

Document mis
en distribution

Le 22 OCT. 2025



N° 149-2025

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Enregistré au secrétariat général de l'assemblée le 22 OCT. 2025

RAPPORT

SUR LE PROJET DE LOI DU PAYS RELATIVE AUX ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ,

présenté au nom de la commission de la santé et des solidarités

par M^{me} Vahinetua TUAHU et M. Mike COWAN,

*Représentants à l'assemblée de la Polynésie française,
Rapporteurs du projet de loi du pays.*

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs les représentants,

Par lettre n° 6708/PR du 26 septembre 2025, le Président de la Polynésie française a transmis aux fins d'examen par l'assemblée de la Polynésie française, un projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé.

Propos liminaire

Dispersée sur un territoire aussi vaste que l'Europe, la Polynésie française fait face à de nombreux défis structurels majeurs en termes de santé publique, dont le plus notable tient à l'égal accès de tous aux soins et à la meilleure prise en charge. Lors de la définition de ses orientations stratégiques en la matière, elle doit tenir compte de plusieurs facteurs :

- sa spécificité géographique, qui engendre un fractionnement en termes d'accès et de continuité des soins ;
- le vieillissement de sa population entraînant une augmentation des besoins médicaux liés aux maladies chroniques ou à la perte d'autonomie ;
- l'évolution des pathologies vers des formes complexes, comme le cancer ou le diabète, qui impose des réponses médicales toujours plus sophistiquées ;
- l'essor des techniques et technologies médicales, qui imposent à la Polynésie française d'adapter ses infrastructures mais également d'organiser une formation continue des praticiens médicaux.

Eu égard aux enjeux sanitaires sus-énoncés, il s'est rapidement avéré nécessaire de repenser le système de santé polynésien, en s'inscrivant dans une démarche globale d'amélioration continue de la prise en charge et des soins prodigués, tout en renforçant la gouvernance et l'efficacité de l'offre publique de santé. En ce sens, les hôpitaux et structures de santé polynésiennes, qui constituent le bras armé des politiques publiques sanitaires, appellent à une refonte générale.

Brève présentation de la situation actuelle des structures de santé polynésiennes – Fondée sur un cadre statutaire général, l'organisation de l'offre de soins en Polynésie française repose sur un écosystème diversifié, incluant des structures publiques et privées. Qu'ils s'agissent d'hôpitaux, de centres médicaux ou de services de soins à domicile, ces structures répondent à des besoins variés allant de l'hospitalisation à temps complet aux soins ambulatoires et à la prévention. Cette offre de soins est complétée par d'autres acteurs du système de santé, comme les centres de formation ou la pharmacie d'approvisionnement, ainsi que par l'intervention d'acteurs privés.

Des problématiques structurelles – Depuis plusieurs années, plusieurs problématiques semblent entraver le bon fonctionnement du système de santé polynésien, à l'instar d'un cadre statutaire jugé aujourd'hui inadapté aux structures publiques, au regard des enjeux de santé publique auxquels fait face la Polynésie française, générant une certaine rigidité administrative et inefficacité dans la gestion des établissements, en plus de marges de manœuvre toujours plus contraignantes. Combiné à cela, il est observé une fragmentation entre les secteurs publics et privés, limitant les synergies et privant les polynésiens d'une coordination optimale de leurs soins.

De la volonté de réformer l'offre de soins polynésienne – Mis bout à bout, les problématiques évoquées supra tendent à freiner la modernisation du système de santé publique, empêchent l'optimisation des ressources disponibles et entravent la capacité du territoire à répondre efficacement aux défis sanitaires contemporains majeurs. Face à ces constats, il est proposé la création d'une nouvelle catégorie d'établissement public, celle des « établissements publics de santé » (EPS), dans le but de structurer l'organisation hospitalière autour d'un cadre juridique spécifique et d'optimiser la gestion des ressources médicales.

Des objectifs poursuivis par cette réforme – Pour tenter d'apporter une réponse claire et adaptée aux enjeux énoncés, la réforme des EPS a pour objectif : de renforcer la gouvernance et l'efficacité de l'offre publique de santé, d'améliorer la qualité des soins et l'attractivité des structures hospitalières, d'encourager la complémentarité entre le secteur public et privé, de développer la recherche et la formation médicale et de mutualiser les ressources par la création d'un Groupement hospitalier de Polynésie française (GHPPF).

Ce texte s'inscrit dans une vision politique ambitieuse : bâtir un système de santé résilient, moderne et inclusif, garantissant à tous les citoyens polynésiens un accès équitable à des soins de qualité, tout en maîtrisant les dépenses publiques.

I- Création juridique de l'établissement public de santé

a. Définition et missions

L'article LP 2 du projet de texte définit les établissements publics de santé comme des « *personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière dont l'objet principal n'est ni industriel ni commercial* ». Constituant une réforme structurante visant à répondre aux spécificités et aux contraintes du système de santé en Polynésie française, ils exercent des missions variées dans le domaine de la santé telles que (article LP 4) :

- la délivrance de soins de qualité accessibles à tous et en toute sécurité ;
- la prévention en matière de santé ;
- la formation des professionnels de santé et des professionnels intervenant dans le domaine de la santé ;
- la recherche médicale ;
- la coopération dans le domaine de la santé.

Les EPS ont l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la Polynésie française (article LP 5). Ils contribuent ainsi au service public hospitalier dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité. Ils assurent le diagnostic, la surveillance et le traitement des personnes nécessitant des soins, tout en menant des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrant des soins, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile. Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire. Ils peuvent également participer à la formation, à la recherche, à la prévention et à l'innovation en santé ainsi qu'au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

b. Règles budgétaires et financières

Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier (article LP 7). Les EPS, dont le total des produits du compte de résultat principal est égal ou supérieur à 12 milliards F CFP, pendant trois exercices consécutifs, sont soumis à la certification de leurs comptes, à leur charge. Le contrôle des comptes sera assuré par un commissaire aux comptes, garantissant la transparence et la rigueur pour les plus grands EPS.

Ces établissements disposeront d'un contrôle préalable à l'engagement de leur dépense soit par le contrôleur des dépenses engagés de la Polynésie française, soit par un système interne équivalent garantissant la même finalité (article LP 8).

Les EPS peuvent tenir leurs ressources de plusieurs canaux, tels que les produits de leur activité et de la tarification sanitaire et sociale, ou encore par des subventions publiques (article LP 9). Toutefois, ils ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit, que dans certaines limites, sur la base d'un arrêté pris en conseil des ministres (article LP 10). En cas de déséquilibre budgétaire, un plan de redressement pourra être initié, sur décision du ministre de la santé (article LP 11).

c. Des dispositions relatives au statut du personnel

Prévues par délibérations de l'assemblée de la Polynésie française, les règles statutaires applicables aux agents des EPS tiennent compte de l'exigence liée à la technicité requise pour exercer certaines professions, de la rareté de certaines compétences, du caractère vital de certaines missions, des contraintes liées à la permanence des soins. La procédure de recrutement définie par cette délibération a pour but de pourvoir aux postes vacants en utilisant toutes voies de simplification permettant de les pourvoir dans les meilleurs délais. Il s'agit ici de renforcer l'attractivité pour les métiers de santé en EPS, en permettant également de cumuler cette activité avec l'exercice d'une activité libérale (article LP 12).

d. De la coopération entre acteurs publics et privés de la santé

Le projet de texte prévoit également que les EPS puissent conclure des conventions ou contrats de coopération pour la réalisation de prestations ou projets contribuant à leurs missions de service public, notamment dans les domaines logistiques, technologiques ou organisationnels (article LP 13).

Les modalités de ces partenariats sont prévues par arrêté pris en conseil des ministres. De plus, les EPS peuvent autoriser en leur sein l'exercice d'activités privées libérales, ou sous forme de société, intervenant dans le champ des missions prévues à cet effet, dès lors que ces activités privées « *conservent un caractère accessoire et ne nuisent pas à la qualité ou à la continuité de l'offre publique de santé* ». Les activités privées ainsi autorisées donnent lieu au versement d'une redevance par le praticien.

II- Des sous-catégories d'établissements publics de santé

a. Propos général

Le présent projet de loi du pays distingue ici plusieurs sous-catégories d'EPS, qui peut prendre la forme, soit (*article LP 15*) :

- d'un établissement hospitalier central ;
- d'un établissement périphérique ;
- d'un établissement de santé spécialisé ;
- d'un groupement de santé.

b. L'établissement hospitalier central (articles LP 16 et LP 17)

L'établissement hospitalier central est doté d'un haut niveau de technicité et a pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou liées à des affections graves en phase aiguë, les soins palliatifs, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Un établissement hospitalier peut comporter des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante, des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés, des moyen et long séjour, notamment pour les personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien, toute autre unité ou service nécessaire à son activité.

c. L'établissement périphérique (article LP 18)

Véritable structure de proximité, l'établissement périphérique comporte un ou des hôpitaux avec les mêmes missions que les centres hospitaliers, mais de capacité moins importante (à l'instar de l'hôpital de Taravao) et ne disposant pas d'unité d'hospitalisation pour soins hautement qualifiés. Il peut également comporter des centres médicaux dont la mission principale est d'assurer les actions de médecine préventive, les traitements courants, les analyses et examens complémentaires et éventuellement les accouchements, ou encore des infirmeries, dispensaires et postes de secours.

d. L'établissement de santé spécialisé (article LP 19)

Centré sur des activités de santé spécifiques, notamment de la recherche et de la formation, ce type d'établissement est essentiel pour relever les défis technologiques et scientifiques du secteur. Cet établissement peut être un centre de moyen séjour pour convalescence, cure ou réadaptation, s'il a pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus. Il peut également être un centre de long séjour, s'il a pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

Il peut ainsi être un centre de consultation spécialisé, un centre de recherche, un établissement de formation des professionnels de santé, une pharmacie ou un établissement de préparation et de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, un centre spécialisé en matière de santé, etc.

III – De l'organisation des établissements publics de santé

Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne (*article LP 20*). Ils devraient ainsi bénéficier d'une gouvernance repensée, innovante et qui permettre de répondre au mieux aux attentes des polynésiens.

a. La gestion par un conseil de surveillance (articles LP 21 à LP 33)

Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directoire composé de trois personnes. Ce conseil de surveillance se prononce sur la stratégie générale de l'établissement et exerce un contrôle permanent de sa gestion.

Il délibère aussi bien sur le projet d'établissement que sur le compte financier et l'affectation des résultats, l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement. Il donne son avis sur la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ainsi que sur la participation de l'établissement au groupement de santé de Polynésie française.

Un bilan annuel est présenté au conseil de surveillance, qui détaille les actions mises en œuvre par l'établissement pour l'amélioration de l'activité de l'accès aux soins et la gradation des soins. Il peut opérer les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns, à tout moment et se fait communiquer les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission (documents financiers, documents stratégiques, etc.).

Le conseil de surveillance est composé au maximum de neuf membres à voix délibératives :

- trois représentants politiques ;
- trois représentants techniques (médical, pédagogique ou scientifique) ;
- trois représentants qualifiés, nommés par le Président de la Polynésie française sur proposition du service en charge de l'action sanitaire.

Son président est nommé par arrêté du conseil des ministres ; celui-ci ne peut jamais être le ministre en charge de la santé, ni le ministre en charge de la protection sociale généralisée, ni le représentant de la Caisse de prévoyance sociale.

Pour chaque EPS, le nombre des membres du conseil de surveillance, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par arrêté pris en conseil des ministres. Le nombre et la composition du conseil de surveillance respectent obligatoirement la parité.

b. Le directoire (articles LP 34 à LP 37)

Comme indiqué supra, le directoire dirige l'EPS, et est composé des trois membres suivants :

- le directeur général ;
- le directeur administratif et financier ;
- le directeur technique.

Le directeur général est nommé par le conseil des ministres après avis du service en charge de l'action sanitaire. Après avis du président du conseil de surveillance, il nomme le directeur administratif et financier et le directeur technique, dont les fonctions prennent fin en cas de nomination d'un nouveau directeur général. Assisté du directoire, le directeur général conduit la politique générale de l'établissement.

Il est ordonnateur des recettes et des dépenses et représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile. Il est en charge du recrutement du personnel et élabore, avec la commission technique, les actions mises en œuvre pour l'amélioration de l'activité de l'accès aux soins et la gradation des soins.

Il est à noter que pour les EPS d'un effectif inférieur à 50 personnes, un directeur général peut être nommé en lieu et place d'un directoire.

c. La commission technique de l'établissement (articles LP 38 à 41)

Chaque établissement public de santé comprend une commission technique d'établissement qui élabore et participe à la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement et de son projet, en lien avec celui du groupement de santé de Polynésie française. Cette commission peut prendre la forme d'une commission médicale, pédagogique ou scientifique, en fonction de la spécificité de l'établissement public de santé.

Elle a pour missions principales de donner un avis sur le projet technique de l'établissement, superviser la qualité des soins ou de la mission exercée et la sécurité des patients, participer à l'organisation des activités de soins, de formation et de recherche ou à tout autre activité de santé, contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Elle est composée des représentants des personnels techniques, notamment :

- les personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques, lorsqu'il s'agit d'une commission médicale d'établissement ;
- les formateurs, lorsqu'il s'agit d'une commission pédagogique d'établissement ;
- les chercheurs, lorsqu'il s'agit d'une commission scientifique d'établissement.

d. L'élaboration du projet d'établissement (articles LP 42 et LP 43)

Les établissements publics sont tenus d'élaborer un projet d'établissement dont l'objet est de définir sur plusieurs années les grandes orientations de la politique générale de l'établissement en adéquation avec les objectifs inscrits dans le schéma d'organisation sanitaire. Il regroupe plusieurs volets :

- le projet technique, qui sera soit d'ordre médical, soit d'ordre pédagogique ou scientifique ;
- le projet social, qui définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ;
- le projet de gouvernance et de management participatif qui définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques, pédagogiques, scientifiques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement.

Le projet d'établissement est approuvé par le conseil de surveillance pour une durée de cinq ans. Il est exécutoire après validation du conseil des ministres.

IV – Le groupement de santé de la Polynésie française (GSPF)

Véritable innovation du présent projet de texte, le GSPF se veut être le socle de la coopération entre les établissements publics de santé délivrant des soins et les autres acteurs privés. Ce groupement est une convention entre plusieurs établissements publics de santé réunis autour d'un projet de soins partagé (*article LP 44*).

Les membres de son conseil de surveillance sont composés de membres des conseils de surveillance des établissements publics de santé parties au groupement. Les opérateurs privés intervenant dans le domaine sanitaire ou social peuvent être partenaires du groupement.

Celui-ci a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité (*article LP 45*). Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou de moyens ou par des transferts d'activités entre établissements.

Un établissement support est désigné, chargé d'assurer pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées dans la convention constitutive. Celle-ci prévoit ainsi un volet relatif au projet médical partagé par l'ensemble des établissements parties au groupement, mais également un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement (*article LP 46*).

Le ministre de la santé est chargé d'apprécier la conformité de la convention avec les projets techniques des établissements techniques.

Trois activités seront obligatoirement transférées au groupement, dans le délai fixé par l'acte constitutif de ce dernier :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;
- la gestion d'un département de l'information médicale ;
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

V- Dispositions finales et transitoires

Eu égard aux dispositions prévues par le présent projet de texte, des modifications de coordination sont apportées à la délibération n° 92-96 AT du 1^{er} juin 1992 portant réforme du système hospitalier, relatives à la caractérisation des établissements d'hospitalisation publics, prévue à l'article 10 de ladite délibération.

Enfin, et conformément aux dispositions de la loi organique portant statut d'autonomie de la Polynésie française, chaque établissement public de santé est créé par arrêté du conseil des ministres, qui est également en charge de définir leur organisation.

Cet arrêté définit également les modalités transitoires permettant d'assurer la continuité des missions entre un service ou un établissement existant et l'établissement public de santé reprenant ses missions. Cependant, cette période transitoire ne peut excéder 36 mois à compter de la date de publication de l'arrêté créant l'établissement public de santé.

* * * * *

VI- Sur les consultations réalisées relatives au présent projet de loi du pays

a. Consultation du Conseil sanitaire et social polynésien (CSSP)

Consulté sur le présent projet de texte et réuni en séance le 27 mars 2025, le CSSP a rendu un avis favorable à la majorité des voix, sous réserve de la prise en compte des observations alors émises, dont :

- la garantie de représentation paritaire au sein du directoire ;
- la volonté d'une souplesse accrue dans la gouvernance de l'EPS ;
- la nécessité d'encadrer et de mettre en œuvre la gestion des données de santé et leur interopérabilité dans ce projet de texte.

b. Consultation du Conseil économique, social, environnemental et culturel (CESEC)

Consulté sur ce projet de loi du pays et réuni en séance plénière le 11 juin 2025, le CESEC a émis un avis défavorable au projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé, en formulant les observations suivantes :

- une analyse capacitaire approfondie, intégrant le taux de fréquentation des services hospitaliers, s'avère indispensable pour ajuster efficacement l'organisation du CHPF et des établissements périphériques, prévenir le gaspillage des ressources et optimiser l'offre de soins face à la saturation actuelle et à la sous-utilisation des infrastructures ;
- il suggère de renforcer le rôle d'échanges et de concertation du conseil de surveillance des EPS, avec une meilleure représentativité des soignants et patients ;
- l'institution considère également que le rôle stratégique du GHPF demeure flou et que la complémentarité public-privé doit être mieux encadrée pour éviter une concurrence défavorable ;
- en définitive, le CESEC considère que ce projet de loi du pays ne peut être adopté en l'état, faute de préparation suffisante et de garanties sur son application.

VII- Travaux en commission

Examiné en commission de la santé et des solidarités le 17 octobre 2025, le présent projet de loi du pays a fait l'objet d'une présentation générale et a suscité des échanges portés sur les points suivants.

En liminaire, il a été évoqué que ce projet de texte était le socle pour faire évoluer le système de soins polynésien. La composition des services de santé étant à ce jour disparate, il s'agit ici de donner davantage d'autonomie, de responsabilité et de flexibilité aux établissements publics de santé, tout en garantissant les moyens de contrôle nécessaires.

D'ailleurs, deux délibérations accompagneront la mise en application du présent projet de texte : l'une relative aux règles comptables et budgétaires et l'autre aux règles du statut du personnel, assurant ainsi un meilleur contrôle et une meilleure garantie du fonctionnement des EPS.

Il a ici été rappelé que la loi organique statutaire prévoit que seuls les établissements publics administratifs sont soumis au contrôle des dépenses engagées ; or, celui-ci est également imposé aux EPS pour leur assurer une certaine viabilité et pérennité financière. Plusieurs dérogations budgétaires accompagnent cette mesure, à l'instar de celle liée à la date d'élaboration et de vote du budget ou encore la possibilité de créer des budgets annexes.

Sur les modes de financement des EPS, les produits restent essentiellement ceux issus de la PSG. Une fois le présent projet de texte adopté, les sources de financement issues du ticket modérateur ou encore de la prise en charge de patients de la région pacifique, par le biais de la fédération hospitalière française, seront possibles. Sur ce point, une réflexion a été portée sur la possibilité de faire appel à des mécènes ou des fondations dédiées au financement des EPS via des dons ; il a été rappelé que le projet de texte prévoyait également cette option.

Concernant le recrutement du personnel de santé, la réforme liée aux EPS met en place un cadre plus attractif et plus flexible, de façon à pouvoir capter les soignants et les garder au sein des structures. Au cours des débats, les sujets relatifs à la création d'une fonction publique de santé en Polynésie française et la formation des futurs personnels de santé ont été évoqués.

* * * * *

À l'issue des débats, le projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé a recueilli un vote favorable des membres de la commission. En conséquence, la commission de la santé et des solidarités propose à l'assemblée de la Polynésie française d'adopter le projet de délibération ci-joint.

LES RAPPORTEURS

Vahinetua TUAHU

Mike COWAN



ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FÉVRIER 2004

SESSION [ORDINAIRE OU EXTRAORDINAIRE]

PROJET DE LOI DU PAYS

(NOR : DPS25200941LP-9)

relative projet de loi du pays relative aux établissements publics de santé

L'assemblée de la Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

Travaux préparatoires :

- Avis n° 61-2025 CESEC du 11 juin 2025 du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française ;
 - Arrêté n° 1850 CM du 26 septembre 2025 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
 - Examen par la commission de la santé et des solidarités le 17 octobre 2025 ;
 - Rapport n° du de M^{me} Vahinetua TUAHU et M. Mike COWAN, rapporteurs du projet de loi du pays ;
 - Adoption en date du ;
-

Article LP 1.- Les structures mentionnées au 1° de l'article 9 de la délibération n° 92-96 AT du 1^{er} juin 1992 portant réforme du système hospitalier comprennent :

- les établissements publics, dotés de la personnalité juridique ;
- les structures sanitaires directement administrées par la Polynésie française.

TITRE I – LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

CHAPITRE I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article LP 2.- Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public dotées de l'autonomie administrative et financière dont l'objet principal n'est ni industriel ni commercial.

Ils sont soumis au contrôle de la Polynésie française dans les conditions prévues par le présent titre.

Article LP 3.- Les établissements publics de santé sont créés par arrêté pris en conseil des ministres, dans les conditions prévues, le cas échéant, par la loi du pays relative à l'organisation sanitaire. Ils sont dotés d'un statut spécifique qui justifie de leur implantation locale ainsi que leur rôle dans les politiques publiques en matière de santé.

Article LP 4.- Les établissements publics de santé exercent en matière de santé, notamment l'une ou plusieurs des missions suivantes :

- la délivrance de soins de qualité accessibles à tous et en toute sécurité ;
- la prévention en matière de santé ;
- la formation des professionnels de santé et des professionnels intervenant dans le domaine de la santé ;
- la recherche médicale ;
- la coopération dans le domaine de la santé.

Article LP 5.- Les établissements publics de santé ont l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population de la Polynésie française.

Ils contribuent au service public hospitalier dans le respect des principes d'égalité d'accès et de prise en charge, de continuité, d'adaptation et de neutralité.

Ils assurent, en tenant compte de la singularité et des aspects psychologiques des personnes, le diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes et mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé.

Ils délivrent des soins, le cas échéant palliatifs, avec ou sans hébergement, sous forme ambulatoire ou à domicile, le domicile pouvant s'entendre du lieu de résidence ou d'un établissement d'hébergement à vocation sociale ou médico-sociale.

Ils participent à la mise en œuvre de la politique de santé et des dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire.

En fonction de leurs spécificités, ils peuvent participer à la formation, à la recherche, à la prévention et à l'innovation en santé. Ils peuvent également participer au développement professionnel continu des professionnels de santé et du personnel paramédical.

Article LP 6.- La Polynésie française participe à leur gouvernance et elle est étroitement associée à la définition de leurs stratégies afin de garantir le meilleur accès aux soins et la prise en compte de problématiques de la politique de santé de la Polynésie française.

Section 1 - Règles budgétaires et financières

Article LP 7.- Les établissements publics de santé sont soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable particulier.

Sous réserve des dispositions suivantes, les règles budgétaires, financières et comptables applicables aux établissements publics de santé sont prévues par une délibération de l'assemblée de la Polynésie française.

Article LP 8.- Sont soumis à la certification de leurs comptes, les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à douze milliards de francs pacifiques (12 000 000 000 F CFP) pendant trois exercices consécutifs. La certification s'applique aux comptes de l'exercice suivant l'approbation du compte financier du dernier de ces trois exercices.

Cette certification, à la charge de l'établissement public de santé, est effectuée avant adoption des comptes exécutés par un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant désignés par le ministre de la santé pour un mandat de 6 ans éventuellement renouvelable.

Le rapport du commissaire aux comptes chargé de la certification des comptes est transmis aux membres du conseil de surveillance, au directeur et aux membres du directoire de l'établissement public de santé ainsi qu'au ministre de la santé préalablement à l'examen des comptes exécutés.

Sans préjudice des dispositions transitoires visées à l'article LP. 52, le présent article s'applique à compter du quatrième exercice comptable de l'établissement public de santé nouvellement créé.

Article LP 9.- Les établissements publics de santé disposent d'un contrôle préalable sur l'engagement de leurs dépenses effectué soit par le contrôleur des dépenses engagées de la Polynésie française soit par un système interne de contrôle équivalent garantissant la même finalité. L'arrêté de création et d'organisation de l'établissement public de santé précise le système de contrôle des dépenses engagées retenu.

Article LP 10.- Les ressources des établissements publics de santé peuvent comprendre :

- 1°) Les produits de l'activité et de la tarification sanitaire et sociale ;
- 2°) Les subventions et autres concours financiers de la Polynésie française et de toute personne publique, ainsi que les dotations et subventions des régimes de protection sociale ;
- 3°) Les revenus de biens meubles ou immeubles et les redevances de droits de propriété intellectuelle ;
- 4°) La rémunération des services rendus ;
- 5°) Les produits des aliénations ou immobilisations ;
- 6°) Les emprunts, dans les limites et sous les réserves prévues à l'article LP. 11 ;
- 7°) Les libéralités, dons, legs et leurs revenus ;
- 8°) Toutes autres recettes autorisées par la réglementation en vigueur.

Article LP 11.- Les établissements publics de santé et leurs groupements ne peuvent souscrire des emprunts auprès des établissements de crédit que dans les limites et sous les réserves suivantes :

- l'emprunt est libellé en euros ou en francs pacifique ;
- le taux d'intérêt peut être fixe ou variable ;
- la formule d'indexation des taux variables doit répondre à des critères de simplicité ou de prévisibilité des charges financières des établissements publics de santé et de leurs groupements.

Un arrêté du conseil des ministres détermine les indices et les écarts d'indices autorisés pour les clauses d'indexation des taux d'intérêt variables, ainsi que le taux maximal de variation du taux d'intérêt.

Aucun emprunt ne peut être conclu par un établissement public de santé avant l'approbation, par le conseil des ministres, de la délibération du conseil de surveillance relative à la convention d'emprunt.

Le taux d'endettement maximum en fonctionnement d'un établissement public de santé ne peut pas excéder un pourcentage de ses produits de fonctionnement défini par arrêté pris en conseil des ministres.

L'arrêté de création et d'organisation d'un établissement public de santé peut prévoir que cet établissement a l'interdiction de recourir à des emprunts en fonctionnement.

Article LP 12.- Le ministre de la Santé demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe, compris entre un et trois mois, lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige.

Section 2 - Dispositions relatives au statut des personnels (les établissements publics de santé)

Article LP 13.- Les règles statutaires particulières applicables aux agents des établissements publics de santé sont prévues par une délibération de l'assemblée de la Polynésie française. Elles tiennent compte notamment de l'exigence liée à la technicité requise pour exercer certaines professions, de la rareté de certaines compétences, du caractère vital de certaines missions, des contraintes liées à la permanence des soins.

La procédure de recrutement définie par cette délibération a pour but de pourvoir aux postes vacants dans un établissement public de santé en utilisant toutes voies de simplification définies par voie réglementaire permettant que les postes soient pourvus dans les meilleurs délais.

En l'absence de solutions adaptées dans le cadre des statuts existants et dans l'attente de l'adoption de la délibération visée au présent article, les établissements publics de santé peuvent recourir au recrutement d'agents sous contrat de droit public à durée indéterminée. Les agents recrutés à durée indéterminée sont soumis aux dispositions réglementaires applicables aux agents non titulaires des établissements publics administratifs, sauf en ce qui concerne la durée de leur contrat.

Par dérogation aux dispositions existantes en matière de cumul d'activité, les personnels de santé des établissements publics de santé peuvent exercer une activité libérale sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement de leurs missions au sein de l'établissement, après avis de la commission technique d'établissement et autorisation du directeur de l'établissement.

Un arrêté du conseil des ministres précise les conditions dans lesquelles l'exercice de l'activité libérale n'entrave pas l'accomplissement des missions au sein de l'établissement en définissant notamment une quotité ou un pourcentage maximal de l'activité libérale exercée.

Section 3- Coopération entre acteurs publics et privé de la santé

Article LP 14.- Les établissements publics de santé ayant pour mission la délivrance de soins sont réunis au sein du groupement de santé de Polynésie française prévu au titre II de la présente loi du pays.

Article LP 15.- Les établissements publics de santé peuvent conclure des conventions ou contrats de coopération pour la réalisation de prestations ou projets contribuant à leurs missions de service public, notamment dans les domaines logistiques, technologiques ou organisationnels.

Ces conventions ou contrats sont régies par les principes de transparence, d'égalité de traitement et de mise en concurrence, conformément aux dispositions du code polynésien des marchés publics.

Les modalités de ces partenariats, incluant les conditions de suivi et d'évaluation, sont prévues par arrêté pris en conseil des ministres.

Ils peuvent autoriser en leur sein, sur délibération de leur conseil de surveillance, l'exercice d'activités privées libérales ou sous forme de société, intervenant dans le champ des missions prévues à l'article LP. 4, dès lors que ces activités privées conservent un caractère accessoire et ne nuisent pas à la qualité ou à la continuité de l'offre publique de santé. Les délibérations autorisant les activités privées libérales ou sous forme de société sont exécutoires après approbation du conseil des ministres.

Les activités privées ainsi autorisées donnent lieu au versement à l'établissement ou, en cas d'activité partagée au sein du groupement de santé de Polynésie française, aux établissements, par le praticien d'une redevance dans des conditions déterminées par arrêté pris en conseil des ministres.

Un arrêté du conseil des ministres précise, par type d'établissement, les activités privées et les types de société autorisés ainsi que les conditions dans lesquelles ces activités conservent un caractère accessoire, au regard notamment du chiffre d'affaires qu'elles génèrent ou du temps qui leur est consacré.

Les établissements publics de santé sont autorisés, dans le cadre de leurs missions et pour l'accomplissement de leurs objectifs, à constituer ou à participer à la création de filiales. Ces filiales peuvent prendre la forme de sociétés commerciales ou d'entités juridiques distinctes, dotées de la personnalité morale, conformément à la réglementation en vigueur.

CHAPITRE II - LES SOUS-CATÉGORIES D'ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Article LP 16.- Un établissement public de santé peut être :

- un établissement hospitalier central ;
- un établissement périphérique ;
- un établissement de santé spécialisé ;
- un groupement de santé.

Article LP 17.- L'établissement hospitalier central a pour mission principale les admissions d'urgence, les examens de diagnostic, les hospitalisations de courte durée ou liées à des affections graves en phase aiguë, les soins palliatifs, les accouchements et les traitements ambulatoires.

Article LP 18.- L'établissement hospitalier central peut comporter :

- des unités d'hospitalisation pour pratique médicale, chirurgicale ou obstétricale courante ;
- des unités d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- éventuellement, des unités de moyen séjour pour convalescence, cure, réadaptation ;
- éventuellement, des unités de long séjour assurant l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;
- toute autre unité ou service nécessaire à son activité.

Article LP 19.- Un établissement périphérique peut comporter :

- un ou des hôpitaux périphériques avec les mêmes missions que les centres hospitaliers définies à l'article LP. 17 et LP. 18, mais de capacité moins importante et ne disposant pas d'unité d'hospitalisation pour soins hautement spécialisés ;
- un ou des centres médicaux dont la mission principale est d'assurer les actions de médecine préventive, les traitements courants, les analyses et examens complémentaires et éventuellement les accouchements ;
- un ou des infirmeries ayant pour mission d'assurer les actions de médecine préventive, les soins courants et, éventuellement, les accouchements ;
- les dispensaires et postes de secours assurant des soins de proximité ;

- toute autre unité ou structure nécessaire à son activité.

Article LP 20.- Un établissement de santé spécialisé peut être :

- un centre de moyen séjour pour convalescence, cure ou réadaptation, s'il a pour mission principale l'hospitalisation pendant une durée limitée de personnes qui requièrent des soins continus. Il peut, à titre accessoire, comporter des unités de long séjour telles que définies à l'alinéa suivant ;
- un centre de long séjour, s'il a pour mission principale d'assurer l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Ce centre peut, à titre accessoire, comporter des unités de moyen séjour telles que définies à l'alinéa précédent ;
- un centre de consultation spécialisé ;
- un centre de recherche ;
- un établissement de formation des professionnels de santé ou intervenant dans la santé ;
- un établissement d'hospitalisation spécialisé lorsqu'il répond aux besoins relatifs à certaines disciplines et affections particulières ;
- une pharmacie ou un établissement de préparation et de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ;
- un autre centre spécialisé en matière de santé ;
- un centre réunissant plusieurs de ces activités.

CHAPITRE III - ORGANISATION DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ

Article LP 21.- Pour l'accomplissement de leurs missions, les établissements publics de santé définissent librement leur organisation interne, sous réserve des dispositions du présent chapitre et de toute autre disposition légale ou réglementaire qui leur est applicable.

Article LP 22.- Les établissements publics de santé sont dotés d'un conseil de surveillance et dirigés par un directoire composé de trois personnes.

Ce directoire peut être remplacé par un directeur unique, par l'arrêté pris en conseil des ministres relatif à la création et à l'organisation de l'établissement, lorsque l'effectif de l'établissement public de santé est inférieur à 50 personnes.

Section I - Le conseil de surveillance

Article LP 23.- Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement public de santé et exerce un contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Article LP 24.- Le conseil de surveillance délibère sur :

- le projet d'établissement visé à l'article LP. 43 ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- l'état des prévisions de recettes et de dépenses, le plan global de financement pluriannuel ainsi que le programme d'investissement ;
- le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directoire ;
- toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance ;
- les prises de participation et les créations de filiales ;

- les conventions d'emprunts, avant leur conclusion ;
- l'exercice d'activités privées prévu à l'article LP. 15 et les conditions d'exercices de ces activités ;
- le plan pluriannuel d'investissement ;
- la convention constitutive du groupement de santé de Polynésie française.

Article LP 25.- Le conseil de surveillance donne son avis sur :

- la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- la participation de l'établissement au groupement de santé de Polynésie française quand elle est facultative.

Article LP 26.- Un bilan est présenté annuellement au conseil de surveillance. Ce dernier est élaboré par le directoire et le président de la commission technique d'établissement et il détaille les actions mises en œuvre par l'établissement pour l'amélioration de l'activité de l'accès aux soins et la gradation des soins, en lien avec la politique du groupement de santé de Polynésie française.

Le conseil de surveillance communique au service en charge de l'action sanitaire ses observations sur le rapport annuel et sur la gestion de l'établissement.

Article LP 27.- Le conseil de surveillance peut à tout moment opérer les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns. Il se fait communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le directoire communique à la présidence du conseil de surveillance les documents financiers pluriannuels élaborés ainsi que les documents stratégiques relatifs au projet d'établissement et à la participation à des coopérations et réseaux.

Article LP 28.- En fonction de sa spécificité, le conseil de surveillance est composé au maximum de neuf membres avec voix délibérative :

- au plus de trois représentants politiques : deux membres du gouvernement et un membre de l'assemblée de la Polynésie française ;
- au plus trois représentants techniques (médical, pédagogique ou scientifique) membres de la commission technique d'établissement ou agents techniques de l'établissement ou représentant l'ordre professionnel ;
- au plus trois représentants qualifiés, nommés par le Président de la Polynésie française sur proposition du service en charge de l'action sanitaire. Lorsque l'établissement public de santé a tout ou partie de ses missions financées par la protection sociale généralisée, l'une au moins de ces personnes est un représentant de la Caisse de prévoyance sociale, proposé par son conseil d'administration.

Article LP 29.- Le président du conseil de surveillance est nommé par arrêté du conseil des ministres. Ce dernier ne peut être ni le ministre en charge de la santé, ni le ministre en charge de la protection sociale généralisée, ni le représentant de la Caisse de prévoyance sociale.

Article LP 30.- Le représentant de l'organisation syndicale la plus représentative au sein de l'établissement public de santé ainsi que celui des usagers participe aux séances du conseil de surveillance avec une voix consultative.

Article LP 31.- Le chef du service en charge de l'action sanitaire participe aux séances du conseil de surveillance avec voix consultative. Il peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Il peut se faire communiquer toutes pièces, documents ou archives et procéder ou faire procéder à toutes vérifications pour son contrôle.

Article LP 32.- Nul ne peut siéger à plus d'un titre au sein du conseil de surveillance.

Article LP 33.- Nul ne peut être membre d'un conseil de surveillance :

- s'il encourt une peine d'interdiction de ses droits civiques ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt direct ou indirect dans la gestion d'un établissement de santé privé ;
- s'il est agent de l'établissement sauf les représentants techniques ou le représentant de l'organisation syndicale prévu à l'article LP. 29.

Article LP 34.- Pour chaque établissement public de santé, le nombre des membres du conseil de surveillance, la durée de leur mandat, les modalités de leur nomination et les modalités de fonctionnement du conseil de surveillance sont fixés par arrêté du conseil des ministres. Le nombre et la composition du conseil de surveillance respectent obligatoirement une parité entre les membres des trois groupes listés à l'article LP. 28.

Section II - Le directoire

Article LP 35.- Le directoire est composé de trois membres suivants :

- le directeur général ;
- le directeur administratif et financier ;
- le directeur technique.

Article LP 36.- Le directeur général est nommé par le conseil des ministres après avis du service en charge de l'action sanitaire.

Après avis du président du conseil de surveillance, le directeur général nomme le directeur administratif et financier et le directeur technique.

Les fonctions des deux autres membres du directoire prennent fin lors de la nomination d'un nouveau directeur général. Ils sont tous deux réintégrés dans leur emploi d'origine ou dans un emploi équivalent.

Les conditions et qualifications à remplir pour ces fonctions sont prévues par un arrêté pris en conseil des ministres.

Article LP 37.- Le directeur général, assisté du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il exécute les délibérations du conseil de surveillance.

Article LP 38.- Le directeur général :

- est ordonnateur des recettes et des dépenses de l'établissement ;
- représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement ;
- recrute le personnel de l'établissement ;

- exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques, réglementaires ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art et des dispositions applicables au statut de ce personnel ;
- peut organiser l'exercice d'une activité privée en son sein après délibération du conseil de surveillance rendu exécutoire par le conseil des ministres ;
- élabore avec la commission technique d'établissement les actions mises en œuvre par l'établissement pour l'amélioration de l'activité de l'accès aux soins et la gradation des soins ;
- élabore le rapport annuel sur l'activité de l'établissement.

Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs à l'un des membres du directoire et déléguer sa signature aux personnels placés sous son autorité dans des conditions définies par arrêté du conseil des ministres.

Lorsque, conformément aux dispositions du second alinéa de l'article LP. 22, un directeur général est nommé en lieu et place du directoire, il nomme un directeur adjoint. La fonction du directeur adjoint prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur général. Il est réintégré dans son emploi d'origine ou dans un emploi équivalent.

En cas d'absence ou d'empêchement, les fonctions dévolues au directeur général sont assurées par le directeur administratif et financier ou par le directeur adjoint prévu à l'alinéa précédent.

Section III - La commission technique d'établissement

Article LP 39.- Chaque établissement public de santé comprend une commission technique d'établissement qui élabore et participe à la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement et de son projet en lien avec celui du groupement de santé de Polynésie française.

Article LP 40.- En fonction de la spécificité de l'établissement public de santé, la commission technique d'établissement est notamment :

- une commission médicale d'établissement ;
- une commission pédagogique d'établissement ;
- une commission scientifique d'établissement.

Article LP 41.- La commission technique d'établissement a pour mission de :

- donner un avis sur le projet technique de l'établissement ;
- superviser la qualité des soins ou de la mission exercée et la sécurité des patients ;
- participer à l'organisation des activités de soins, de formation et de recherche ou à tout autre activité de santé de l'établissement ;
- contribuer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

Article LP 42.- Les matières pour lesquelles la commission technique d'établissement est consultée sont prévues par un arrêté pris en conseil des ministres.

La commission technique d'établissement est composée des représentants des personnels techniques, notamment :

- les personnels médicaux, odontologiques, maïeutiques et pharmaceutiques lorsqu'il s'agit d'une commission médicale d'établissement ;

- les formateurs lorsqu'il s'agit d'une commission pédagogique d'établissement ; les chercheurs lorsqu'il s'agit d'une commission scientifique d'établissement.

Elle élit son président.

Sa composition peut varier en fonction de la nature de l'établissement. Ces règles ainsi que son fonctionnement sont fixées par arrêté pris en conseil des ministres.

Section IV - Le projet d'établissement

Article LP 43.- Les établissements publics sont tenus d'élaborer un projet d'établissement dont l'objet est de définir sur plusieurs années les grandes orientations de la politique générale de l'établissement en adéquation avec les objectifs inscrits dans le schéma d'organisation sanitaire.

Le projet d'établissement regroupe plusieurs volets qui structurent l'organisation et les missions de l'établissement public de santé :

- 1°) le projet technique : en fonction de la spécificité de l'établissement, il s'agira :
 - d'un projet médical et un projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qui définissent, chacun dans les domaines qu'il recouvre, les objectifs stratégiques d'évolution de l'organisation des filières de soins, du fonctionnement médical et des moyens médico-techniques permettant de répondre aux besoins de santé de la population ;
 - d'un projet pédagogique ;
 - d'un projet scientifique.
- 2°) Le projet social qui définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs ;
- 3°) Le projet de gouvernance et de management participatif de l'établissement qui définit les orientations stratégiques en matière de gestion de l'encadrement et des équipes médicales, paramédicales, administratives, techniques, pédagogiques, scientifiques et logistiques, à des fins de pilotage, d'animation et de motivation à atteindre collectivement les objectifs du projet d'établissement.

Article LP 44.- Le projet d'établissement est approuvé par le conseil de surveillance pour une durée de cinq ans. Il est exécutoire après validation du conseil des ministres.

TITRE II - GROUPEMENT DE SANTÉ DE POLYNÉSIE FRANÇAISE

Article LP 45.- Le groupement de santé de Polynésie française (GSPF) est une convention entre plusieurs établissements publics de santé réunis autour d'un projet de soins partagé. Chaque établissement public de santé ayant pour mission la délivrance de soins est parti à la convention de groupement de santé de Polynésie française.

Par dérogation, le groupement de santé de Polynésie française peut être doté de la personnalité morale par arrêté pris en conseil des ministres soit :

- sur demande conjointe de l'ensemble des directeurs généraux des établissements partis et sous réserve de délibérations concordantes des conseils de surveillance ;
- ou sur proposition du ministre de la Santé.

Lorsqu'il est composé uniquement d'entités de droit public, il a la qualité d'établissement public de santé et est soumis aux dispositions prévues au titre I de la présente loi du pays. Les membres de son conseil de surveillance sont composés de membres des conseils de surveillance des établissements publics de santé parties au groupement.

Il peut également être une personne morale de droit privé s'il est composé notamment d'entités visées à l'article LP. 15.

Les établissements ou services médico-sociaux publics ainsi que les établissements publics de santé ayant une autre mission de santé peuvent être parties à la convention de groupement de santé de Polynésie française, sous réserve que leur participation soit approuvée par le ministre de la Santé. Peuvent également y participer, les autres structures prévues au LP. 1.

Les opérateurs privés intervenant dans le domaine sanitaire ou social peuvent être partenaires du groupement de santé de Polynésie française. Ce partenariat prend la forme de la convention de coopération prévue à l'article LP. 15.

Article LP 46.- Le groupement de santé de Polynésie française a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou de moyens ou par des transferts d'activités entre établissements.

Article LP 47.- La convention constitutive du groupement de santé de Polynésie française visée à l'article LP. 44 comprend :

- un volet relatif au projet médical partagé par l'ensemble des établissements parties ;
- un volet relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement du groupement comprenant la désignation de l'établissement support, les compétences déléguées au groupement, la liste des instances communes du groupement et les modalités de désignation des représentants siégeant dans ces instances.

En cas de désaccord sur sa désignation, l'établissement support est désigné par le ministre de la Santé.

La convention constitutive du groupement de santé de Polynésie française est élaborée puis transmise au ministre de la Santé qui apprécie la conformité de la convention avec les projets techniques des établissements techniques.

Article LP 48.- Le ministre de la Santé peut solliciter les modifications nécessaires pour assurer la conformité de la convention. Il approuve la convention ainsi que sa modification. Les établissements publics de santé, parties au groupement de santé de Polynésie française, élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile sont associés à l'élaboration du projet médical partagé du groupement de santé de Polynésie française.

Article LP 49.- L'établissement support visé à l'article LP. 46 est chargé d'assurer, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les fonctions et les activités déléguées dans la convention constitutive.

Article LP 50.- Trois activités seront obligatoirement transférées au groupement de santé de Polynésie française dans le délai fixé par l'acte constitutif de ce dernier :

- la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent ;
- la gestion d'un département de l'information médicale ;
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale et des plans de formation continue et de développement professionnel continu.

TITRE III - DISPOSITIONS FINALES

Article LP 51.- L'article 10 de la délibération n° 92-96 AT du 1er juin 1992 portant réforme du système hospitalier est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les établissements d'hospitalisation publics mentionnés à l'article 9 comprennent :

- des établissements publics, dotés de la personnalité juridique ;
- les structures sanitaires directement administrées par la Polynésie française.

1°) Les établissements publics, dotés de la personnalité juridique, sont :

- les établissements publics de santé dont la mission principale est l'hospitalisation ou l'hébergement de personnes n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien ;
- les établissements publics relevant d'un autre statut, qui assurent à titre principal une mission équivalente à celle des établissements publics de santé visés à l'alinéa précédent ;

2°) Les structures sanitaires directement administrées par la Polynésie française comportent :

- des hôpitaux périphériques, des centres médicaux ou des infirmeries avec les mêmes missions que les établissements périphériques relevant de la catégorie des établissements publics de santé ;
- des centres de moyen séjour, de long séjour ou des établissements d'hospitalisation spécialisés dont les missions sont équivalentes à celles des établissements de santé spécialisés relevant de la catégorie des établissements publics de santé. ».

Article LP 52.- Conformément aux dispositions de la loi organique portant statut d'autonomie de la Polynésie française, chaque établissement public de santé est créé par arrêté du conseil des ministres.

Cet arrêté définit l'organisation de l'établissement public de santé, dans les limites fixées par la présente loi du pays et de ses dispositions d'application.

L'arrêté créant un établissement public de santé définit les modalités transitoires permettant d'assurer la continuité des missions entre un service ou un établissement existant et l'établissement public de santé reprenant ses missions. Cependant, cette période transitoire ne peut excéder 36 mois à compter de la date de publication de l'arrêté créant l'établissement public de santé.

Article LP 53.- Par dérogation aux dispositions de l'article 9 de la délibération n° 2004-15 APF du 22 janvier 2004 modifiée relative aux agents non titulaires des services, des autorités administratives indépendantes et des établissements publics administratifs de la Polynésie française, la durée de recrutement des agents des services et établissements publics administratifs assurant une activité de soin, recrutés en application de l'article 33-2° de la délibération n° 95-215 AT du 14 décembre 1995 portant statut général de la fonction publique de la Polynésie française, peut être prorogée une seconde fois pour quatre années supplémentaires.

Ces dispositions s'appliquent aux agents des établissements publics de santé, en l'absence de dispositions adaptées prises par la délibération prévue à l'article LP 13.

Délibéré en séance publique, à Papeete, le

La secrétaire,

Odette HOMAI

Le Président,

Antony GEROS