personnes en situation d'obésité dans le total des dépenses de prise en charge des longues maladies.

En 2022, plus de 43,7 Md F CFP ont été consacrés aux soins des patients en longue maladie, soit 72 % des dépenses totales en assurance-maladie (60,4 Md F CFP).

La mesure de la part de ces dépenses pour les 15-25 ans nécessite un suivi précis de l'âge des patients concernés. Ce suivi a été réalisé par la caisse de prévoyance sociale pour les besoins de l'instruction relative à l'obésité. En 2022, elle ne représentait que 1,34 Md F CFP pour une dépense totale de 43,7 Md F CFP, soit 3 % de celle-ci. Cette dépense chez les 15-25 ans était toutefois en progression de 10,6 % entre 2018 et 2022. Cette croissance est à comparer

avec celle de la dépense totale des longues maladies qui s'élevait à 16,55 % au cours de la même période (18 % chez les plus de 25 ans).

Par ailleurs, les dépenses du fonds de prévention s'établissaient à 82,85 M F CFP en 2018 et ont progressé chaque année (à l'exception de l'année 2020, en raison de la crise sanitaire) pour s'élever en 2023, à près de 500 M F CFP. Le montant cumulé des dépenses du fonds de prévention depuis 2018 atteignait plus de 1,95 Md F CFP en 2023. Dans cet ensemble, 1,23 Md F CFP a été consacré à la prévention de l'obésité, soit 63 % de la dépense cumulée entre 2018 et 2023.

L'évaluation des coûts directs et indirects de l'obésité nécessite une méthode rigoureuse pour définir les dépenses concernées et construire des outils de suivi dans le temps. Les données disponibles, bien qu'éloignées du contexte polynésien, illustrent l'ampleur du phénomène. La juridiction invite la Polynésie française à mesurer le coût indirect de l'obésité en termes de pertes de productivité, d'arrêts de travail, de dépenses sociales et de baisse de qualité de vie. Plus précisément, la chambre invite la Polynésie française à engager une réflexion méthodologique sur le suivi des coûts de l'obésité par tranche d'âge, afin de mieux appréhender ses effets sur les finances publiques et orienter les politiques de prévention.

La Polynésie française s'est engagée à engager ces études. La chambre en prend acte.

D'une manière plus générale, la chambre considère que l'absence d'évaluation médico-économique des stratégies de santé constitue un angle mort. Aucun rapport n'analyse à ce jour le coût évité d'une action de prévention, ni son retour sur investissement. Dans un contexte de tension financière durable, ces outils sont pourtant indispensables pour éclairer les choix publics et prioriser les interventions les plus efficaces. Cette situation empêche de nourrir les arbitrages budgétaires et rend difficile la dotation budgétaire des politiques de prévention, pouvant être perçues comme un poste de dépense non prioritaire en l'absence de résultats tangibles. La chambre invite dès lors la Polynésie française à développer des tableaux de bord interinstitutionnels croisant dépenses, indicateurs de santé et données territoriales, afin de rendre compte de l'efficacité des politiques menées.

### **3.2.2 Surveiller la progression des coûts de la prise en charge des cancers**

Les dépenses engagées pour les actions de promotion et les dépistages des cancers par l'institut du cancer s'élevaient à 170 M F CFP en 2022 et 206 M F CFP 2023. Dans cet ensemble, les dépistages des cancers du col de l'utérus et du cancer du sein ont représenté une dépense de 138 M F CFP en 2022 et 165 M F CFP en 2023.

Selon les données de la caisse de prévoyance sociale, tenant compte de la dépense hospitalière et de la dépense en ambulatoire, le montant des crédits d'assurance maladie consacré chaque année aux molécules onéreuses utilisées dans les traitements des cancers s'établissait en totalité à 2,14 Md F CFP en 2018, 3,62 Md F CFP en 2022 et 3,88 Md F CFP en 2023, ce qui représentait une augmentation de 1,74 Md F CFP, soit plus de 80 %.

Ce montant est à rapporter à la dépense annuelle d'assurance maladie consacrée à la pharmacie qui s'établissait à 9,2 Md F CFP en 2018, 11,30 Md F CFP en 2021 et 12,45 Md F CFP en 2023. Ainsi, la part des molécules onéreuses anticancéreuses représentait en moyenne près de 30 % des crédits d'assurance maladie consacrés aux médicaments entre 2018 et 2023.

Par ailleurs, selon les données de la caisse de prévoyance sociale, les évacuations sanitaires représentaient une dépense totale de 6,35 Md F CFP en 2018 et 5,94 Md F CFP en 2022, soit une réduction de 411,2 M F CFP, qui représentait – 6,5 %. Ce montant est estimé à près de 5 Md F CFP en 2023. Dans cet ensemble, le montant consacré aux évacuations sanitaires en cancérologie s'établissait à 1,52 Md F CFP en 2018 et 1,23 Md F CFP en 2022, soit une baisse de 287,5 M F CFP (-19 %).

La part de la prise en charge oncologique dans le coût annuel des évacuations sanitaires a donc diminué de 24 % en 2018 à 21 % en 2022 et 2023 (prévisionnel). L'amélioration de l'offre de soins oncologique au centre hospitalier de la Polynésie française ainsi que la progression des capacités d'hospitalisation en conventionnel et en ambulatoire ont contribué à la diminution du montant consacré aux évacuations internationales entre 2018 et 2022.

Le coût annuel complet de la lutte contre le cancer représentait en moyenne 28 % de la dépense annuelle d'assurance maladie pour les longues maladies entre 2018 et 2022. Par comparaison, sur la même période, cette part moyenne s'établissait à 21 % pour le diabète sucré et à 15,6 % pour l'hypertension artérielle. La dépense consacrée aux cancers était en progression de près de 23 % entre 2018 et 2022, année où elle s'élevait à 12,54 Md F CFP. Par comparaison, cette dépense s'établissait en 2022 à 9,2 Md F CFP pour le diabète sucré et 5,7 Md F CFP pour l'hypertension artérielle. En 2022, le montant de 12,54 Md F CFP comprenait le coût des évacuations sanitaires (1,23 Md F CFP, soit près de 10 %) et des molécules onéreuses (3,62 Md F CFP, soit près de 30 %).

Face à l'incapacité juridique de la Polynésie française à agir sur les prix des traitements les plus coûteux, la régulation de l'usage de ces traitements devient nécessaire, tout en veillant à préserver l'accès des patients atteints de cancer aux thérapies innovantes réellement bénéfiques. La chambre invite alors à la mise en place de conférences de consensus sur la pertinence des prescriptions onéreuses dont la mise en place implique une action coordonnée de la Polynésie française, de l'institut du cancer et du centre hospitalier.

### 3.2.3 Mesurer plus efficacement les coûts des soins hospitaliers

Au centre hospitalier, la mise en place de la comptabilité analytique progresse depuis 2019, conformément aux recommandations émises par la chambre lors de son précédent contrôle, en 2018. Son déploiement devrait permettre une meilleure connaissance des coûts par pôle, par activité et par typologie de patients. Toutefois, cette comptabilité n'est pas encore pleinement exploitée à des fins de pilotage stratégique. En particulier, les coûts liés aux parcours de soins complexes (cancer, diabète, polyopathologies) ne sont pas consolidés dans des analyses médico-économiques globales.

En outre, la contractualisation interne avec les services médicaux, prévue dans le projet d'établissement 2024–2030<sup>24</sup>, devrait inclure des objectifs de maîtrise des charges, mais ceux-ci ne sont pas encore définis. La chambre recommande alors au centre hospitalier d'inscrire, dès 2025, des objectifs de maîtrise des dépenses dans chacun des contrats qu'il devra conclure avec les pôles médicaux.

---

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

Par ailleurs, le lien entre les dépenses hospitalières et les dépenses de prévention en amont n'est pas établi, alors qu'une meilleure prévention pourrait réduire la pression sur les soins coûteux.

Le centre hospitalier indique s'engager à poursuivre le développement des outils de suivi des coûts de production des soins. La chambre a émis deux recommandations visant à renforcer la fiabilité comptable du centre hospitalier et qui appellent le centre hospitalier à finaliser, d'ici à 2026, la mise en œuvre du programme de fiabilisation du cycle de la dépense et adopter, d'ici à 2026, un programme de sécurisation et de fiabilisation des recettes.

### **3.3 Renforcer la capacité d'action du centre hospitalier**

#### **3.3.1 Installer des unités spécialisées (gériatrie, oncologie, post-urgence)**

##### 3.3.1.1 Prendre en compte le vieillissement de la population

Le vieillissement de la population polynésienne entraîne une augmentation des pathologies liées à l'âge, souvent complexes et associées à des maladies chroniques. Dans ce contexte, le centre hospitalier de la Polynésie française prévoit, dans son projet d'établissement adopté en 2024, de créer une équipe mobile de gériatrie. Celle-ci interviendra dans les services, à la demande, pour améliorer la prise en charge des patients âgés en mobilisant une expertise pluridisciplinaire.

En complément, la chambre observe que la création d'une unité de court séjour gériatrique, localisée à proximité des urgences, permettrait d'accueillir les patients âgés, fragiles ou polypathologiques, pour une durée courte (quelques heures à quelques jours). Cette unité faciliterait :

- l'évaluation globale de la situation du patient (médicale, fonctionnelle, sociale) ;
- la stabilisation des épisodes aigus (chutes, infections, troubles cognitifs) ;
- l'orientation vers un service spécialisé ou une structure de soins adaptée ;
- la préparation du retour à domicile.

Cette unité, que la chambre recommande au centre hospitalier de mettre à l'étude en 2025, pour une mise en œuvre en 2026, permettrait d'améliorer la prise en charge des urgences, de libérer des lits de médecine, dont le taux d'occupation dépasse 95 % et de raccourcir les séjours prolongés des patients âgés, en l'absence actuelle de structures d'aval suffisantes.

**Tableau n° 2 : Taux d'occupation des lits du centre hospitalier**

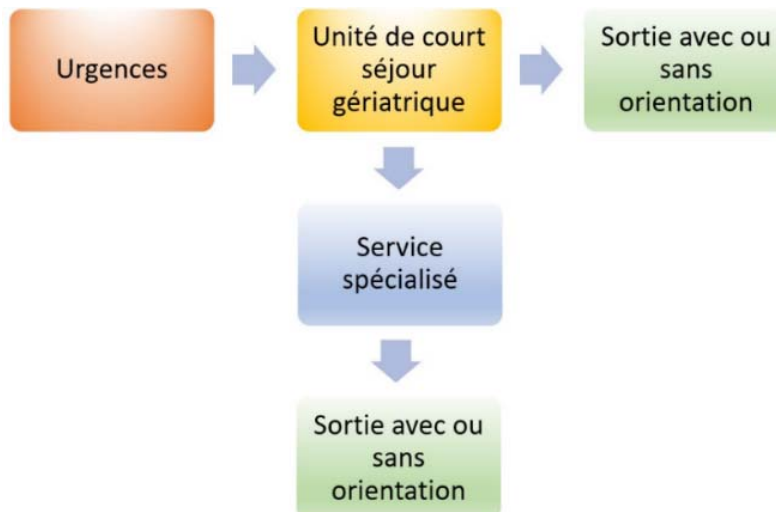
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Médecine	99,9 %	99,0 %	96,6 %	98,5 %	96,4 %	95,7 %
Chirurgie	96,0 %	92,0 %	83,0 %	87,0 %	90,0 %	92,0 %
Obstétrique	84,0 %	75,0 %	71,0 %	61,0 %	64,0 %	68,0 %

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

### 3.3.1.2 Restructurer la prise en charge des urgences hospitalières

La saturation des services de médecine du centre hospitalier, aggravée par la complexité croissante des pathologies chroniques et l'absence d'alternative territoriale, engendre une congestion des urgences. De nombreux patients polypathologiques attendent plusieurs heures sur des brancards, faute de lits disponibles, impactant la qualité des soins et la fluidité des parcours. Pour y remédier, le centre hospitalier a engagé à la mi-année 2025, la création, d'une unité d'hospitalisation médicale post-urgence de 10 à 15 lits, dédiée aux patients nécessitant une surveillance temporaire (séjour de 3 à 5 jours), sans relever immédiatement d'une spécialité médicale.

**Schéma n° 2 : Schéma de fonctionnement d'une unité de court séjour gériatrique**



Source : Chambre territoriale des comptes

Ce projet, complémentaire à celui du court séjour gériatrique, que la chambre recommande au centre hospitalier d'installer dès 2025, représente un investissement estimé à 117,2 M F CFP. La chambre invite le centre hospitalier à financer cette activité par redéploiement des crédits et des moyens existants.

### 3.3.2 Réformer les modalités de financement du centre hospitalier

Entre 2018 et 2023, le budget principal du centre hospitalier, dédié aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique, a représenté en moyenne 91 % de ses recettes et dépenses de fonctionnement, parmi huit budgets distincts. Après une période déficitaire de 2018 à 2020, l'établissement a connu un léger excédent en 2021, suivi d'un nouveau déficit en 2022, puis d'un redressement en 2023.

Néanmoins, en raison d'un modèle de financement à revoir, le centre hospitalier reste structurellement dépendant des subventions publiques pour équilibrer ses comptes et financer ses investissements, ne disposant pas de marges suffisantes pour les assumer de manière autonome. La persistance des règles posées il y a vingt-cinq ans pour le financement du centre hospitalier est aujourd'hui source de difficultés récurrentes.

Comme cela a été réalisé en France hexagonale au début de l'année 2025<sup>25</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. Dans ce dernier cas, le calcul du prix de journée devrait reposer sur des études de coûts précises et documentées, contrairement aux tarifs appliqués aujourd'hui dont la fixation repose sur des fondements sujets à caution.

La chambre invite le centre hospitalier à poursuivre l'appui technique qu'il apporte à la Polynésie française 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 d'une nomenclature comptable spécifiquement hospitalière.

### 3.3.3 Améliorer l'attractivité de l'hôpital employeur

Le centre hospitalier est freiné dans ses recrutements par un statut de la fonction publique peu adapté à la réalité de ses missions et fondé sur un modèle rigide de carrière à temps plein. Cette situation limite l'attractivité de l'établissement, notamment auprès des praticiens extérieurs et des médecins polynésiens et complique le recours à des profils expérimentés, tels que les retraités.

Le manque de reconnaissance statutaire et d'incitations salariales freine également le recrutement de cadres administratifs et techniques. Le taux de rotation élevé du personnel (près de 50 % en 2023, dont 63 % pour le personnel médical) témoigne de difficultés de fidélisation.

Le centre hospitalier 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

---

<sup>25</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

plus de flexibilité et une adaptation aux nouvelles attentes des professionnels de santé. Cet enjeu est crucial pour l'avenir du centre hospitalier.

### 3.3.4 Créer un groupement hospitalier de territoire polynésien

Le projet d'établissement 2024–2030 du centre hospitalier prévoit la création d'un groupement hospitalier réunissant les établissements publics (centre hospitalier, hôpitaux périphériques) et, de manière contractuelle, les cliniques privées. Cette structuration s'inspire du modèle hexagonal tout en l'adaptant au contexte polynésien.

Le centre hospitalier serait désigné comme établissement support, en charge de l'animation du projet médical partagé, de la gestion du système d'information hospitalier commun, et de la coordination des achats, de la formation, et de la qualité des soins.

Schéma n° 3 : Le rôle et la place de l'établissement support du groupement



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

Ce pilotage unique favoriserait aussi l'intégration de la médecine de ville et des acteurs associatifs à l'échelle territoriale, dans une logique de parcours coordonnés. Il contribuerait à dépasser les cloisonnements institutionnels actuels en rendant opérationnelle une stratégie commune de santé publique et de soins.

La chambre invite 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.

### 3.4 Développer des réseaux de santé thématiques et territoriaux

Les réseaux de santé, prévus dans les textes réglementaires mais peu développés localement, permettraient de mieux structurer les prises en charge autour de filières coordonnées notamment pour la prévention de l'obésité et les soins de cancérologie. Ils offriraient un cadre souple pour articuler les interventions des professionnels hospitaliers, des médecins de ville, des acteurs sociaux, des éducateurs et des associations de patients.

Ces réseaux pourraient également intégrer des fonctions transversales de prévention, de repérage précoce, d'accompagnement éducatif ou de suivi à domicile, avec des protocoles communs et des outils numériques partagés. Ils seraient dès lors un levier pour réduire les inégalités territoriales, en renforçant les liens qui existent déjà entre le centre hospitalier et les structures sanitaires des archipels.

La prévention des maladies chroniques et de l'obésité en particulier, requièrent une approche multidimensionnelle, impliquant médecins, professionnels du paramédical, travailleurs sociaux, éducateurs sportifs et acteurs du champ social. En Polynésie française, les actions de prévention sont souvent portées par des appels à projets (programmes « *écoles en santé* », « *entreprises en santé* », etc.) mais ne reposent sur aucune structure permanente de coordination. Cette fragmentation nuit à l'efficacité des prises en charge, notamment pour les publics jeunes et précaires, souvent peu suivis médicalement, notamment dans les archipels.

La création d'un réseau de santé dédié à l'obésité permettrait de structurer l'intervention collective des partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et institutionnels. Il faciliterait :

- la coordination des professionnels (médecins, psychologues, nutritionnistes, kinésithérapeutes, assistants sociaux) ;
- l'organisation de parcours de soins adaptés pour les jeunes et les publics vulnérables ;
- le déploiement d'équipes mobiles dans les zones isolées ;
- la mise en commun des pratiques et des ressources.

Ce réseau aurait un rôle opérationnel, distinct du comité de pilotage des programmes, et pourrait inclure une commission spécialisée pour la jeunesse et les publics fragiles. Sa mise en place est juridiquement possible depuis la loi du Pays n° 2020-4 sur l'organisation sanitaire, qui prévoit les réseaux comme leviers de coordination, de continuité et d'interdisciplinarité.

La chambre recommande donc à la Polynésie française de délivrer, en 2025, une autorisation pour un réseau de santé consacré à l'obésité et constitué de partenaires sanitaires et sociaux engagés auprès des jeunes et des personnes fragiles. L'autorisation de création d'un réseau polynésien de l'obésité, sera prise en application de l'arrêté n° 548 CM du 24 mars 2004 relatif aux réseaux de santé.

Pour ce qui le concerne le projet d'établissement 2024-2030 du centre hospitalier, identifie les réseaux de santé à consolider et/ou à structurer en priorité dans le domaine des urgences et situations critiques, de la santé mentale, la périnatalité, l'oncologie, les soins critiques, les maladies chroniques et de la prise en charge de la douleur.

La chambre observe que 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.

Ces projets, qui s'inscrivent dans le sens d'une meilleure prise en charge des patients, appelleront des négociations et des concertations, que le centre hospitalier a identifié dans son projet d'établissement. Les travaux de la Polynésie française en matière de planification et d'organisation en santé devront, selon la chambre, fixer les grandes lignes de partage à respecter. La Chambre invite, à ce titre, le centre hospitalier 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.

La chambre considère que le développement de réseaux de santé permet de renforcer la coordination entre les professionnels intervenant en ville, en établissement public ou privé et dans le champ médico-social. Ces structures facilitent la continuité des parcours de soins, évitent les ruptures dans la prise en charge, et favorisent une réponse collective et cohérente aux besoins des patients, en particulier ceux atteints de pathologies chroniques. Ils offrent également un cadre opérationnel pour partager les informations, harmoniser les pratiques et améliorer l'allocation des ressources à l'échelle du territoire.

### **CONCLUSION INTERMEDIAIRE**

*L'élaboration d'une stratégie rénovée de santé publique et de prise en charge sanitaire en Polynésie française suppose un recentrage clair des politiques de prévention et de soins sur les publics les plus exposés – en particulier les jeunes, les personnes en situation de précarité et les habitants des archipels éloignés.*

*Le renforcement des campagnes de prévention, le déploiement d'actions ciblées à l'échelle de tous les territoires de vie, et l'amélioration de la coordination entre les acteurs publics, professionnels de santé, associations et collectivités, constituent des leviers prioritaires. Parallèlement, un pilotage resserré des dépenses liées à l'obésité et au cancer est indispensable pour garantir la soutenabilité du système de santé polynésien, sans compromettre l'accès à l'innovation ni la qualité des soins. En complément, les outils de comptabilité analytique, en cours de déploiement au centre hospitalier, devront être pleinement mobilisés pour éclairer les choix budgétaires des crédits du régime d'assurance maladie et améliorer la performance de l'ensemble du système.*

*Enfin, le développement d'unités spécialisées sur la prise en charge des personnes âgées et les urgences au centre hospitalier, ainsi que la structuration d'un groupement hospitalier de territoire et la création de réseaux de santé doivent permettre de répondre aux défis de santé publique contemporain. Ceux-ci résultent d'une population vieillissante, des inégalités territoriales et ruptures dans les parcours de soins.*

## ANNEXES

Annexe n° 1. Tableau récapitulatif des recommandations des rapports d'observations définitives et de leur mise en œuvre .....	43
Annexe n° 2. Réponse de M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française .....	46
Annexe n° 3. Réponse de Mme Claude Panero, ancienne directrice du centre hospitalier de la Polynésie française .....	47

**Annexe n° 1. Tableau récapitulatif des recommandations des rapports d'observations définitives et de leur mise en œuvre**

<b>LA PREVENTION DE L'OBESITE CHEZ LES JEUNES (15-25 ANS) EN POLYNESIE FRANÇAISE</b>						
<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>Délai de réalisation</b>
Recommandation n° 1 Organiser un marché public pour sélectionner, d'ici à 2025, le prestataire qui assistera le Pays dans la réalisation de la prochaine enquête relative à l'état de santé de la population.	R	Achats		Majeur	NMO	2024
Recommandation n° 2 Produire et communiquer annuellement, dès 2025, un rapport sur l'épidémiologie sanitaire et sociale de l'obésité en distinguant les données par lieux de vie et par tranches d'âge.	P	Gouvernance		Très important	NMO	2025
Recommandation n° 3 Renforcer, à court terme, la fiscalité sur les produits à forte teneur en sucre et affecter les recettes qui en résulteront au financement des actions prévention de l'obésité, notamment à destination des jeunes de 15 à 25 ans.	P	Situation financière		Majeur	NMO	2025
Recommandation n° 4 Mettre en œuvre, à court terme, un programme de lutte contre l'obésité en y associant des représentants de la jeunesse.	P	Gouvernance		Majeur	NMO	2025
Recommandation n° 5 Délivrer, en 2025, une autorisation pour un réseau de santé consacré à l'obésité et constitué de partenaires sanitaires et sociaux engagés auprès des jeunes et des personnes fragiles.	P	Gouvernance		Très important	NMO	2025
Recommandation n° 6 Évaluer, chaque année à partir de 2026, la pertinence et l'efficacité des actions de lutte contre l'obésité, notamment chez les jeunes, ainsi que le rapport entre les ressources mobilisées et les résultats obtenus.	P	Gouvernance		Très important	NMO	2026
Recommandation n° 7 Organiser, dès 2025, la traçabilité de la taille et du poids du patient lors de chaque consultation médicale.	P	Gouvernance		Majeur	NMO	2025

LA POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE CANCER EN POLYNÉSIE FRANÇAISE						
Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)	Délai de réalisation
Recommandation n° 1 Procéder, au plus tard pour le début de l'année 2025, à l'évaluation du plan cancer 2018-2022.	P	Gouvernance et organisation interne		Majeur	NMO	2025
Recommandation n° 2 Adopter, d'ici à la fin de l'année 2025, un nouveau plan pluriannuel consacré à la lutte contre le cancer.	P	Gouvernance et organisation interne		Majeur	NMO	2025
3Recommandation n° 3 Rendre obligatoire, dès 2025, la communication au registre du cancer de l'ensemble des informations et données indispensables à son exhaustivité.	P	Gouvernance et organisation interne		Très important	NMO	2025
Recommandation n° 4 Renforcer dans le prochain plan cancer, à adopter avant la fin 2025, la prévention des cancers d'origine professionnelle et environnementale.	P	Gouvernance et organisation interne		Très important	NMO	2025
Recommandation n° 5 Engager, d'ici à 2026, une étude de faisabilité relative à la généralisation du dépistage du cancer colorectal pour les femmes et les hommes à partir de 50 ans.	P	Gouvernance et organisation interne		Majeur	NMO	2026
Recommandation n° 6 Redéfinir, pour 2025, l'offre de soins oncologique publique à l'aide de coopérations renforcées entre le centre hospitalier de la Polynésie française et l'institut du cancer.	P	Gouvernance et organisation interne		Majeur	NMO	2025
Recommandation n° 7 Prévoir dans le prochain plan cancer, à adopter avant la fin 2025, l'extension de l'offre de soins cancérologique dans les archipels.	P	Gouvernance et organisation interne		Très important	NMO	À partir de 2025

LE CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE						
Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)	Délai de réalisation
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.	P	Gouvernance et organisation interne		Majeur	MOP	2026
Recommandation n° 2 Mettre à l'étude, dès 2025, la création d'une unité de court séjour gériatrique.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	MOP	2025
Recommandation n° 3 Installer, dès 2025, une unité d'hospitalisation médicale post-urgence.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	MOP	2025
Recommandation n° 4 Adopter, d'ici à 2026, un programme d'évaluation des pratiques professionnelles.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	NMO	2026
Recommandation n° 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
Recommandation n° 6 Adopter, d'ici à 2026, un programme de sécurisation et de fiabilisation des recettes.	P	Comptabilité		Majeur	NMO	2026
Recommandation n° 7 Inscrire, 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) Au stade de la contradiction : 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. Réponse de M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française**



*Le Président*

POLYNÉSIE FRANÇAISE

N° 8449 /PR

Papeete, le 28 NOV 2025

à

**Monsieur le président de la chambre territoriale des comptes de la Polynésie française**

**Objet** : Rapport public thématique La santé publique en Polynésie française de la Chambre territoriale des comptes

**Réf.** : - Courrier de la CTC n° 2025 - 368 du 31 octobre 2025

Monsieur le président,

Par courriers n° 2025-368 du 31 octobre 2025, la chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a transmis pour remarques, le rapport public thématique La santé publique en Polynésie française

Je vous informe que ce rapport n'appelle aucune observation de ma part.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, l'expression de ma haute considération.



*Moetai Brotherson*  
**Moetai BROTHERSON**  
GOVERNEMENT DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE  
LE PRÉSIDENT

### Annexe n° 3. Réponse de Mme Claude Panero, ancienne directrice du centre hospitalier de la Polynésie française

Madame Claude PANERO  
*Conseiller des services administratifs, hors classe*  
Ancienne directrice du Centre hospitalier  
de la Polynésie française  
[claude.panero@gmail.com](mailto:claude.panero@gmail.com)  
Mobile : 87 74 36 16

Papeete, le 5 novembre 2025

à

**Monsieur le Président de la Chambre territoriale des comptes**

**Objet :** Notification du rapport public thématique relatif à la santé publique en Polynésie française

**Référ :** Votre lettre n° 2025-372 du 31 octobre 2025

Monsieur le Président,

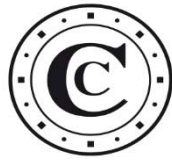
Par courrier visé en référence, vous m'avez adressé le rapport public thématique relatif à la santé publique en Polynésie française, consistant dans la synthèse des rapports d'observations définitives que la Chambre a publié au cours des années 2024 et 2025 sur la politique de lutte contre le cancer en Polynésie française, la prévention de l'obésité chez les jeunes en Polynésie française et le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de la Polynésie française.

J'ai l'honneur de vous répondre, en application des dispositions de l'article L 272-66 du code de juridictions financières, que ce rapport n'appelle pas d'observation de ma part.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.



  
Claude PANERO



**Chambre territoriale des comptes de Polynésie française**  
B.P 331 – 98713 PAPEETE TAHITI  
Téléphone : 40 50 97 10 – Télécopie : 40 50 97 19

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