



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

COLLECTIVITÉ DE POLYNÉSIE FRANÇAISE : LA PRISE EN CHARGE DE L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Exercices 2020 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 23 février 2026.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	2
SYNTHÈSE	4
PARAU PU'ŌHURA'A	6
RECOMMANDATIONS	7
PROCEDURE	8
INTRODUCTION	9
1 UNE MALADIE PRÉOCCUPANTE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DONT LES CONSÉQUENCES POUR LES COMPTES SOCIAUX NÉCESSITENT UNE RÉPONSE PRÉCOCE	11
1.1 Une pathologie silencieuse dont les traitements s'alourdissent avec le temps	11
1.1.1 Caractéristiques et conséquences de l'insuffisance rénale chronique	11
1.1.1.1 Diagnostic et classification.....	11
1.1.1.2 Conséquences et complications.....	12
1.1.2 La suppléance rénale, ultime stratégie au stade terminal	13
1.1.2.1 La dialyse	14
1.1.2.2 La transplantation rénale	14
1.1.2.3 Les difficultés qui pèsent sur la suppléance	16
1.2 Une prévalence croissante à observer avec plus de précision	17
1.2.1 Une épidémiologie comparative défavorable à la Polynésie française	17
1.2.1.1 Des déterminants spécifiques	17
1.2.1.2 Une épidémiologie atypique.....	18
1.2.2 Améliorer la surveillance pour mieux connaître la maladie	19
1.2.2.1 Une surveillance de la maladie rénale chronique qui présente des faiblesses	19
1.2.2.2 Un suivi plus complet de la maladie rénale chronique à organiser.....	19
1.3 Une dépense annuelle significative pour les régimes d'assurance maladie	20
1.3.1 Une dépense en progression de 10 % par an.....	20
1.3.2 Une part prépondérante pour la dialyse.....	21
1.3.3 Une charge plus mesurée pour la greffe.....	21
1.4 Éviter ou retarder davantage la progression de la maladie	21
1.4.1 Accentuer la prise de conscience par la population	21
1.4.2 Poursuivre les actions de dépistage précoce	23

2 RENFORCER LA PRISE EN CHARGE EN DIALYSE AU BENEFICE DE TOUS LES PATIENTS	26
2.1 Une offre de dialyse qui varie en fonction de la situation du patient.....	26
2.1.1 Des modalités complémentaires.....	26
2.1.2 Les bénéfices de l'autodialyse.....	29
2.1.3 Les avantages de la dialyse à domicile.....	29
2.2 Une prise en charge qui repose sur des acteurs complémentaires.....	31
2.2.1 Le régime des autorisations.....	31
2.2.2 Les autorisations délivrées	33
2.2.2.1 Le centre spécialisé pour les patients les plus complexes	33
2.2.2.2 La prise en charge des autres patients	33
2.3 Des démarches à engager pour améliorer l'offre de soins	35
2.3.1 Installer un deuxième centre lourd.....	35
2.3.2 Renforcer le maillage territorial	37
2.3.3 Structurer la coordination des acteurs	39
2.3.4 Formaliser l'accompagnement des patients vers l'autonomie	41
2.4 Des coûts à expertiser pour adapter les financements.....	43
2.4.1 Une dépense annuelle maîtrisée, une structure de coûts en mutation	43
2.4.2 Des coûts à expertiser pour ajuster les tarifs	44
3 FACILITER L'ACCES A LA GREFFE POUR LES PATIENTS ELIGIBLES.....	46
3.1 L'encadrement juridique du don d'organe	46
3.2 Une activité de prélèvement et de transplantation rénale à accompagner davantage.....	48
3.2.1 Les prélèvements d'organes	48
3.2.2 Une activité de transplantation rénale confrontée à l'isolement	49
3.3 Renforcer les moyens en faveur du don d'organe.....	52
3.3.1 Poursuivre et évaluer la communication en faveur du don	52
3.3.2 Mettre à l'étude l'extension des possibilités de prélèvement d'organes	54
ANNEXES.....	57
Annexe n° 1. Liste des personnes contactées.....	58
Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations proposées et de leur mise en œuvre au cours de la procédure du contrôle des comptes et de gestion du présent rapport.....	60
Annexe n° 3. Réponse de M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française.....	61

SYNTHÈSE

La chambre territoriale des comptes a inscrit à son programme 2025, le contrôle de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française et a procédé à sa mise en œuvre en application de l'article LO. 272-12 du code des juridictions financières¹. Ce contrôle concerne la période 2020 à 2024 pour l'examen des comptes et jusqu'à la période la plus récente pour celui de la gestion.

L'insuffisance rénale chronique est évolutive et irréversible. Sa progression, souvent silencieuse, retarde le diagnostic et expose les patients à des complications graves, notamment cardiovasculaires et métaboliques. Son dépistage permet une classification en cinq stades de gravité. Au stade terminal, une suppléance rénale s'impose, sous forme de dialyse ou de transplantation. Cette dernière offre de meilleurs résultats mais son déploiement demeure limité en Polynésie française en raison de la rareté des greffons et des contraintes logistiques qui pèsent sur le prélèvement d'organes.

La Polynésie française est particulièrement concernée par cette pathologie, du fait de la forte prévalence du diabète, de l'obésité et de l'hypertension artérielle dans la population. Le nombre de personnes atteintes a progressé de près de 50 % entre 2020 et 2024 pour atteindre 4 160 individus. En outre, les patients y sont touchés plus précocement et présentent des formes plus sévères que dans l'Hexagone. Cette situation est aggravée par l'insuffisance de ressources médicales spécialisées en néphrologie. Les dépenses d'assurance maladie liées à l'insuffisance rénale chronique ont atteint 8,5 Md F CFP en 2024, en progression annuelle de 10 % entre 2020 et 2024. Avec près de 700 patients traités en 2024, la dialyse représentait la part majeure de cette dépense. Pour l'avenir, sa maîtrise implique une étude des coûts complets de chaque modalité de traitement et, par la suite, une révision des tarifs correspondants. De plus, des contrôles médicaux sur les prescriptions gagneraient à accompagner ce mouvement.

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique repose sur une offre de dialyse assurée par le centre hospitalier de la Polynésie française et deux opérateurs privés. Cependant, les capacités de dialyse étaient insuffisantes en 2025 pour répondre aux besoins croissants pour les cas les plus complexes. La révision de la carte des autorisations en 2027 et la structuration d'un réseau de santé en néphrologie apparaissent appropriées pour redresser la situation. De plus, le développement de la télé-néphrologie et de l'éducation thérapeutique du patient sont également identifiés comme des leviers d'amélioration, en particulier pour développer les modes de dialyse les plus souples et les moins onéreux pour l'assurance maladie.

¹° de l'article LO. 272-12 du code des juridictions financières : « *La chambre territoriale des comptes examine la gestion de la Polynésie française et de ses établissements publics.* ».

Autorisée depuis 2013 au sein du centre hospitalier, l'activité de greffe rénale a bénéficié à 164 patients. Elle constitue, à ce titre, un enjeu majeur de santé publique. Toutefois, l'activité de prélèvement demeure limitée et le volume de transplantations reste fluctuant. Dans ce contexte, un accompagnement technique par l'agence de la biomédecine est prévu en 2026 afin de consolider et pérenniser cette activité. En outre, les campagnes de sensibilisation en faveur du don d'organe du vivant et sur personnes décédées gagneraient à être renforcées et évaluées annuellement. De surcroît, l'autorisation des dons d'organes après arrêt circulatoire contrôlé, dispositif déjà en vigueur dans l'Hexagone, pourrait accroître le nombre de greffes tout en garantissant le respect des principes éthiques, la qualité et la sécurité des soins.

Seule cette version fait foi.

PARAU PU'ŌHURA'A

Te ma'i māpē rava'i'ore tāmāu, o te hō'ē ia ma'i o te ino roa i roto i te roara'a o te tau e e'ita e nehenehe e rapa'au hia. E pinepine te reira i te haere e rahu atu ma te 'ore e tāpa'o, e fa'ataere i te hi'opo'ara'a e e nehenehe te reira e fa'atupu i te mau fifi rahi. I roto i te mau faito teitei roa a'e, e titau hia i te monora'a i te rapa'aura'a: te tīti'ara'a māpē aore ra te tauira'a i te māpē. E mea maita'i a'e te tauira'a, aita rā e rave pinepine hia i Porinetia Fārani nō te 'erera'a i te feia horo'a e te mau fifi i te pae nō te fa'anahora'a. Mai te matahiti 2013 mai ā, 164 tauira'a māpē tei rave hia i te fare ma'i no Taaone (CHPF). No te turu i teie 'ohipa, ua fa'anaho hia te hō'ē 'ohipa fa'au'e hia i arata'i hia e te pū Biomédecine nō te matahiti 2026. E nehenehe ato'a e ha'apuai i te mau 'ohipa no ni'a i te pupura'a i te mau mero no te fa'arava'i i te numera o te mau poira'a no te maita'i o te feia ma'i no Porinetia.

E mea pinepine te ma'i māpē rava'i'ore tāmāu i Porinetia Fārani nei, tei ta'ai hia i te ma'i 'ōmaha tihota, te ma'i poria e te nē'ira'a toto aretere pūai. Ua mara'a te numera o te feia ma'i fatata e 50% i rotopu i te matahiti 2020 e 2024, e 4 160 ta'ata, mea 'āpī a'e e mea ino a'e ia te fenua Fārani. Ua rae'a hia te mau ha'amau'ara'a no te ea no teie ma'i i te 8,5 miria farane i te matahiti 2024. O te tīti'ara'a māpē te tuha'a rahi roa a' e o teie mau ha'amau'ara'a.

Ua niu hia te 'ohipa no te tīti'ara'a māpē i ni'a i te pupura'a a te fare ma'i no Taaone (CHPF) e e piti taiete no rapae mai. E rave hia te reira i roto i te hō'ē pū aore ra i te fare, aita rā i nava'i i te matahiti 2025 no te mau tupura'a fifi roa a'e. E nehenehe te fa'atupura'a i te hō'ē fa'anahora'a rapa'auraa ta'a'ē e te rapa'auātea, e tae noatu i te ha'apararera'a rahi a'e i te mau 'ohipa no te turu i te feia ma'i, e ha'amaita'i i te 'utu'utura'a i te feia ma'i.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1. Enrichir, d'ici à 2028, la collecte de données épidémiologiques relatives à l'insuffisance rénale chronique, notamment aux stades précoces de la maladie.

Recommandation n° 2. Instaurer, à partir de 2026, des contrôles sur les prescriptions médicales relatives à l'adressage des patients en dialyse.

Recommandation n° 3. Réviser, en 2027, la carte des autorisations de dialyse pour adapter les capacités installées aux besoins de la population.

Recommandation n° 4. Installer, en 2026, un réseau de santé consacré à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Recommandation n° 5. Engager, en 2026, une étude des coûts pour chaque modalité de dialyse.

Recommandation n° 6. Retravailler, en 2027, les tarifs applicables aux différentes modalités de dialyse en fonction d'une logique de qualité des soins et de soutenabilité budgétaire.

Recommandation n° 7. Engager, en 2026, une étude de faisabilité sur l'extension des conditions de prélèvement d'organes aux donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé (de type « *Maastricht III* »).

PROCEDURE

Tenant compte d'une proposition émise par le Président de la Polynésie française, la chambre territoriale des comptes de Polynésie française a inscrit à son programme 2025, un contrôle relatif à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française. Elle a procédé à sa mise en œuvre en application de l'article LO. 272-12 du code des juridictions financières. La période sous contrôle porte de l'année 2020 jusqu'en 2023 pour l'examen des comptes et jusqu'à la période la plus récente pour la gestion.

L'ordonnateur en fonction M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française depuis le 12 mai 2023 et son prédécesseur, M. Édouard Fritch, Président de la Polynésie française du 12 septembre 2014 au 18 mai 2018 et du 18 mai 2018 au 12 mai 2023, ont été informés de l'ouverture du contrôle par courriers du Président de la chambre envoyés le 16 septembre 2025. Ils en ont respectivement accusé réception les 16 et 19 septembre 2025.

L'entretien du début de contrôle s'est tenu le 24 octobre 2025 avec M. Brotherson. Un entretien de début de contrôle a également été organisé le 17 octobre 2025 avec M. Fritch.

L'enquête qui s'est déroulée entre le 20 octobre 2025 et le 5 décembre 2025 a nécessité des échanges avec différents acteurs, dont la liste figure en annexe n° 1.

Les échanges préalables aux observations provisoires, au cours desquels un temps d'échange a été consacré aux projets de recommandations afin de vérifier leur robustesse et leur pertinence et, le cas échéant, adapter leur horizon temporel de mise en œuvre, se sont tenus le 28 novembre 2025 avec M. Fritch et le 5 décembre 2025 avec M. Brotherson.

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 7 janvier 2026. Celui-ci a été adressé en intégralité le 14 janvier 2026 à M. Brotherson et à M. Fritch. Ils en ont accusé réception le jour même.

Un extrait a, par ailleurs, été communiqué le 14 janvier 2026 à Mme Hani Teriipaia, directrice du centre hospitalier de la Polynésie française, qui en a accusé réception le lendemain, 15 janvier 2026. Un autre extrait a été communiqué le 14 janvier à M. Pierre Frebault, directeur de la caisse de prévoyance sociale, qui en a accusé réception le même jour.

Les intéressés disposaient alors d'un délai de 30 jours à compter de la date d'accusé de réception, pour faire connaître leurs observations.

Le 11 février 2026, la directrice du centre hospitalier de la Polynésie française a ainsi adressé une réponse. Le 12 février 2026, M. Fritch a indiqué n'avoir aucune observation à formuler. Enfin, par courrier réceptionné le 16 février 2026, le Président de la Polynésie française a fait part de ses observations.

Les présentes observations définitives ont été adoptées par la chambre le 23 février 2026. Transmises aux ordonnateurs successifs, seul le Président de la Polynésie en fonctions a usé de son droit de réponse dans le délai d'un mois imparti à l'article L. 272-66 du code des juridictions financières.

INTRODUCTION

La chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a inscrit à son programme de travail de l'année 2025, le contrôle de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en la Polynésie française de l'année 2020 jusqu'à la période la plus récente. Tel est l'objet du présent rapport d'observations.

L'insuffisance rénale chronique correspond à une altération progressive et durable de la fonction rénale. Cette maladie détruit progressivement les deux reins, qui ne parviennent alors plus à filtrer correctement le sang. Elle est classée en cinq stades en fonction du degré de gravité. Ses principales causes sont le diabète, l'hypertension artérielle, les maladies cardiovasculaires et les maladies responsables d'une altération de la fonction de filtration des reins.

La présence élevée du diabète de type 2 dans la population de la Polynésie française², ainsi que de l'hypertension artérielle et de l'obésité constituent des facteurs importants de développement de cette pathologie, aggravés par des habitudes de vie défavorables à la santé, telles que la sédentarité.

L'évolution de l'insuffisance rénale chronique expose à des complications cardiovasculaires et altère gravement la qualité de vie des patients. Lorsque la maladie atteint son stade le plus avancé, qualifié de terminal, un traitement de suppléance par dialyse ou par transplantation rénale devient nécessaire. Le choix du mode de suppléance est déterminé en fonction de l'état clinique du patient ainsi que des ressources médicales et techniques disponibles à proximité du patient.

La prévalence de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française est particulièrement élevée et concernait en 2024, presque 1,5 % de la population (1,2 % dans l'hexagone). Pour autant, le nombre de personnes atteintes a progressé de près de 50 % entre 2020 et 2024. De plus, l'insuffisance rénale chronique représente une charge significative pour les comptes sociaux, concentrant à elle seule environ 20 % des dépenses annuelles liées aux affections de longue durée, soit 8,5 Md F CFP en 2024, montant en hausse de 25 % par rapport à la dépense comptabilisée en 2020 pour cette même pathologie.

Les soins apportés aux personnes concernées par l'insuffisance rénale chronique sont limités par les contraintes géographiques, caractérisées par la dispersion de la population sur les archipels. Cette situation génère des difficultés d'accès à la dialyse et retarde parfois le diagnostic et la prise en charge médicale. Par ailleurs, l'adhésion des patients aux recommandations médicales n'est pas systématique, notamment pour ce qui concerne le prélèvement d'organes et la greffe rénale. Ces facteurs réduisent les modalités thérapeutiques.

Dans ces conditions, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique nécessite une approche globale et multidisciplinaire, intégrée dans une politique de santé publique adaptée à la situation locale. Cette approche doit associer des actions de prévention spécifiques, un dépistage précoce et systématique des populations à risque et l'accompagnement du patient. De plus, une stratégie active en faveur des modes de dialyse les moins contraignants pour les

² Selon la direction de la santé, en 2022 près de 22 % de la population de la Polynésie française était concernée par le diabète, contre 5,3 % en France hexagonale.

patients et les moins onéreuses pour l'assurance maladie ainsi que le développement du recours à la greffe rénale, sont indispensables à l'amélioration de l'efficacité des prises en charge.

En Polynésie française, l'insuffisance rénale chronique constitue une affection fréquente, dont l'évolution silencieuse et le coût croissant des traitements appellent à renforcer les actions de prévention et de dépistage précoce (1). Les modalités actuelles de prise en charge, en particulier au stade de la dialyse, nécessitent par ailleurs des adaptations afin d'améliorer le bénéfice apporté aux patients (2). Enfin, le développement du recours à la transplantation rénale, tributaire du don d'organes, doit être encouragé pour les patients éligibles (3).

1 UNE MALADIE PRÉOCCUPANTE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DONT LES CONSÉQUENCES POUR LES COMPTES SOCIAUX NÉCESSITENT UNE RÉPONSE PRÉCOCE

1.1 Une pathologie silencieuse dont les traitements s'alourdissent avec le temps

1.1.1 Caractéristiques et conséquences de l'insuffisance rénale chronique

Selon la haute autorité de santé, l'insuffisance rénale chronique désigne une dégradation progressive, lente et irréversible de la fonction rénale. Elle se caractérise par l'incapacité croissante des reins à assurer leurs fonctions physiologiques essentielles.

Cette maladie s'installe de manière insidieuse, souvent sans symptôme dans ses premiers stades. Cette absence de manifestations cliniques précoces rend son diagnostic difficile et explique que de nombreux patients ignorent longtemps leur pathologie, jusqu'à l'apparition de signes plus graves ou d'une complication aiguë.

La fonction rénale

Les reins ont pour fonction l'épuration des déchets métaboliques (urée (issue de la dégradation des protéines), créatinine (déchets musculaires) et acide urique), la régulation de l'équilibre hydrique et minéral (sodium, potassium, calcium, phosphore, etc.), le maintien de l'équilibre acido-basique (qui désigne la capacité de l'organisme à maintenir une balance stable principalement dans le sang et les tissus), la régulation de la pression artérielle, ainsi que des fonctions endocriniennes cruciales telles que la production d'hormones (en particulier pour stimuler la production de globules rouges) et l'activation de la vitamine D, qui favorise l'absorption du calcium et la solidité des os.

1.1.1.1 Diagnostic et classification

Le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique repose principalement sur deux paramètres biologiques :

- le débit de filtration glomérulaire³, qui permet d'estimer la capacité de filtration des reins, ajustée selon l'âge, le sexe, le poids et la surface corporelle ;

³ Ce débit mesure la quantité de sang que les reins filtrent chaque minute pour éliminer les déchets et l'excès d'eau.

- l'analyse des urines, en particulier la détection d'une protéinurie⁴ ou d'une albuminurie⁵, marqueurs précoces de lésions rénales.

Un débit de filtration glomérulaire inférieur à 60 millilitres de sang par minute constaté pendant au moins trois mois, associé ou non à d'autres anomalies (imagerie, sédiments urinaires anormaux...), permet de poser le diagnostic d'insuffisance rénale chronique. Plus la valeur mesurée est basse, plus la fonction rénale est altérée et les déchets s'accumulent dans l'organisme.

Précisément, l'insuffisance rénale chronique est classée en cinq stades de gravité croissante selon le débit de filtration glomérulaire⁶ :

- stade 1 : un débit de filtration glomérulaire supérieur à 90 ml/minute en présence de lésions rénales (albuminurie, anomalies morphologiques à l'imagerie, antécédents de néphropathie) ;
- stade 2 : un débit de filtration glomérulaire entre 60 et 89 ml/minute, souvent asymptomatique, mais qui nécessite une surveillance si des lésions rénales sont identifiées ;
- stade 3 : un débit de filtration glomérulaire entre 30 et 59 ml/minute qui indique une insuffisance modérée avec apparition possible des premières complications biologiques ;
- stade 4 : un débit de filtration glomérulaire entre 15 et 29 qui révèle une insuffisance devenue sévère, avec des répercussions cliniques et biologiques plus marquées ;
- stade 5 (terminal) : un débit de filtration glomérulaire inférieur à 15 qui marque le stade de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Ainsi, lorsque la fonction rénale devient très altérée (généralement, lorsque le débit de filtration glomérulaire est inférieur à 15 ml/minute), les reins ne parviennent plus à assurer correctement leurs fonctions essentielles. Sans prise en charge, l'insuffisance rénale terminale expose à des troubles graves (accumulation de toxines, troubles cardiaques ...). Une suppléance devient alors nécessaire *via* la dialyse ou la transplantation rénale.

Le choix du traitement au stade terminal dépend de nombreux facteurs tels que l'âge, l'état de santé général, les préférences du patient, les contre-indications médicales éventuelles et la disponibilité des ressources techniques et médicales.

1.1.1.2 Conséquences et complications

La difficulté principale posée par l'insuffisance rénale chronique réside dans son absence prolongée de symptômes, particulièrement aux stades 1 à 3. Ce silence clinique retarde souvent le diagnostic, qui n'est porté qu'à un stade avancé, parfois en urgence, lorsque des signes d'intoxication apparaissent (nausées, asthénie, œdèmes, troubles neurologiques...).

⁴ La protéinurie peut s'élever en présence de diverses causes, notamment les maladies rénales, le diabète mal équilibré, l'hypertension artérielle, les infections des voies urinaires, la fièvre, un effort physique intense ou prolongé, ainsi que la prise de certains médicaments.

⁵ L'albuminurie, se caractérise par la présence d'une protéine, appelée albumine, dans les urines.

⁶ Haute autorité de santé, *Guide du parcours de soins de la maladie rénale chronique*, page 15, 2023.

Parfois, la maladie est révélée par une hypertension pérenne ou une anémie inexplicée. Le caractère évolutif de la maladie appelle une politique active de prévention et de dépistage.

L'insuffisance rénale chronique entraîne en effet des conséquences majeures sur l'ensemble du métabolisme. Celles-ci augmentent considérablement le risque de comorbidités. Parmi les complications les plus fréquentes, sont principalement constatées :

- les maladies cardiovasculaires qui favorisent le risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral et d'insuffisance cardiaque ; elles représentent la première cause de mortalité chez les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, bien avant la défaillance rénale terminale elle-même ;
- une anémie, c'est-à-dire un manque d'oxygène dans le sang, qui peut gêner le fonctionnement normal du cœur, du cerveau et d'autres organes ;
- des troubles dus à une altération du métabolisme du calcium, du phosphore et de la vitamine D, pouvant entraîner des fractures, des douleurs osseuses et des calcifications vasculaires ;
- une hypertension artérielle, comme cause et conséquence de l'insuffisance rénale chronique ;
- une dénutrition et une diminution des muscles, fréquentes aux stades avancés, aggravées par des régimes restrictifs, l'inflammation chronique et la perte d'appétit.

1.1.2 La suppléance rénale, ultime stratégie au stade terminal

Lorsqu'elle atteint le stade terminal (stade 5 de la maladie⁷), l'insuffisance rénale chronique nécessite la mise en œuvre d'un traitement de suppléance destiné à remplacer la fonction des reins devenus défaillants.

Il est aujourd'hui possible, grâce à une prise en charge médicale et médicamenteuse adaptée, de ralentir l'évolution de l'insuffisance rénale chronique et de repousser le recours à la suppléance rénale. L'objectif des traitements est de préserver le plus longtemps possible la fonction des reins et de prévenir les complications associées. Ces traitements doivent être suivis régulièrement et coordonnés entre le néphrologue, le médecin traitant et le patient. Une surveillance attentive, un respect strict des prescriptions thérapeutiques et des habitudes de vie adaptées (alimentation, activité physique, hydratation) sont alors essentiels.

Lorsque ces options ne sont plus envisageables, seules la dialyse et la transplantation rénale sont possibles. Chacune présente des caractéristiques, des avantages et des limites spécifiques qui doivent être soigneusement évalués pour chaque patient.

⁷ C'est-à-dire lorsque la fonction rénale est très sévèrement altérée (débit de filtration glomérulaire inférieur à 15 ml/min) et que les reins ne peuvent plus assurer correctement leurs fonctions vitales (élimination des déchets, régulation de l'équilibre hydrique et électrolytique...).

1.1.2.1 La dialyse

La dialyse est un traitement médical destiné à remplacer temporairement la fonction des reins en filtrant le sang pour éliminer les déchets, l'excès d'eau et certaines substances toxiques. Elle repose sur deux techniques distinctes : l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

L'hémodialyse consiste à purifier le sang à l'aide d'un appareil qui filtre les déchets et l'excès d'eau. Ce traitement est généralement réalisé en centre spécialisé, plusieurs fois par semaine, mais peut également, dans certains cas, être pratiqué à domicile. L'hémodialyse offre l'avantage d'une prise en charge médicalement encadrée, réduisant les risques immédiats de complications. Toutefois, elle implique des contraintes importantes pour le patient, notamment des déplacements fréquents vers le lieu de dialyse, des séances prolongées et une grande fatigue post-traitement, susceptibles d'altérer la qualité de vie. Elle peut également entraîner, à long terme, des complications vasculaires liées aux accès nécessaires pour la circulation extracorporelle du sang.

La dialyse péritonéale constitue une alternative, utilisant le péritoine, membrane tapissant l'intérieur de l'abdomen, comme filtre naturel. Elle implique l'instillation d'un liquide spécifique dans la cavité abdominale, avec des échanges réguliers permettant d'épurer le sang. Réalisée le plus souvent à domicile, elle offre une plus grande autonomie et une souplesse dans l'organisation de la vie quotidienne, ce qui peut améliorer la perception de qualité de vie chez certains patients. Néanmoins, la dialyse péritonéale présente également des inconvénients, notamment le risque de péritonite, infection potentiellement grave, ainsi qu'une efficacité parfois insuffisante chez les patients de forte corpulence ou présentant des antécédents chirurgicaux abdominaux.

1.1.2.2 La transplantation rénale

La transplantation rénale consiste à remplacer le rein défaillant par un greffon prélevé chez un donneur vivant ou décédé.

Depuis 2012, la Haute autorité de santé (HAS) considère que « *la transplantation rénale apparaît comme une stratégie dominante dans la prise en charge de cette pathologie c'est-à-dire qu'elle est à la fois la moins coûteuse et la plus efficace.* »⁸. La transplantation offre généralement des résultats supérieurs à la dialyse en termes de survie globale, d'espérance de vie et de qualité de vie. Elle permet aux patients de retrouver une plus grande autonomie, une alimentation moins restrictive et une vie sociale et professionnelle souvent mieux préservée.

La HAS a réitéré cette analyse dans une publication actualisée en 2023 dans laquelle elle estime « *qu'en l'absence de contre-indication, la transplantation est le traitement de suppléance le plus efficient* »⁹.

Bien que la Haute autorité de santé n'exerce pas de compétence directe sur la Polynésie française, le ministère de la santé, le centre hospitalier de la Polynésie française et les opérateurs de dialyse ont indiqué, au cours de l'instruction, se référer aux recommandations de bonnes

⁸ Haute autorité de santé, *Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France*, septembre 2012.

⁹ Haute autorité de santé, *Guide du parcours de soins de la maladie rénale chronique de l'adulte*, 2023

pratiques qu'elle élabore en néphrologie et notamment en matière de transplantation rénale. Cette démarche vise à garantir une qualité et une sécurité des soins conformes aux standards nationaux, tout en tenant compte des spécificités du contexte polynésien.

Le développement de la transplantation rénale repose alors sur une approche articulée autour de trois axes prioritaires concernant d'abord les donneurs décédés : l'amélioration du recensement, la réduction du taux de refus et l'élargissement du vivier de donneurs potentiels.

Le développement de la transplantation à partir de donneur vivant est également recommandé par la HAS. Compte tenu des implications éthiques et médicales liées à la prise de risque par le donneur, ce développement doit être encadré par des précautions renforcées. La haute autorité de santé souligne le caractère complémentaire des greffes issues de donneurs vivants et de donneurs décédés, en précisant que les actions engagées dans l'un de ces domaines ne doivent en aucun cas se faire au détriment de l'autre.

Enfin, l'accès à la transplantation rénale ne se limite pas à un critère d'âge. Il implique la réalisation d'une intervention chirurgicale et l'instauration d'un traitement immunosuppresseur à vie. Un bilan médical complet est indispensable afin d'identifier d'éventuelles contre-indications à la greffe. Dans ce contexte une attention particulière doit être portée au suivi à long terme des patients transplantés.

Le recours à la transplantation n'est en effet pas envisageable si les comorbidités du patient entraînent un risque trop élevé et/ou si un bénéfice en termes d'espérance et de qualité de vie n'est pas attendu, notamment en raison d'un âge avancé.

Cette option thérapeutique présente également des limites. Elle nécessite un traitement à vie, exposant les patients à un risque accru d'infections, de cancers et de complications métaboliques. Le consentement préalable du receveur est donc une étape indispensable au bon déroulement du traitement.

L'information préalable du patient une étape indispensable

L'information du patient constitue un élément essentiel pour lui permettre d'exercer un choix éclairé concernant notamment une orientation précoce vers la transplantation, idéalement avant l'initiation de la dialyse.

Cette communication, réalisée par l'équipe médicale, doit présenter de manière équilibrée les bénéfices de la transplantation par rapport aux autres modalités de traitement, ainsi que les contraintes et les risques qu'elle comporte. La transplantation ne doit pas être présentée comme une guérison, mais comme une option susceptible d'apporter une amélioration significative de la qualité de vie et de l'espérance de vie du patient.

Par ailleurs, la capacité du patient à être acteur du traitement post-transplantation est un critère déterminant à prendre en compte dans l'évaluation, par l'équipe médicale, de son éligibilité à la transplantation. En 2015, la Haute autorité de santé précisait, de plus, que « *pour les patients pour lesquels la greffe est indiquée, l'efficacité démontrée de la transplantation en termes de survie comparativement à la dialyse nécessite d'être discutée avec le patient au regard du surrisque de mortalité postopératoire, démontré selon l'âge dans les 3 à 12 mois suivant la transplantation* »¹⁰.

¹⁰ Haute autorité de santé, *Recommandations de bonnes pratiques en transplantation rénale*, 2015

La disponibilité limitée des greffons, les éventuelles contre-indications médicales et les délais parfois longs d'attente constituent des obstacles majeurs à la généralisation de cette stratégie thérapeutique¹¹, particulièrement en Polynésie française. De surcroît, sur le plan organisationnel, le prélèvement des reins nécessite des moyens humains, techniques et logistiques conséquents, incluant l'identification rapide des donneurs potentiels, la coordination entre services hospitaliers et la prise en charge des familles dans un contexte souvent délicat.

En complément du don du vivant, le prélèvement d'organes sur personnes décédées permet d'augmenter significativement le nombre de greffons disponibles, contribuant ainsi à réduire la liste d'attente et à limiter la durée pendant laquelle les patients restent dépendants de la dialyse. Cette réduction des délais d'attente est déterminante pour la survie et la qualité de vie des patients. En effet, une greffe réalisée rapidement, notamment avant l'entrée en dialyse (« *greffe préemptive* »), est associée à de meilleurs résultats médicaux et à une diminution des complications liées à la maladie rénale terminale.

1.1.2.3 Les difficultés qui pèsent sur la suppléance

Le choix entre la dialyse, qu'elle soit hémodialyse ou péritonéale et la transplantation rénale doit ainsi être adapté à chaque patient, en tenant compte de son âge, de son état de santé général, de ses pathologies associées, de ses conditions de vie, ainsi que de ses préférences personnelles thérapeutiques. La participation du patient dans le choix de la modalité de suppléance doit donner lieu à une information éclairée dès les premières consultations.

En outre, même après une transplantation rénale, la durée de vie moyenne d'un greffon est limitée, généralement comprise entre 10 et 15 ans. En cas de perte de fonction de l'organe greffé, une reprise de la dialyse devient nécessaire, dans l'attente éventuelle d'une nouvelle greffe. En pratique, la dialyse et la transplantation rénale peuvent donc se succéder dans le temps. L'accès à la greffe ne signifie alors pas nécessairement une sortie définitive du parcours de dialyse. Plusieurs situations peuvent en effet conduire un patient greffé à reprendre un traitement de suppléance par dialyse, de manière temporaire ou définitive. Certaines complications post-opératoires ou des situations cliniques spécifiques (rejet aigu, infections, dégradation progressive du greffon) peuvent notamment, justifier un retour ponctuel ou prolongé en dialyse.

Ainsi, la greffe rénale et la dialyse doivent être appréhendées comme deux modalités complémentaires de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale. Le parcours de soins des patients peut s'inscrire dans des allers-retours entre les différents modes de suppléance, en fonction de l'évolution de leur état de santé et des possibilités thérapeutiques disponibles.

Le choix entre dialyse et transplantation rénale est par ailleurs contraint par la disponibilité des infrastructures médicales et des ressources humaines médicales et paramédicales. En Polynésie française, la dispersion de la population constitue un frein majeur pour l'accès et la continuité des soins.

¹¹ Le délai d'attente pour bénéficier d'une greffe est fonction de la compatibilité immunologique, de l'état de santé du patient et de la disponibilité des greffons. Durant cette période, le recours à la dialyse demeure indispensable afin de maintenir les fonctions vitales du patient.

C'est pourquoi, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, en particulier au stade terminal, repose sur une évaluation rigoureuse des avantages et des risques propres à chaque modalité thérapeutique. Elle nécessite une information claire et exhaustive des patients, ainsi qu'une organisation territoriale permettant d'assurer une égalité d'accès à des soins de qualité, quel que soit le lieu de résidence.

1.2 Une prévalence croissante à observer avec plus de précision

1.2.1 Une épidémiologie comparative défavorable à la Polynésie française

1.2.1.1 Des déterminants spécifiques

L'insuffisance rénale chronique constitue un problème majeur de santé publique en Polynésie française, où sa prévalence apparaît nettement plus élevée qu'en métropole. Environ 1,5 % de la population adulte polynésienne bénéficiait en 2023 d'une prise en charge pour maladie rénale chronique, un taux supérieur à celui observé dans l'hexagone (estimé à environ 1,2 %).

L'incidence élevée de l'insuffisance rénale terminale dans les territoires du Pacifique

Une étude menée aux États-Unis et publiée en 2020¹² a montré que les hawaïens natifs et les habitants des îles du Pacifique sont davantage concernés par l'insuffisance rénale dans sa forme la plus grave, que la population vivant aux États-Unis. Dans les territoires américains du Pacifique, ce chiffre est encore légèrement plus élevé.

Le diabète a été identifié comme la principale cause d'insuffisance rénale chronique terminale chez ces populations, touchant environ 60 % des nouveaux cas. Les chercheurs soulignent que davantage d'études et d'actions sont nécessaires pour mieux comprendre ces fortes disparités et améliorer la prévention et les soins pour les populations particulièrement vulnérables.

L'insuffisance rénale chronique est intimement liée au syndrome métabolique¹³, notamment au diabète de type 2, à l'hypertension artérielle et à l'obésité, trois pathologies qui en sont les principales causes. Cette interdépendance fait de cette maladie un indicateur de déséquilibre global de la santé. En 2024, 22 % de la population de la Polynésie française était traitée pour un diabète.

La prévalence des facteurs de risque de l'insuffisance rénale chronique s'est accentuée en Polynésie française sous l'effet d'une transition nutritionnelle rapide, insuffisamment accompagnée et d'une sédentarité fréquente, en particulier chez les jeunes, associée à une

¹² Jie Xiang et al., *Incidence de l'insuffisance rénale terminale chez les Hawaïens natifs et les habitants des îles du Pacifique vivant dans les 50 États américains et les territoires insulaires du Pacifique*, American Journal of Kidney Diseases, vol. 76, n° 3, 2020.

¹³ Le syndrome métabolique est un ensemble de problèmes de santé qui surviennent en même temps, comme un tour de taille trop élevé, une glycémie élevée, un excès de graisses dans le sang et une tension artérielle trop haute.

activité physique insuffisante. La chambre a précédemment documenté cette situation dans ses observations définitives sur la prévention de l'obésité chez les jeunes¹⁴.

La Polynésie face à un risque plus élevé de maladie rénale chez les diabétiques

Une étude publiée le 27 juin 2025 dans la revue *Diabetologia*¹⁵, menée conjointement par le centre hospitalier de la Polynésie française et le CHU de Nancy, met en évidence que vivre en Polynésie française augmente le risque de défaillance rénale et de mortalité chez les personnes atteintes de néphropathie diabétique et que ce risque ne s'explique pas uniquement par d'autres facteurs connus. Cette affection, complication fréquente du diabète de type 2, est également l'une des principales causes d'insuffisance rénale chronique.

Il en résulte que les patients polynésiens atteints de néphropathie diabétique sont, en moyenne, dix ans plus jeunes que ceux de la région Grand-Est au moment où leur maladie rénale est diagnostiquée grâce à une biopsie. Ils présentent notamment des atteintes plus graves aux reins, même si leur diabète dure depuis moins longtemps. Par ailleurs, les patients polynésiens doivent démarrer la dialyse beaucoup plus tôt, soit en moyenne, après seulement une année et demie contre plus de six ans pour ceux de la région Grand-Est.

1.2.1.2 Une épidémiologie atypique

Le nombre d'assurés de la caisse de prévoyance sociale pris en charge pour insuffisance rénale chronique est passé de 2 794 en 2020 à 4 160 en 2024, soit une hausse de plus de 48 % sur la période, correspondant à un taux de croissance annuel moyen de 10 %.

Les données de suivi de la maladie rénale chronique disponibles auprès l'agence de biomédecine, disponibles en 2025, indiquent qu'entre 2019 et 2021, les patients ultramarins traités en suppléance pour une insuffisance rénale chronique présentaient un âge moyen de 61,4 ans alors que cet âge s'élevait à 68 ans dans l'hexagone. En Polynésie française, il s'établissait à 57,2 ans, l'entrée dans la maladie est donc plus précoce. Par comparaison cet âge s'élevait à 52,4 ans à Mayotte, 56,9 ans en Guyane mais à 62,4 ans en Nouvelle-Calédonie.

Entre 2019 et 2021, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique s'établissait à 293 par millions d'habitants (pmh) dans les outre-mers et atteignait 470 pmh en Polynésie française et 647 pmh en Nouvelle-Calédonie. Cette prévalence s'établissait à 165 pmh en France hexagonale. En outre, quel que soit le sexe du patient, les incidences par classe d'âge étaient plus élevées dans les outre-mers.

Le lien entre le diabète de type 2 et l'insuffisance rénale chronique est plus élevé en Polynésie française que dans la majorité des autres territoires ultramarins : la part des patients démarrant une dialyse avec un diabète associé varie ainsi de 44 % en Guyane à 67 % en Polynésie française, majoritairement pour un diabète de type 2. Cette donnée est similaire en Nouvelle-Calédonie et atteignait 70 % à Wallis et Futuna.

¹⁴ Chambre territoriale des comptes de Polynésie française, *La prévention de l'obésité chez les jeunes*, mars 2025.

¹⁵ Michel, M., Flahault, A., Coliche, V. et al., *Différences dans la néphropathie diabétique confirmée par biopsie chez des personnes originaires de Polynésie comparées à celles de France métropolitaine : une étude de cohorte rétrospective*, *Diabetologia*, 27 juin 2025

Par ailleurs, les patients ultramarins démarrent plus fréquemment la suppléance rénale en urgence avec, pour conséquence, un âge médian au moment du décès plus faible qu'en France hexagonale (77,7 ans). L'âge du décès s'établissait à 64,8 ans pour Mayotte, 68,5 ans en Polynésie française, 69 ans à Wallis et Futuna, 71,7 ans en Martinique, 77,3 ans en Nouvelle-Calédonie et 77,7 ans à La Réunion. Il est, par ailleurs, révélé par le registre de suivi de la maladie rénale tenu par l'agence de biomédecine (registre « *Rein* ») que la part de décès enregistrés six mois après le démarrage du traitement était plus faible en Polynésie française (3,3 %) qu'en France hexagonale (9,2 %). L'entrée plus jeune dans la prise en charge peut, en partie, expliquer ce phénomène.

Entre 2016 et 2021, le nombre de patients dialysés en Polynésie française a progressé de 463 à 648. En 2025, près de 700 patients étaient en traités en dialyse. Par ailleurs, 205 personnes vivaient sur le territoire de la Polynésie française avec une greffe de rein, dont 136 greffés localement.

1.2.2 Améliorer la surveillance pour mieux connaître la maladie

1.2.2.1 Une surveillance de la maladie rénale chronique qui présente des faiblesses

Au niveau national, l'agence de biomédecine assure la tenue du registre épidémiologique national de l'insuffisance rénale chronique dénommé « *Réseau épidémiologie et information en néphrologie, (REIN)* ». La Polynésie française, par le biais du centre hospitalier et des opérateurs de dialyse, participe depuis 2011 à la complétude ce registre pour ce qui la concerne. Pour autant depuis 2023, le renseignement du registre n'est que partiel en raison d'une insuffisance de néphrologues sur le territoire. Cette situation implique par ailleurs que la Polynésie française n'était plus représentée aux réunions nationales des groupes de pilotage du registre national.

La chambre observe que la contribution de la Polynésie française aux données du registre revêt un intérêt stratégique, dans la mesure où elle permet d'intégrer les particularités épidémiologiques, spécifiques de la population polynésienne dans la recherche nationale sur la maladie rénale chronique. La participation de la Polynésie française aux données du registre constitue également un levier important pour renforcer les capacités locales en matière de recherche clinique et pour améliorer la qualité des soins dispensés aux patients polynésiens atteints de cette pathologie. Par ailleurs, la contribution au registre national offre à la Polynésie française un accès privilégié aux résultats et aux analyses issus de la cohorte de patients concernés par l'insuffisance rénale chronique, permettant ainsi d'orienter les politiques de santé publique sur la base de données scientifiques solides.

1.2.2.2 Un suivi plus complet de la maladie rénale chronique à organiser

La juridiction invite la Polynésie française à s'assurer que l'ensemble des acteurs de la suppléance rénale soit en mesure de participer effectivement à la complétude du registre national. La chambre invite notamment la Polynésie française à vérifier que la mise en place

d'un financement spécifique pour la tenue de ce registre constitue une voie d'amélioration possible de la situation.

En complément des données du registre, la Polynésie française gagnerait à mettre en place une surveillance précoce sur son territoire, dès les premiers stades de la maladie. Une telle action contribuerait à améliorer l'allocation des ressources du système de santé. En effet, retarder le recours aux traitements lourds (dialyse, transplantation) grâce à une détection plus précoce de la maladie et des traitements adaptés, constitue un investissement stratégique à la fois pour la soutenabilité des comptes sociaux et pour la qualité de vie des patients concernés.

Ainsi, la mise en œuvre d'une surveillance épidémiologique consolidée, notamment aux stades précoces de l'insuffisance rénale chronique, mériterait d'être engagée, tant pour améliorer la prise en charge des patients que pour anticiper les besoins futurs en matière d'organisation et de ressources sanitaires de la Polynésie française.

La chambre recommande à la Polynésie française d'enrichir la collecte de données épidémiologiques relatives à l'insuffisance rénale chronique, notamment aux stades précoces de la maladie afin de mieux anticiper les évolutions à apporter à sa prise en charge. La mise en place de ce système implique des échanges préalables avec l'agence de biomédecine et le recrutement ou la formation de personnels spécialisés dans la saisie et le traitement de données épidémiologiques. C'est la raison pour laquelle, la chambre considère que la Polynésie française devrait être en mesure d'atteindre cet objectif d'ici trois à cinq ans.

Recommandation n° 1. Enrichir, d'ici à 2028, la collecte de données épidémiologiques relatives à l'insuffisance rénale chronique, notamment aux stades précoces de la maladie.

1.3 Une dépense annuelle significative pour les régimes d'assurance maladie

1.3.1 Une dépense en progression de 10 % par an

Selon les données de la caisse de prévoyance sociale, entre 2020 et 2024, la dépense annuelle d'assurance maladie associée aux patients concernés par une maladie rénale chronique a progressé de 6,79 Md F CFP à 8,49 Md F CFP, soit une augmentation de 25 %.

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique représentait donc une dépense en croissance annuelle moyenne de 10 % par an entre 2020 et 2024.

Au cours de cette période, la part représentée par la maladie rénale chronique dans la dépense totale annuelle pour longues maladies (37, 77 Md F CFP en 2020 et 41, 74 Md F CFP en 2024) a progressé de 18 % à 20 %.

1.3.2 Une part prépondérante pour la dialyse

Les séances de dialyse, toutes modalités confondues (cf. partie 2.4.1 pour le détail), ont représenté une dépense annuelle de 3,56 Md F CFP en 2020 et de 3,8 Md F CFP en 2024, soit une progression de 6,5 % sur la période. Cette dépense correspond, en moyenne, à près de 9 % du montant total des remboursements effectués au titre des longues maladies, soit l'un des postes les plus significatifs de la prise en charge des maladies chroniques.

S'ajoutent à ces dépenses, les charges liées aux transports qui ont représenté en moyenne 235,5 M F FP chaque année, soit 4,4 % de la dépense annuelle liée à la maladie rénale chronique, la pharmacie pour 176 M F FP par an (3,3 %), la biologie à hauteur de 159 M F CFP (3 %) et les honoraires médicaux pour 46 M F CFP (17, %). Le coût complet de la dialyse pour l'assurance maladie, hors évacuations sanitaires, s'élevait alors à en 2024 à près de 5,2 Md F CFP.

1.3.3 Une charge plus mesurée pour la greffe

La transplantation rénale représente une charge moins élevée que la dialyse pour l'assurance maladie. La dépense annuelle correspondante s'établissait à 292,1 M F CFP en 2020 et 375,8 M F CFP en 2024, soit 4 % du coût annuel de la maladie rénale chronique. Le faible nombre de patients greffés vivant sur le territoire, explique en partie cet écart de dépense. Cependant, le coût moyen par patient est nettement favorable à la greffe.

En 2024, le coût annuel moyen pour l'assurance maladie d'un patient traité par dialyse s'élevait à 7,56 M F CFP, pour un total de 688 patients pris en charge et une dépense de 5,2 Md F CFP. Par comparaison, le coût moyen annuel d'un patient greffé s'établissait à 1,83 M F CFP, sur la base de 205 patients suivis pour une dépense totale de 375,8 M F CFP. Les données disponibles ne permettent toutefois pas de distinguer, au sein de cette dernière estimation, la part correspondant à l'année de la transplantation, généralement plus coûteuse, de celle liée au suivi post-greffe, dont les charges sont nettement moindres les années suivantes.

Ces données illustrent à la fois le poids financier structurel de la dialyse dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale et le bénéfice économique relatif de la greffe rénale, qui, au-delà de ses avantages médicaux, constitue une option plus efficiente à moyen terme. Le faible volume de greffes réalisées limite toutefois l'incidence globale de cette modalité de traitement sur les dépenses totales, la majorité des patients restant traités par dialyse sur le long terme.

1.4 Éviter ou retarder davantage la progression de la maladie

1.4.1 Accentuer la prise de conscience par la population

L'insuffisance rénale chronique est une pathologie souvent méconnue du grand public en Polynésie française alors même qu'elle constitue un problème important de santé par son

évolution silencieuse, ses conséquences graves et le poids croissant qu'elle exerce sur le système de soins.

La stratégie de prévention en santé de la Polynésie française repose sur plusieurs cadres de référence complémentaires. Le schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016–2021, prolongé jusqu'à la mise en place du SOS 2026-2031, effectif à compter de l'année 2026, définit les grandes orientations de l'offre de soins. Le plan de prévention et de promotion de la santé 2024 2025 orientait ses actions sur l'alimentation équilibrée, l'activité physique et la réduction des comportements à risque. Son successeur, le plan 2026–2036, en préparation par le ministère chargé de la santé devrait, selon celui-ci, proposer une vision stratégique à dix ans intégrant les maladies chroniques et les déterminants de santé. Selon la Polynésie française, ce plan stratégique devrait prévoir la pérennisation des actions de prévention déjà engagées tout en intégrant le dépistage de l'insuffisance rénale chronique dans une approche territorialisée de la prévention et du suivi des populations.

Le renforcement de la sensibilisation de la population à l'insuffisance rénale chronique et, plus largement aux maladies chroniques, représente un levier essentiel de prévention et de maîtrise des dépenses de santé à moyen et long terme. Par exemple, les campagnes « *Moins de sel, moins de sucre* » et « *Bouge pour ta santé* », conduites par le ministère de la santé conjointement avec le Fare Tama Hau et les communes, intègrent la prévention de l'hypertension artérielle et du diabète, deux pathologies étroitement liées au risque d'insuffisance rénale chronique.

La Polynésie française s'appuie également sur le programme « *Package for Essential Non communicable Disease Interventions (PEN)* » de l'Organisation mondiale de la santé, adapté localement. Celui-ci sert de référentiel clinique pour le dépistage, le suivi et l'éducation thérapeutique des maladies métaboliques en soins primaires. Ce programme permet aux professionnels des centres de santé du Pays d'identifier les facteurs de risques cardiovasculaires, d'évaluer le risque de maladie grave et de mortalité et de proposer un plan personnalisé de réduction des risques, comprenant des actions individuelles, des actions de groupe et, si nécessaire, un traitement médicamenteux. Le ministère chargé de la santé prévoit que cet outil sera intégré dans le futur dossier santé numérique à l'horizon 2027, avec une formation associée à son utilisation, en vue d'une diffusion plus large et d'un meilleur suivi. Le ministère chargé de la santé envisage un déploiement en secteur libéral au sein du futur dossier médical partagé, ce dont la chambre prend acte.

La chambre en prend acte et encourage la Polynésie française à poursuivre ses actions en ce sens et à mettre en œuvre les objectifs qu'elle s'est fixée.

Le fonds de prévention sanitaire et sociale constitue le principal levier financier des actions de prévention, de sensibilisation et d'éducation thérapeutique. En 2024, il a notamment soutenu l'appel à projets *Ora Maitai*, doté de 150 M F CFP et renouvelé en 2025, destiné à promouvoir la prévention communautaire, l'activité physique et de meilleures habitudes alimentaires en mobilisant communes, associations et acteurs de proximité. L'appel à projets *Ora Maitai*, accompagné de nombreuses initiatives communautaires dans les îles, autour du dépistage, de l'éducation à la santé et de la promotion de modes de vie favorables.

Dans une logique de renforcement des compétences collectives, le ministère chargé de la santé prévoit, pour l'avenir, que les subventions des appels à projets pourraient progressivement inclure la production d'indicateurs simples et de bilans partagés, élaborés conjointement avec les porteurs de projets. Cette évolution viserait à instaurer une politique complète d'évaluation des programmes de santé, permettant de valoriser les actions réalisées,

d'en mesurer les effets et d'orienter plus efficacement la planification des interventions à venir. La juridiction partage cet objectif et attire l'attention de la Polynésie française sur la nécessité de mettre en place des indicateurs dont le mode de calcul est robuste et repose sur une échéance temporelle, définie à l'avance.

En amont, une meilleure compréhension par la population des causes et des conséquences de l'insuffisance rénale chronique favoriserait l'adoption de comportements plus sains permettant d'éviter ou de retarder l'entrée dans l'insuffisance rénale chronique. La prise de conscience est donc à engager chez les publics les plus jeunes afin de les sensibiliser aux risques encourus au titre de la maladie rénale. La chambre observe que la communication au grand public d'une information orientée sur la maladie rénale permettrait de corriger la faible perception du risque, souvent sous-estimé dans la population.

La chambre invite dès lors, la Polynésie française à diffuser des messages spécifiques sur l'insuffisance rénale chronique permettant à l'ensemble de la population de comprendre :

- l'importance de la lutte contre la dépendance tabagique qui participe au développement des maladies cardiovasculaires et à la dégradation de la fonction rénale ;
- l'importance de limiter la consommation d'alcool ;
- les bénéfices de l'équilibre diététique (notamment la limitation des apports en sel) et de l'activité physique sur la limitation de la dégradation de la fonction rénale ;
- l'importance de surveiller et connaître les signes et symptômes de la maladie rénale chronique.

Il serait notamment utile d'améliorer la connaissance de la population sur les conséquences de la dépendance à l'alcool ou de l'addiction aux drogues dures, qui, sans projet de sevrage, représentent des contre-indications à la greffe rénale.

1.4.2 Poursuivre les actions de dépistage précoce

Depuis novembre 2024, la Polynésie française a décidé de cibler la maladie rénale chronique à travers la mise en place d'un forfait de consultation pluridisciplinaire (néphrologue, infirmier, diététicien, psychologue et assistant social) spécifique aux structures de dialyse pour les stades 4 et 5 de la maladie afin d'en améliorer le suivi et de renforcer l'accompagnement des patients.

La chambre observe positivement cette méthode et note qu'elle traduit une évolution déjà mise en œuvre sur le territoire national, conformément aux observations de la Cour des comptes en 2020¹⁶. La chambre considère cependant que, d'ici à 2030, soit plus de cinq années après la mise en œuvre de ce forfait, la Polynésie française devra réaliser un bilan de sa mise en œuvre et étudier, à cette occasion, l'intérêt de l'étendre au stade 3 de la maladie afin d'agir avant l'entrée dans les stades avancés de la maladie.

Par ailleurs, pour les patients présentant des risques cardiovasculaires, le dépistage de l'insuffisance rénale chronique est organisé dans les centres de santé. Il comprend notamment une prise de sang annuelle pour vérifier le bon fonctionnement des reins et rechercher

¹⁶ Cour des comptes, *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients*, Rapport public annuel, février 2020.

d'éventuelles lésions rénales. Cette vérification est aussi proposée aux patients qui prennent des médicaments pouvant fragiliser les reins, comme certains anti-inflammatoires, protecteurs gastriques ou traitements contre l'hypertension et le diabète.

Pour le reste de la population, le ministère de la santé, en lien avec le centre hospitalier de la Polynésie française et les opérateurs privés de dialyse, organise, à fréquence régulière, des actions de dépistage précoce de la maladie rénale chronique. Ainsi chaque année à l'occasion de la journée mondiale du rein, des modalités de dépistage gratuites sont proposées dans les lieux publics, notamment dans les mairies ainsi que dans le hall du centre hospitalier et des centres commerciaux. Ces événements associent un dépistage biologique rapide — portant sur la glycémie, l'albuminurie et la tension artérielle — et des stands d'information animés par les équipes de la direction de la santé.

La communication numérique constitue également un levier d'action efficace pour sensibiliser la population à l'intérêt du dépistage de la maladie rénale. C'est pourquoi, la direction de la santé publie régulièrement des messages de prévention sur ses réseaux sociaux destinés à rappeler les signes d'alerte, à promouvoir le dépistage précoce et à encourager les consultations préventives. Ces messages sont adaptés au contexte local, avec des formulations simples et percutantes telles que : « *1 personne sur 10 est concernée par une maladie rénale, mais la plupart l'ignorent jusqu'à un stade avancé* ».

Enfin, des actions de prévention et de dépistage sont conduites en lien avec les municipalités et des associations de patients à travers l'organisation d'ateliers de sensibilisation dans plusieurs communes, notamment à Papeete, Mahina, Punaauia, Papara, Moorea, Raiatea et Bora Bora. Ces initiatives locales renforcent la proximité et la continuité de l'action publique en faveur du dépistage précoce de la maladie rénale.

De plus, selon le ministère de la santé, le prochain plan de prévention et de promotion de la santé 2026–2036, en préparation à la fin de l'année 2025, prévoit de pérenniser les actions de dépistage précoce et de les étendre à l'ensemble du territoire. La chambre observe que ce dépistage précoce pourrait alors reposer sur des consultations spécifiques orientées sur :

- le contrôle de la pression artérielle ;
- le traitement du diabète et la réduction de l'hyperglycémie ;
- un régime alimentaire adapté, limitant l'apport en protéines, en sel, en potassium ou en phosphore selon les cas ;
- la correction des déséquilibres biologiques (fer, calcium, bicarbonates...) ;
- la prise en charge du tabagisme, de la sédentarité et de l'obésité.

Pour les personnes les plus éloignées des centres de soins, notamment dans les archipels, ces consultations pourraient être organisées par la voie de la téléconsultation ou la télésurveillance. La chambre encourage la Polynésie française à poursuivre les actions qu'elle a commencé à engager pour le développement de la télémédecine sur le territoire.

La téléconsultation et la télésurveillance

La téléconsultation est un acte médical à distance qui permet à un professionnel de santé (le plus souvent un médecin) de réaliser une consultation avec un patient à l'aide d'un dispositif numérique sécurisé utilisant la vidéo. Le contenu de la téléconsultation est équivalent à celui d'une consultation en présentiel : interrogatoire, évaluation clinique à distance, proposition diagnostique, prescription éventuelle d'examens ou de traitements, rédaction d'un compte rendu.

La téléconsultation s'adresse à tout patient, quel que soit son état de santé, et peut concerner une situation ponctuelle ou le suivi d'une pathologie chronique.

La télésurveillance médicale, quant à elle, concerne le suivi à distance de données de santé transmises automatiquement ou manuellement par le patient, via des dispositifs médicaux connectés. Elle s'inscrit dans la prise en charge de pathologies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale) et permet au professionnel de santé d'analyser ces données à intervalles réguliers, sans nécessairement interagir en direct avec le patient.

La télésurveillance vise à détecter précocement les signaux d'alerte ou les aggravations de l'état de santé, afin d'ajuster rapidement la prise en charge. Elle repose sur une plateforme technique, une organisation médicale dédiée, et un protocole de suivi défini.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

L'insuffisance rénale chronique évolue lentement jusqu'à la perte complète de la fonction rénale. Son caractère souvent asymptomatique dans les stades précoces rend le diagnostic tardif et expose à des complications graves. Au stade terminal, le recours à une suppléance rénale (la dialyse et la transplantation) devient indispensable. La greffe rénale offre de meilleurs résultats en termes de survie, de qualité de vie et de dépense publique, que la dialyse. La greffe est cependant limitée par la rareté des greffons et les contraintes logistiques spécifiques à la Polynésie française.

La maladie revêt, sur ce territoire, une ampleur particulière. Sa prévalence est plus élevée que dans l'hexagone en raison de l'incidence du diabète, de l'obésité et de l'hypertension. Les patients y sont touchés plus jeunes que dans l'Hexagone et développent des formes plus sévères. Cette situation illustre un déséquilibre sanitaire aggravé par la dispersion géographique et la pénurie de spécialistes en néphrologie.

Les dépenses liées à l'insuffisance rénale chronique ont progressé de 10 % chaque année (2020-2024), atteignant 8,5 Md F CFP en 2024. La dialyse représentait la majeure partie de ces coûts, tandis que la transplantation, bien que plus efficace pour l'assurance maladie, était marginale.

Face à ces enjeux, la Polynésie française devrait renforcer la surveillance épidémiologique de la maladie rénale et améliorer la détection précoce de la maladie, notamment par une meilleure alimentation du registre national de suivi de la maladie. En matière de prévention une sensibilisation accrue de la population, dès le plus jeune âge, apparaît indispensable pour retarder la progression de la maladie et préserver la soutenabilité du système de santé.

2 RENFORCER LA PRISE EN CHARGE EN DIALYSE AU BENEFICE DE TOUS LES PATIENTS

2.1 Une offre de dialyse qui varie en fonction de la situation du patient

2.1.1 Des modalités complémentaires

L'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale est exercée en Polynésie française selon quatre modalités distinctes fixées en 2009¹⁷ :

- hémodialyse en centre spécialisé (« *centre lourd* ») ;
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) ;
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée (UAD) ;
- dialyse à domicile par hémodialyse quotidienne ou par dialyse péritonéale.

La modalité de dialyse prescrite par le néphrologue a pour objet une prise en charge efficace du patient en fonction de son besoin médical. Elle fait l'objet d'une information et d'un échange entre le patient et le médecin.

L'hémodialyse en centre spécialisé, appelé également « *centre lourd de dialyse* », se déroule au sein d'un service hospitalier spécialisé. Les séances, généralement programmées trois fois par semaine, durent en moyenne quatre heures. Ce cadre est particulièrement adapté aux patients fragiles, instables sur le plan médical ou présentant des complications importantes. La surveillance y est continue et assurée par une équipe médicale et paramédicale spécialisée. Cette modalité de traitement permet une intervention et une prise en charge immédiate en cas de complication. Néanmoins, l'hémodialyse en centre impose des déplacements fréquents du patient vers le lieu de soin, des horaires rigides et une ambiance hospitalière pouvant être perçue comme pesante.

L'unité de dialyse médicalisée (UDM) est une structure intermédiaire entre le centre lourd de dialyse et les unités d'autodialyse. Cette modalité permet la prise en charge des patients cliniquement stables, nécessitant toutefois une surveillance médicale disponible. Pour autant, à la différence du centre lourd, la présence d'un médecin n'est pas systématiquement continue sur le site. Les séances, généralement effectuées trois fois par semaine, se déroulent sous la responsabilité du personnel infirmier avec la possibilité de solliciter un avis médical en cas de nécessité. Cette modalité implique des déplacements réguliers et présente une flexibilité plus faible que les formes de dialyse orientées vers une plus grande autonomie du patient, lorsque leur situation le permet.

Les unités d'autodialyse (UAD) sont destinées aux patients stables, autonomes et en mesure de s'investir dans la réalisation de leur traitement. Elles ne disposent pas de médecin présent en continu et le personnel infirmier est formé aux situations d'urgence. Cette modalité

¹⁷ Arrêté n° 194 CM du 4 février 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale

permet au patient de gagner en autonomie et de bénéficier d'horaires parfois plus souples dans un cadre moins rigide.

Enfin, la dialyse à domicile constitue la modalité d'épuration extrarénale conférant le plus haut degré d'autonomie au patient. Elle peut être mise en œuvre, en Polynésie française selon deux techniques fondées sur la dialyse péritonéale¹⁸ ou l'hémodialyse. Dans le cadre de l'hémodialyse à domicile, le patient, ou un tiers formé, procède à la réalisation des séances à l'issue d'un apprentissage spécifique et encadré.

Tableau n° 1 : Avantages et inconvénients des différents modalités de dialyse

Modalité	Lieu	Surveillance médicale	Autonomie	Fréquence / Durée	Flexibilité horaire	Indication patient	Avantages	Inconvénients
Hémodialyse en centre	Centre spécialisé	Continue	Faible	3x/sem. ~4h	Faible	Patients fragiles, instables ou à haut risque	Sécurité maximale, prise en charge immédiate	Déplacements fréquents, rigidité des horaires
Unité de dialyse médicalisée (UDM)	Unité dédiée	Présente, mais non continue	Moyenne	3x/sem. ~4h	Faible	Patients stables nécessitant surveillance intermédiaire	Environnement plus convivial, sécurité	Déplacements, moins flexible que l'autodialyse ou domicile
Autodialyse (simple ou assistée) UAD	Unité dédiée	Infirmiers présents, médecin non permanent	Élevée	3x/sem. ~3h-4h	Moyenne	Patients stables, motivés, autonomes	Plus grande autonomie	Apprentissage technique nécessaire, non adapté aux patients fragiles
Dialyse à domicile	Domicile du patient	À distance	Très élevée	Quotidien par cycle variable, de jour ou de nuit	Élevée	Patients stables, motivés, disposant d'un environnement adapté	Liberté, maintien de la vie sociale/pro. Pas de trajets	Risque d'infections, charge mentale, aménagements nécessaires

Source : Chambre territoriale des comptes

Selon les données de la caisse de prévoyance sociale, 688 patients étaient traités par dialyse en Polynésie française en 2024, contre 660 en 2020, soit une progression de 4 %.

L'analyse de l'évolution des orientations des patients, sur prescription médicale, vers les différentes modalités de dialyse entre 2020 et 2024 met en évidence une progression marquée des prises en charge en unités de dialyse médicalisées, qui accueillent désormais une part croissante de patients précédemment suivis en centre lourd ou en autodialyse. La proportion de séances réalisées dans ces unités est ainsi passée de 36,24 % en 2020 à 52,86 % en 2024. Parallèlement, la part des séances effectuées au centre hospitalier est passée de 25,4 % à 20 %, et celles réalisées en autodialyse a diminué de près de 15 % à 4,1 % sur la même période.

Ces changements devraient traduire, en théorie, un recentrage progressif des prises en charge vers les modalités les plus adaptées à l'état de santé des patients. La prédominance des séances réalisées en unités de dialyse médicalisées au détriment de l'autodialyse peut notamment s'expliquer par le vieillissement de la population et par la complexité croissante des

¹⁸ La dialyse péritonéale continue ambulatoire (sans appareil, du soluté stérile est infusé dans la cavité péritonéale grâce à un cathéter pour éliminer les toxines urémiques accumulées) et la dialyse péritonéale automatisée grâce à une machine qui effectue le traitement, généralement pendant la nuit.

situations cliniques, marquées par la présence fréquente de polyopathologies, rendant l'autodialyse moins appropriée. Ce mouvement est facilité par la délivrance d'une partie des autorisations en unités mixtes (unité médicalisée/autodialyse).

Toutefois, à moyen terme, le recours à l'autodialyse devrait connaître une progression, sous l'effet d'une entrée plus précoce dans le traitement de suppléance et d'un âge moyen d'initiation de la dialyse plus jeune. Le développement des actions de dépistage précoce et la mise en place de consultations dédiées aux maladies rénales que la chambre recommande à la Polynésie française de mettre en place, devraient en effet permettre d'identifier plus tôt les patients éligibles et de leur proposer des modalités de traitement plus souples que la dialyse en unité médicalisée.

Tableau n° 2 : Séances de dialyses par modalités

	2020	2021	2022	2023	2024
Unités médicalisées	36,24 %	38,52 %	42,16 %	48,33 %	52,86 %
Centre lourd	25,43 %	22,39 %	22,93 %	24,10 %	20,01 %
Autodialyse	14,83 %	11,97 %	9,52 %	4,64 %	4,16 %
Dialyse à domicile	19,00 %	22,52 %	20,94 %	18,44 %	17,71 %
Entraînements	4,50 %	4,60 %	4,46 %	4,49 %	5,26 %

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

L'évolution rapide des modes de prise en charge conduit la chambre à attirer l'attention de la Polynésie française sur la nécessité de prendre en compte le risque que des patients soit adressés, sur prescription médicale, en unité médicalisée en lieu et place de l'autodialyse en raison d'un tarif plus favorable de cette première modalité (35 000 F FCP) sur la deuxième (28 338 F CFP), notamment dans un contexte où ces deux montants sont restés identiques entre 2020 et 2025.

La chambre recommande à la Polynésie française de mettre en place dès 2026, des contrôles réguliers des prescriptions médicales en dialyse. Conformément aux pratiques mises en place pour le contrôle des autorisations, ces contrôles spécifiques pourront être confiés conjointement à l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale et à la caisse de prévoyance sociale (contrôle médical).

<p>Recommandation n° 2. Instaurer, à partir de 2026, des contrôles sur les prescriptions médicales relatives à l'adressage des patients en dialyse.</p>
--

2.1.2 Les bénéfices de l'autodialyse

L'hémodialyse pratiquée en unité d'autodialyse peut se décliner sous la forme de l'autodialyse simple ou de l'autodialyse assistée. Les opérateurs de dialyse ont indiqué au cours de l'instruction, que, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la société savante en néphrologie, le choix du mode d'autodialyse fait l'objet d'un échange entre le patient et l'équipe médicale et soignante en fonction du mode de vie et du niveau d'autonomie. Selon la modalité sélectionnée, une formation du patient, qui comporte des séances d'entraînement, est réalisée pendant plusieurs semaines.

L'autodialyse simple, déjà mise en œuvre sur le territoire, s'adresse à des patients atteints d'insuffisance rénale chronique qui ont bénéficié d'une formation spécifique à l'hémodialyse. Ces patients disposent alors de l'autonomie et des compétences nécessaires pour réaliser eux-mêmes l'ensemble des étapes de leur traitement. Cela comprend notamment la pesée préalable, la surveillance de leur tension artérielle, la préparation et la mise en fonctionnement du générateur de dialyse, la réalisation des gestes techniques de branchement et de débranchement du circuit de circulation extracorporelle, ainsi que le déclenchement du cycle de désinfection automatisée du générateur à la fin de la séance.

Dans les unités d'autodialyse simple, les patients prennent en charge leur propre séance, la préparation du matériel, la ponction des aiguilles et la surveillance du déroulement de la dialyse.

L'autodialyse assistée est destinée à des patients formés à la technique d'hémodialyse, mais qui nécessitent l'intervention d'un infirmier pour la réalisation de certains gestes techniques ou pour une assistance partielle au cours de la séance. Cette modalité, également mise en œuvre en Polynésie française, permet d'offrir la sécurité nécessaire aux patients présentant des limitations physiques, psychologiques ou techniques, tout en leur garantissant un maximum d'autonomie dans la prise en charge de leur traitement.

Les unités d'autodialyse sont en capacité d'accueillir des patients en déplacement temporaire, notamment dans le cadre de séjours de vacances ou de mobilité professionnelle. Cette possibilité s'adresse principalement à des patients autonomes et suffisamment formés à l'hémodialyse, capables d'intégrer un environnement de soin différent de leur centre habituel, tout en assurant eux-mêmes, ou avec une aide limitée, la conduite de leur traitement. Ces accueils temporaires contribuent à préserver la qualité de vie des personnes dialysées, en leur offrant la possibilité de se déplacer sans interruption de leur prise en charge médicale.

Nécessitant moins de présence médicale et paramédicale, l'autodialyse pèse moins fortement sur les comptes de l'assurance maladie que la dialyse en centre lourd ou les unités de dialyse médicalisée. Le développement des unités d'autodialyse représente donc une option permettant de maîtriser les coûts de la dialyse. La chambre encourage la Polynésie française à favoriser l'implantation de ce type d'unités.

2.1.3 Les avantages de la dialyse à domicile

La dialyse à domicile, telle que pratiquée sur le territoire, représente une alternative thérapeutique qui devrait être privilégiée autant que possible dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale, en raison de ses nombreux atouts sur les plans clinique, économique et organisationnel.

Sur le plan clinique, la dialyse à domicile offre la possibilité d'adapter le traitement aux besoins physiologiques de chaque patient. Grâce à des séances plus fréquentes ou de durée prolongée, elle permet une épuration plus efficace. Cette approche contribue à limiter les épisodes d'hypotension durant la dialyse et à préserver plus longtemps la fonction rénale résiduelle. Ces bénéfices sont essentiels pour retarder l'apparition des complications cardiovasculaires, qui constituent la principale cause de morbidité et de mortalité chez les personnes concernées par le stade terminal de l'insuffisance rénale chronique.

Sur le plan économique, la dialyse à domicile se révèle globalement moins coûteuse que la dialyse en centre. Cette économie s'explique par la réduction des dépenses liées au personnel soignant, à la logistique du centre de dialyse, à l'utilisation des infrastructures et aux transports sanitaires. Cependant, l'hémodialyse à domicile nécessite un investissement initial plus important en matériel et en formation.

La poursuite du déploiement de la dialyse à domicile en Polynésie française, que la juridiction encourage, suppose en premier lieu, d'évaluer l'éligibilité des patients, en tenant compte de leur autonomie, de leur environnement familial et de leurs conditions de logement.

Un accompagnement médico-social comprenant des visites à domicile et une astreinte médicale permanente, est nécessaire pour sécuriser cette modalité de traitement. Par ailleurs, l'adhésion du patient et sa capacité à suivre rigoureusement les protocoles sont des conditions déterminantes pour la réussite de la prise en charge.

La chambre observe, à cet effet, que la mise en place de la télésurveillance que le ministère chargé de la santé a déjà commencé à déployer en lien avec les différents acteurs de soins, permettra de faciliter le développement de la dialyse à domicile et de réduire le risque d'incidents tout en rassurant les patients ainsi que leurs proches¹⁹.

Il en résulte que la montée en charge de la dialyse à domicile, pour les patients éligibles, nécessite, selon la chambre, l'implication conjointe des professionnels de santé (tels que les infirmiers libéraux), des acteurs institutionnels et des équipes médico-sociales, afin de garantir une prise en charge équitable sur l'ensemble du territoire de la Polynésie française. Il s'agit concrètement de traiter les difficultés liées à la distance entre le domicile et l'équipe médicale la plus proche, l'approvisionnement en consommables indispensable au fonctionnement de l'appareil, l'existence d'une assistance technique permanente et la possibilité de réaliser une évacuation sanitaire.

La chambre observe que, dans les travaux d'évaluation de coûts de la dialyse et de fixation de nouveaux tarifs, qu'elle recommande à la Polynésie française de conduire (cf. infra), les modalités de dialyse à domicile devront faire l'objet d'une attention particulière afin que le financement soit adapté aux contraintes qu'elles nécessitent de prendre en compte.

¹⁹ L'intégration d'outils numériques et de solutions de télésurveillance au domicile permet de recueillir en temps réel des données sur le déroulement des séances et sur l'état de santé du patient. Ces informations facilitent l'ajustement rapide du protocole thérapeutique et renforcent la sécurité du protocole.

2.2 Une prise en charge qui repose sur des acteurs complémentaires

2.2.1 Le régime des autorisations

Les conditions techniques d'exercice de l'activité de dialyse ont été définies en 2009 sur le fondement de l'arrêté n° 194/CM du 4 février 2009 modifié, relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale et de l'arrêté n° 195/CM du 4 février 2009 modifié, relatif aux locaux, matériels techniques et dispositifs médicaux dans les établissements de santé exerçant l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale. Principalement, cette réglementation détermine les normes et les conditions de fonctionnement des différentes modalités de dialyse et précise les conditions techniques attendues en matière de personnel, de gestion des urgences, d'équipements, de surface des locaux et de sécurité des patients et des matériels.

Les autorisations pour l'hémodialyse en centre, l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée, l'hémodialyse en unité d'autodialyse et celle réalisée à domicile sont délivrées par arrêtés du ministre chargé de la santé sur le fondement de cette réglementation. Excepté pour la dialyse à domicile, l'autorisation notifiée à un opérateur précise le ou les sites géographiques autorisés.

Le centre autorisé doit, par ailleurs, disposer de postes d'hémodialyse de traitement, de postes de repli et de postes d'entraînement à la dialyse lorsqu'il assure ces deux dernières missions. Le poste d'hémodialyse est constitué par l'association d'un lit ou d'un fauteuil pour le patient, avec un générateur d'hémodialyse et une arrivée d'eau traitée pour la dialyse.

Lorsque qu'une structure ne propose pas toutes les modalités de traitement, l'autorisation ne peut être délivrée que si elle a conclu des conventions de coopération avec une ou plusieurs structures sanitaires organisant la prise en charge du patient dans la ou les modalités dont elle ne dispose pas en propre.

En application de l'article LP. 44 de la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 modifiée relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française, les autorités sanitaires ont réalisé en 2023 un bilan de la carte sanitaire pour l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale. Ce bilan tenait compte d'une population de 283 147 habitants issue du recensement le plus récent.

Sur le fondement de ce bilan, l'arrêté n° 486 CM du 23 mars 2023²⁰ a ouvert une période de dépôt des demandes d'autorisation de dialyse durant les mois d'avril et mai 2023, afin de permettre le renforcement de l'offre sur le territoire, en réponse aux besoins non couverts et identifiés à cette date.

²⁰ Arrêté n° 486/CM du 23 mars 2023 relatif au bilan de la carte sanitaire relatif à l'activité de soins « *traitement de l'insuffisance rénale chronique* » et ouvrant une période de dépôt des demandes d'autorisation la concernant.

Tableau n° 3 : Bilan de la carte sanitaire pour l'activité de dialyse en 2023

Activité de soins	Indices de besoins (révisé en 2022) *	Volume autorisable	Volumes autorisés	Bilan (+ excédent ou (- déficit)
Hémodialyse en centre	0,13	37	22	- 15
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ou en unité d'autodialyse	0,3	85	55	- 30
Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	0,42	119	84	- 35

Source : arrêté n° 486 CM du 23 mars 2023 - *en nombre de postes de dialyse pour 1 000 habitants en fonction des indices définis par l'arrêté n° 2625 CM du 8 décembre 2022, modifiant l'arrêté du 18 septembre 2020 relatif à la carte sanitaire.

Le bilan de la carte sanitaire réalisé en 2023 a ainsi permis l'ouverture d'une période de dépôt des demandes d'autorisations supplémentaires pour 15 postes de dialyse en centre, 30 postes d'unités d'autodialyse et d'unités de dialyse médicalisée²¹ et de 35 postes en dialyse à domicile. L'objectif était alors d'autoriser progressivement des ouvertures de postes de dialyse.

En complément, l'arrêté n°772 CM du 6 juin 2025 a ouvert une nouvelle période de demandes d'autorisation en dialyse sur la fin de l'année 2025, portant les volumes autorisés à 75 pour l'autodialyse et les unités de dialyse médicalisées et 110 pour la dialyse à domicile. Les écarts entre les postes autorisés et les besoins ont alors été réduit significativement par rapport à 2023.

Tableau n° 4 : Besoins complémentaires de l'activité de dialyse identifiés en 2025

Activité de soins	Indices de besoins (révisé en 2022) *	Volume autorisable	Volumes autorisés	Bilan (+excédent) (- déficit)
Hémodialyse en centre	0,13	37	22	- 15
Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ou en unité d'autodialyse	0,3	85	75	- 10
Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale	0,42	119	110	- 9

Source : arrêté n° 77 CM du 6 juin 2025 - *en nombre de postes de dialyse pour 1 000 habitants en fonction des indices définis par l'arrêté n° 2625 CM du 8 décembre 2022.

²¹ En pratique, les autorisations délivrées en autodialyse et en unité de dialyse médicalisée sont les mêmes car mises en œuvre dans les mêmes locaux avec des techniques différentes.

2.2.2 Les autorisations délivrées

2.2.2.1 Le centre spécialisé pour les patients les plus complexes

Le centre hospitalier de la Polynésie française est autorisé à exercer exclusivement comme centre spécialisé, avec une capacité de 22 postes (sur les 27 autorisables) pour les patients les plus complexes.

Cet unique centre lourd du territoire est alors le centre de référence pour les cas nécessitant une prise en charge médicalisée continue. Les séances d'hémodialyse y sont réalisées sous surveillance médicale permanente, par une équipe hospitalière complète (médecins néphrologues, infirmiers spécialisés, techniciens...).

Le centre hospitalier dispose à cet effet d'un plateau technique complet, capable de gérer les complications, d'assurer les urgences et d'adapter les traitements aux patients présentant des comorbidités lourdes (cardiaques, infectieuses, instabilité hémodynamique...).

Il constitue le pôle d'appui aux unités de dialyse médicalisées et d'autodialyse confiés aux autres opérateurs de la dialyse.

2.2.2.2 La prise en charge des autres patients

La prise en charge des patients qui ne nécessitent pas un accueil en centre lourd a été confiée à deux opérateurs privés.

L'association APURAD (Association polynésienne d'utilisation du rein artificiel à domicile) dispose d'un réseau étendu d'unités de dialyse réparties sur plusieurs sites de la Polynésie française.

Sur Tahiti, à Papeete, l'association exploite une unité mixte d'autodialyse et de dialyse médicalisée de six postes. Celle-ci doit être prochainement transférée à la faveur d'un nouveau projet sur la commune de Pirae, pour l'exploitation d'une structure mixte dotée au total de neuf postes autorisés. À Mahina, l'association gère une unité de dialyse médicalisée comprenant huit postes. De plus, une structure de même nature est installée à Paea, également équipée de huit postes. Enfin, à Papara, une structure de six postes en unité mixte exploités en dialyse médicalisée est implantée.

Sur l'île de Moorea, l'APURAD dispose de deux autorisations pour deux postes dérogatoires et une unité mixte de six postes permettant une continuité de l'offre entre prise en charge supervisée et autonomie des patients. Par ailleurs, une unité mixte exploitée en dialyse médicalisée de six postes est installée à Raiatea. Enfin, l'APURAD gère deux dispositifs de dialyse à domicile (dialyse péritonéale et hémodialyse quotidienne à domicile) basés à Papeete, comptant 26 postes et 54 postes.

Ainsi, l'APURAD assure une couverture géographique large et diversifiée, combinant des unités de proximité à Tahiti et dans les îles (Raiatea et Moorea) et une offre de dialyse à domicile sur l'ensemble du territoire polynésien, contribuant à la structuration progressive d'un réseau de soins équilibré entre accompagnement médicalisé et autonomie des patients.

L'entraînement aux différentes modalités de dialyse est actuellement assuré dans les locaux de Mamao, en attente de transfert vers le nouveau bâtiment de Pirae. Il s'effectue dans un lieu unique où sont regroupés les programmes de formation à l'hémodialyse à domicile, à la dialyse péritonéale et à la dialyse hors centre. Ce modèle d'unité de transition, reconnu pour son efficacité, favorise le développement des modalités de dialyse à domicile. Les équipes de l'APURAD travaillent en proximité et certains professionnels interviennent sur plusieurs modalités, ce qui renforce leur expertise technique et favorise une approche décloisonnée du patient. La durée de formation varie selon les capacités d'apprentissage et le niveau éducatif préalable des patients et dure au minimum quatre semaines, avec une moyenne de sept à huit semaines. Si besoin, l'entraînement se poursuit après l'intégration dans l'unité de destination.

Les patients d'autodialyse peuvent être pris en charge en dialyse médicalisée, sur le même lieu ou à proximité, lorsque leur état de santé ou leur niveau d'autonomie le nécessite. Les patients suivis dans les unités médicalisées de Moorea et de Raiatea peuvent, lorsque leur situation le permet, être accueillis temporairement dans les unités de dialyse médicalisée de Tahiti.

En cas de complication médicale, technique ou sociale, un transfert vers le centre hospitalier est effectué. Les patients de dialyse à domicile peuvent également être réintégrés temporairement dans l'unité d'entraînement en cas de problème technique nécessitant une assistance infirmière. La continuité des soins de l'APURAD est assurée en permanence par deux lignes d'astreinte médicale distinctes, l'une dédiée à l'hémodialyse et l'autre aux patients à domicile et aux consultations. Une astreinte infirmière couvre la dialyse à domicile, complétée par une astreinte d'infirmier responsable pour la coordination opérationnelle. La continuité pharmaceutique, notamment pour le traitement d'eau, est garantie par une astreinte de pharmacien. Pour les unités éloignées, une convention, actualisée en 2025, prévoit l'intervention des médecins de la direction de la santé, soit par transfert du patient, soit par déplacement sur site, notamment pour les hôpitaux de Moorea et de Raiatea.

La société par action simplifiée, ISIS Polynésie dispose d'autorisations délivrées pour les différentes modalités de dialyse sur Papeete, Tairapu-Est et Bora Bora. La prise en charge repose sur une équipe médicale et paramédicale qualifiée, une astreinte mutualisée, et un suivi global associant accompagnement diététique, psychologique, social et activité physique adaptée.

L'unité de dialyse médicalisée de ISIS Polynésie à Papeete, existe depuis septembre 2018 pour assurer la prise en charge des patients du grand Papeete nécessitant une surveillance médicale non continue. Autorisée initialement pour 14 postes, elle a été étendue à 16 postes en 2020. L'unité médicalisée de Papeete pratique également la formation et dispose de deux postes d'entraînement installés en sus des postes autorisés, pouvant accueillir huit patients par semaine²². Enfin l'activité dit de repli est réalisée sur le site de Papeete à raison de deux postes de replis dédiés à la prise en charge des patients en provenance des unités périphériques (Tairapu-Est et Bora Bora) nécessitant une prise en charge ponctuelle à la suite d'un évènement aigu en dehors de tout critère d'hospitalisation.

²² Conformément à la réglementation de 2009, ces postes d'entraînement permettent d'accueillir les nouveaux patients dialysés et contribuent à stabiliser leur état clinique. Ils permettent également la réalisation d'ateliers d'éducation thérapeutique

Initialement autorisée pour la modalité d'autodialyse, l'unité de Tairapu-Est de ISIS Polynésie a élargi son activité à la modalité de dialyse médicalisée à partir de 2019, en application de la réglementation sur les unités mixtes. Cette évolution a permis de répondre au besoin croissant de prise en charge tout en respectant les conditions techniques de fonctionnement en vigueur. Un outil de téléconsultation a été déployé pour permettre aux patients et aux équipes soignantes sur site de bénéficier d'une expertise néphrologique en cas d'évènement survenant dans l'intervalle des visites. Par ailleurs, une astreinte médicale, mutualisée les activités autorisées, est en place et communiqué aux partenaires (en particulier l'hôpital de Taravao et la direction de la santé). Un travail en réseau s'est développé au fil des années sur la zone de la presqu'île avec les médecins libéraux et les spécialistes (de plus en plus nombreux) pour favoriser la prise en charge de proximité. Une réunion annuelle est également réalisée avec les médecins libéraux de cette zone.

De plus, l'unité d'autodialyse assistée de Bora Bora permet aux patients insuffisants rénaux de bénéficier d'une prise en charge en dialyse à proximité de leur domicile après avoir réalisé des séances d'entraînement sur le site de Papeete. Cette unité peut également accueillir des patients de Tahiti en séjour à Bora Bora. Un partenariat avec la direction de la santé et le dispensaire permettent d'assurer les prises en charge qui le nécessitent. Chaque patient bénéficie d'une visite médicale néphrologique mensuelle en présentiel. Un dispositif de téléconsultation complète ce suivi, permettant un accès à une expertise néphrologique en cas d'évènement intercurrent entre deux visites.

Enfin, ISIS Polynésie exerce une activité de dialyse à domicile par le biais de la dialyse péritonéale automatisée ou la dialyse péritonéale continue ambulatoire à raison de 30 postes autorisés, dont 19 sont effectivement mis en œuvre depuis le 30 novembre 2020. Cette modalité de traitement à domicile est déployable sur l'ensemble du territoire de la Polynésie française, sans contrainte géographique.

2.3 Des démarches à engager pour améliorer l'offre de soins

2.3.1 Installer un deuxième centre lourd

L'activité de dialyse du centre hospitalier de la Polynésie française, unique centre lourd du territoire, présente un niveau élevé sur la période 2020–2024. Après une baisse marquée en 2021 en raison d'un nombre significatif de décès dans la file active, liés à la crise sanitaire, le nombre de séances a repris une trajectoire de progression, pour atteindre un niveau supérieur à celui observé avant la crise. Ce niveau d'activité place aujourd'hui le centre hospitalier en difficulté pour absorber la demande de soins.

Dans le même temps, le nombre de patients suivis a progressivement diminué, passant de 234 en 2020 à 201 en 2024, soit une baisse de 14 %. Cette diminution, concomitante à un rythme soutenu de séances, témoigne d'une intensification des prises en charge, liée à la progression de la maladie chez certains patients, et d'un recentrage du centre hospitalier sur les cas les plus lourds et les plus complexes. Parallèlement, les transferts de patients du centre hospitalier vers d'autres structures se sont multipliés, passant de 18 à 44 sur la période, soit une hausse de 144 %. Selon la réponse apportée par le centre hospitalier, le nombre de ces

orientations est lié à la fois à des adressages en début de traitement par hémodialyse mais également au processus permanent de repli depuis et vers les opérateurs privés de dialyse.

Le nombre de séances réalisées pour des patients habituellement suivis en dehors du centre hospitalier est resté globalement stable, autour de 5 000 par an, confirmant le rôle constant de l'établissement comme structure de recours pour les patients extérieurs. En revanche, le nombre de patients suivis hors du centre hospitalier mais pris ponctuellement en charge a augmenté de près de 20 % entre 2020 et 2024, ce qui traduit une mobilité accrue des malades dialysés ou une sollicitation plus fréquente de l'établissement de recours pour des prises en charge exceptionnelles.

Tableau n° 5 : Activité de dialyse du centre hospitalier entre 2020 et 2024

	2020	2021	2022	2023	2024	Variation
Séances réalisées	24 883	23 111	24 512	25 669	25 438	2,23 %
Patients du CHPF en suivi	234	230	220	218	201	- 14,10 %
Séances de patients habituellement suivis en dehors du CHPF	5 169	4 533	5 153	5 042	5 129	- 0,77 %
Patients habituellement suivis en dehors du CHPF mais accueillis pour au moins une séance	200	238	226	237	237	18,50 %
Patients du CHPF envoyés définitivement vers d'autres centres	18	25	25	23	44	144,44 %
Patients suivis en dehors, accueillis pour au moins 10 séances	92	89	102	97	100	8,70 %

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

La dernière visite de conformité réalisée en octobre 2023 par l'agence de régulation sanitaire et sociale révèle que le centre hospitalier effectue sur la quasi-totalité de ses postes installés, quatre traitements quotidiens au lieu des trois prévus par la réglementation. L'agence souligne également que le centre hospitalier ne dispose pas des douze postes de dialyse qui devraient être réservés au repli des patients suivis par les autres opérateurs. Le rapport indique plus précisément, que la majorité des unités de dialyse fonctionnent dans des locaux dont la superficie limitée ne permet pas de disposer d'un nombre suffisant de postes de repli, ce qui compromet la capacité à accueillir temporairement la plupart des patients en cas de nécessité médicale, technique ou sociale. En conséquence, l'autorisation d'exercer l'activité de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ne permet au centre hospitalier de n'utiliser que dix postes sur les 22 autorisés pour la prise en charge chronique²³.

Plusieurs projets d'extension des capacités de traitement en hémodialyse ont été élaborés par l'établissement. Cependant, le niveau d'investissement nécessaire à une mise en conformité complète dépasse ses capacités d'autofinancement et aucune subvention spécifique n'a été obtenue. Le centre hospitalier prévoit toutefois de réaliser des travaux en 2026, incluant l'ajout de huit postes de dialyse et la sécurisation de la boucle d'eau par l'installation d'une seconde unité de traitement.

En dépit de l'augmentation du nombre de postes autorisés pour l'ensemble des opérateurs de dialyse, la Polynésie française ne dispose toujours pas d'une capacité d'accueil adaptée à l'ampleur de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale. Les décisions

²³ La carte sanitaire permet d'autoriser jusqu'à 27 postes en centre lourd.

publiques apparaissent davantage réactives, répondant aux situations de saturation constatées ou imminentes, qu'anticipatrices.

La saturation de l'unique centre lourd de dialyse représente un problème majeur pour la prise en charge des patients les plus complexes, pour l'accueil, en repli, de patients habituellement pris en charge par les autres opérateurs de dialyse et pour la prise en charge des nouveaux patients.

À la fin de l'année 2025, un opérateur privé a déposé une demande pour ouvrir un centre de lourd de dialyse. En décembre 2025, le dossier était en cours d'étude par les autorités sanitaires.

La chambre observe que la mise en place d'un second centre lourd qui interviendrait de manière complémentaire au centre hospitalier, serait bénéfique pour les patients et la sécurité des prises en charge. Toutefois, selon le centre hospitalier, la création d'un tel centre ne présenterait d'intérêt que si son opérateur respectait strictement la réglementation applicable, impliquant notamment la mise en place d'une permanence des soins spécialisée et la disponibilité 24h/24 d'une hospitalisation en néphrologie et en réanimation ainsi que de services d'imagerie et d'un laboratoire, sur site ou par convention. Le centre hospitalier indique s'être opposé à plusieurs reprises à des projets de création de centre lourd prévoyant de recourir à ses propres services en première intention. La chambre souscrit à cette analyse et invite la Polynésie française à être vigilante sur ce point.

2.3.2 Renforcer le maillage territorial

L'île de Tahiti concentrait en 2025, à elle seule près des trois quarts de la population dialysée du territoire. Ce constat reflète la concentration démographique et hospitalière autour du centre hospitalier et des structures périphériques de la direction de la santé, mais également la prévalence accrue des maladies chroniques (notamment le diabète et l'hypertension artérielle) dans les zones urbaines et périurbaines.

Plusieurs observations en résultent :

- une forte concentration des moyens sur Tahiti, qui devra être consolidée mais aussi mieux articulée avec les besoins croissants des archipels éloignés ;
- la nécessité de renforcer les capacités hors centre et à domicile, notamment dans les zones où l'accès au centre hospitalier est limité ;
- un développement différencié de l'offre de dialyse selon les réalités locales avec un modèle hospitalier pour Tahiti, un modèle semi-décentralisé pour les îles Sous-le-Vent et un modèle d'autonomie renforcée pour les archipels éloignés.

Au cours de l'instruction, le ministère chargé de la santé a indiqué qu'une répartition plus équilibrée des unités de dialyse sur le territoire était à rechercher. Le ministère chargé de la santé a notamment partagé, avec la juridiction, la nécessité de doter les communes les plus denses de Tahiti ainsi que la presqu'île de Tahiti d'unités mixtes de dialyse afin de limiter les déplacements des patients trois fois par semaine vers Papeete.

En septembre 2024, l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale a réalisé une étude sur l'offre de soins en néphrologie pour estimer, à partir des données de 2022, la croissance prévisionnelle de patients susceptibles d'entrer en dialyse d'ici 2030.

Il en résulte que la prévalence de la dialyse chronique est fortement corrélée à la progression du diabète, principale étiologie identifiée. La croissance annuelle prévisionnelle moyenne du nombre de patients diabétiques est estimée à + 6,2 % par an, une valeur considérée comme haute car elle intègre partiellement les effets du vieillissement de la population.

À cette dynamique s'ajoute une progression estimée de + 0,2 % des patients en dialyse chaque année, concentrée dans certaines zones et imputée en partie à la même tendance du diabète.

En agrégeant ces deux facteurs, la progression annuelle du besoin de dialyse peut être estimée à environ + 6 % par an d'ici 2030. Par conséquent, les capacités de dialyse devraient augmenter de manière continue sur la décennie 2022–2030 pour répondre à cette évolution.

Ces besoins s'accompagnent nécessairement d'une restructuration de la filière médicale et paramédicale en néphrologie qui souffre d'un déséquilibre durable entre besoins réels et ressources humaines disponibles. La pénurie de néphrologues existante à la fin de l'année 2025 représente un risque pour la prise en charge, notamment pour la coordination des parcours complexes de certains patients greffés et la continuité du suivi clinique.

Les difficultés qui pèsent sur la filière de néphrologie

La Polynésie française fait face à une pénurie persistante de personnels médicaux et paramédicaux en néphrologie. Cette situation s'explique par un bassin de recrutement restreint, une formation locale insuffisante et des contraintes géographiques importantes.

Le nombre de néphrologues, qui s'élevait en 2025 à une dizaine de personnes, est insuffisant. Cette situation conduit les opérateurs de dialyse et le centre hospitalier à recourir à des praticiens non spécialistes ayant des compétences complémentaires en néphrologie. En tout état de cause, l'installation pérenne des médecins reste rare et entraîne un taux de rotation élevé et une multiplication des contrats à durée déterminée, coûteux et peu favorables à la continuité des soins en qualité.

Le recrutement extérieur de médecins néphrologues se heurte à une forte concurrence sur un marché national déjà déficitaire et à des contraintes locales : éloignement, absence de congés bonifiés, grille salariale inférieure à la métropole et forte charge de travail. De plus, d'autres territoires ultramarins, mieux dotés en avantages statutaires, constituent une concurrence directe. La couverture des unités périphériques en dialyse et consultations (Moorea, Raiatea, Bora Bora) demeure difficile.

La situation est tout aussi préoccupante pour le personnel paramédical spécialisé en dialyse. Le nombre d'infirmiers formés localement est insuffisant, situation aggravée par la suspension de l'activité de formation initiale locale entre 2021 et 2023. De plus, l'attractivité du territoire reste délicate en raison du coût de la vie, du prix du logement et de l'éloignement.

Cette situation allonge les délais de consultations pour les patients et peut donc conduire à des pertes de chances médicales et favoriser l'entrée en urgence dans le traitement de la maladie rénale chronique.

Les projections relatives au nombre de patients en dialyse réalisées par l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale en 2024 dans le cadre de l'étude précitée, révèlent que la file active devrait dépasser 1 000 individus en 2030. Il serait alors nécessaire :

- de renforcer la démographie médicale et paramédicale en néphrologie en améliorant l'attractivité (notamment au centre hospitalier) et la fidélisation - une action du Pays sur les recrutements, la formation et les conditions d'exercice est indispensable pour garantir la continuité et la qualité de l'offre de soins ;

- d'ouvrir de nouvelles places de dialyse d'ici 2030, en tenant compte de la montée en charge attendue et en particulier entre 24 et 29 places en centre lourd, 68 places en unités mixtes (autodialyse et unité médicalisée) et 68 places au domicile ;
- d'appliquer à ces estimations un coefficient d'ajustement de +15 % afin de préserver la souplesse du système.

Ces projections soulignent également la nécessité d'une planification territoriale renforcée de l'offre de dialyse, intégrant la croissance rapide des pathologies chroniques, la structuration des filières de soins et la montée en compétence des dispositifs de proximité.

L'enjeu majeur pour la Polynésie française d'ici 2030, sera donc d'assurer une offre de dialyse adaptée aux besoins de la population, c'est-à-dire, équitablement répartie et soutenable, tant du point de vue des capacités physiques que des ressources humaines et budgétaires.

De plus, cette offre de dialyse retravaillée qui devra notamment couvrir les besoins actuellement non satisfaits, nécessitera d'être compatible avec le schéma d'organisation sanitaire 2026-2031.

La chambre recommande par conséquent, à la Polynésie française de redéfinir, en 2027, la distribution des unités de dialyse afin d'offrir une répartition plus équilibrée des capacités, ainsi qu'une orientation vers les modalités de dialyse les plus souples et les moins consommatrices de ressources humaines et matérielles.

<p>Recommandation n° 3. Réviser, en 2027, la carte des autorisations de dialyse pour adapter les capacités installées aux besoins de la population.</p>
--

2.3.3 Structurer la coordination des acteurs

La mise en place d'une prise en charge coordonnée entre l'ensemble des acteurs de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique constitue un levier essentiel pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Il s'agit à cet effet, de renforcer les liens entre les médecins généralistes, les spécialistes (notamment diabétologues, cardiologues, diététiciens) et les équipes de néphrologie. Il en est de même pour les personnels paramédicaux.

Par ailleurs, le lien entre les équipes médicales et les associations intervenant dans le domaine de la santé est à renforcer pour relayer et amplifier les actions de santé publique au plus près des populations. Les associations participent à l'organisation de campagnes de dépistage itinérantes, particulièrement dans les zones éloignées ou défavorisées, en contribuant à la logistique, à la mobilisation des habitants et à la sensibilisation préalable. Leur présence sur le terrain facilite la détection précoce des facteurs de risque, notamment chez les personnes peu enclines à consulter spontanément un professionnel de santé.

Pour ce qui concerne l'information des patients, les acteurs du soin de ville (médecins et paramédicaux) jouent un rôle clé dans l'information et la formation des individus aux comportements favorables à la santé, tels que l'adoption d'une alimentation équilibrée, la réduction du sel et du sucre, l'activité physique régulière, ou encore la bonne observance des traitements de l'insuffisance rénale chronique.

L'articulation, observée par la chambre, entre les différents acteurs de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française est aujourd'hui fonctionnelle mais non formalisée. Le centre hospitalier et les opérateurs de dialyse privés entretiennent des relations étroites et régulières, fondées sur des réunions de concertation hebdomadaires, des échanges quotidiens entre praticiens et infirmiers coordonnateurs et l'utilisation d'un même dossier de spécialité. Les procédures de repli sont clairement établies et la formation à la dialyse des patients initiés au centre hospitalier est assurée par les opérateurs privés.

Ce dispositif repose cependant sur des bases de données distinctes et des échanges ponctuels des dossiers lors des orientations de patients ou en cas de repli. La chambre invite la Polynésie française à mettre à l'étude, à court terme, une solution informatique pour faciliter les échanges de données des patients suivis en dialyse par les différents opérateurs public et privés, dans le respect de la réglementation relative au secret médicale et à la protection des données individuelles.

Dans ces conditions, la mise en place d'un réseau de néphrologie, tel qu'il existe par exemple en Nouvelle-Calédonie, se présente comme une nécessité. Les acteurs rencontrés par la chambre au cours de l'instruction ont unanimement partagé ce constat.

Une coordination renforcée serait à organiser et à inscrire dans le cadre de parcours de soins personnalisés et protocolisés, prenant en compte les spécificités de la population, ainsi que les contraintes d'accessibilité liées à l'éloignement géographique.

Le déploiement de la télé-néphrologie²⁴, pourrait particulièrement être porté par le réseau, pour un meilleur suivi à distance, afin de renforcer l'équité territoriale d'accès au suivi spécialisé, de soutenir la décision clinique à distance pour les archipels et de réduire l'isolement professionnel des soignants.

Conformément à ces constats et afin de resserrer les liens entre tous ces acteurs, des premiers travaux pour la mise en place d'un réseau de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ont été initiés en 2019 par l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale, mais la crise sanitaire a retardé cette initiative.

La délivrance de l'autorisation ainsi que la définition des modalités de fonctionnement et de financement d'un réseau de santé relèvent de la compétence de la Polynésie française²⁵. L'article 4-1 de la loi du Pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française prévoit à cet effet que « *Le schéma d'organisation sanitaire peut prévoir la mise en place de réseaux de santé et de maisons de santé pluri professionnelles.*

I - Le réseau de santé a pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

²⁴ La télé-néphrologie désigne l'ensemble des pratiques médicales à distance appliquées à la prise en charge des maladies rénales grâce aux technologies de la télécommunication. Elle permet à un néphrologue d'évaluer, de suivre ou de conseiller un patient sans que celui-ci ait besoin de se déplacer, notamment lorsqu'il réside dans une zone isolée. En Polynésie française comme ailleurs, la télé-néphrologie peut améliorer l'accès aux soins spécialisés, réduire les déplacements coûteux et longs, et garantir une continuité de suivi pour les patients insuffisants rénaux ou dialysés vivant dans les archipels éloignés.

²⁵ Le fonctionnement et l'organisation d'un réseau relèvent de l'arrêté n° 548 CM du 24 mars 2004 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé.

Il assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Il peut être créé dans le cadre d'actions de santé publique. ».

La chambre recommande à la Polynésie française d'installer un réseau en néphrologie. Cette structure de coordination des acteurs est indispensable pour rassembler à échéance régulière l'ensemble des partenaires qui interviennent dans la prévention, la détection précoce de la maladie et la prise en charge des patients. Le réseau facilitera notamment les partages de bonnes pratiques, les protocoles communs, une information mutualisée, et le partage de tâches (par exemple, pour la complétude du registre national). Il limitera également les ruptures de parcours qui peuvent exister dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, notamment dans les archipels.

Recommandation n° 4. Installer, en 2026, un réseau de santé consacré à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.
--

2.3.4 Formaliser l'accompagnement des patients vers l'autonomie

L'éducation thérapeutique du patient²⁶ est une composante essentielle de la prise en charge de la maladie rénale chronique. Elle doit être proposée systématiquement à l'ensemble des patients, quels que soient le stade de la pathologie ou l'évolution de leur état de santé. L'éducation thérapeutique du patient vise à l'accompagner dans la compréhension de sa maladie, dans l'adoption de comportements favorables à sa santé et dans la prise de décision éclairée en matière de traitement.

Dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique, l'éducation thérapeutique favorise l'adhésion aux modalités de dialyse moins contraignantes, c'est à dire l'autodialyse et la dialyse à domicile. Elle aide le patient à surmonter ses appréhensions, maîtriser les gestes techniques et à intégrer le traitement à son mode de vie. Cette bonne pratique contribue à une prise en charge plus personnalisée, à une meilleure qualité de vie et à une plus grande efficacité du système de soins.

L'information et l'éducation thérapeutique du patient s'inscrivent dans le parcours de soins et viennent en complément des traitements médicaux. Elles permettent au patient d'acquérir, de consolider et de maintenir les compétences nécessaires pour améliorer son état de santé, atteindre les objectifs fixés par les thérapeutiques – tels que le ralentissement de la progression de la maladie rénale, la prévention du risque cardiovasculaire, la réduction ou le retard des complications.

L'éducation thérapeutique repose sur une démarche personnalisée. Elle comprend l'évaluation des besoins éducatifs, la définition d'objectifs individualisés, la planification des interventions, leur mise en œuvre, puis une évaluation régulière de leur efficacité. Aux stades précoces de la maladie rénale chronique, les actions éducatives portent principalement sur

²⁶ L'éducation thérapeutique du patient consiste à aider une personne à comprendre sa maladie et à acquérir les compétences nécessaires pour gérer sa santé au quotidien.

l'autosurveillance du poids et de la pression artérielle, sur l'adaptation du mode de vie, notamment en ce qui concerne l'alimentation et l'activité physique.

Lorsque la maladie atteint un stade avancé, l'éducation thérapeutique accompagne le patient dans sa réflexion sur les modalités de traitement de suppléance. Elle offre alors une modalité de soutien du patient dans le processus de décision partagée concernant le choix du traitement de suppléance, tout en œuvrant au maintien ou à l'amélioration de sa qualité de vie. L'équipe soignante transmet les informations nécessaires sur les options disponibles et s'assure de la bonne compréhension des enjeux. Ce processus d'information peut être enrichi par des supports pédagogiques variés : documents imprimés, illustrations, tableaux comparatifs, vidéos d'entretiens avec des professionnels de santé ou des patients, ou encore outils numériques interactifs. Le recours à l'échange d'expériences avec d'autres patients, notamment via les associations ou lors de séances collectives d'éducation thérapeutique, constitue un complément utile pour favoriser l'adhésion du patient au processus décisionnel.

Sur le plan organisationnel, l'éducation thérapeutique peut être mise en œuvre dans le cadre d'un programme personnalisé, élaboré à partir d'une évaluation initiale des besoins du patient. Elle peut également être dispensée dans le cadre de programmes structurés et validés par l'agence de régulation sanitaire et sociale. Elle peut aussi être mise en œuvre en dehors de ces dispositifs, par des professionnels de santé formés, qu'ils exercent en médecine de ville ou en établissement. Les intervenants peuvent inclure, selon les cas, des médecins généralistes, des infirmiers, des diététiciens, des pharmaciens, des kinésithérapeutes, des psychologues, des tabacologues ou encore des médecins du travail. Les associations de patients peuvent également proposer des interventions complémentaires en matière d'information, d'accompagnement psychologique ou de formation pratique.

L'éducation thérapeutique du patient reste à ce jour peu structurée à l'échelle du Pays. Les pratiques existent de manière dispersée et sont portées par des médecins formés à la prise en charge des maladies chroniques, des infirmiers des centres de santé et du centre hospitalier, ainsi que par plusieurs associations engagées dans l'accompagnement des patients. Les opérateurs privés de dialyse ont, par ailleurs, systématiquement mis en place des programmes d'éducation thérapeutique destinés à favoriser l'autonomie de leurs patients.

Selon le ministère chargé de la santé, le futur plan de prévention et de promotion de la santé 2026–2036, en préparation à la fin de l'année 2025, devrait prévoir de structurer et d'harmoniser ces initiatives en formant des professionnels, y compris dans les îles, grâce à des modules en ligne et en mobilisant de financements spécifiques (programme *Ora Maitai*). L'objectif serait de passer d'initiatives locales isolées à une organisation coordonnée sur l'ensemble du territoire, afin de renforcer l'autonomie des patients et de prévenir les complications cardio-métaboliques.

La chambre invite alors la Polynésie française à travailler à la structuration de programmes territoriaux ou inter-opérateurs d'éducation thérapeutique. Ces travaux permettraient de favoriser la coordination des acteurs, de partager des outils communs et de définir des objectifs partagés, centrés sur le renforcement de l'autonomie, la sécurité et la qualité de vie des patients. Une telle démarche contribuerait à harmoniser les parcours d'éducation thérapeutique et à valoriser les compétences des équipes soignantes.

2.4 Des coûts à expertiser pour adapter les financements

2.4.1 Une dépense annuelle maîtrisée, une structure de coûts en mutation

Le paiement des séances de dialyse est fondé sur des forfaits dont les tarifs ont été stables entre 2020 et 2024. Seule la technique d'hémodialyse quotidienne domicile a été revalorisée de 35 % en 2023 afin d'inciter à cette prise en charge, moins coûteuse que l'hémodialyse en autodialyse ou en centre.

Le centre lourd, situé au centre hospitalier, fait l'objet d'un financement dans sa dotation globale annuelle et la dépense annuelle d'assurance maladie ne repose pas sur un forfait tiré d'une comptabilité analytique spécifique.

Le coût total annuel de la dialyse, toutes modalités confondues, a progressé de 6,5 % entre 2020 et 2024, de 3,56 Md F CFP à 3,79 Md F CFP. Cette hausse modérée traduit une stabilité globale de la dépense, malgré d'importantes recompositions internes entre les différentes modalités de prise en charge.

Les prises en charge en unités médicalisées représentaient le poste le plus coûteux, soit près de la moitié de la dépense totale, dont le montant a progressé de 49,7 % en cinq ans (+ 600,9 M F CFP).

Le mouvement principal traduit un glissement de la dépense annuelle de dialyse du centre lourd et de l'autodialyse vers les unités de dialyse médicalisées, qui concentrent désormais l'essentiel de la charge annuelle pour l'assurance maladie.

Entre 2020 et 2024, la dépense annuelle relative aux modalités de dialyse à domicile demeurait minoritaire, avec des évolutions contrastées qui révélaient un repli de la dialyse péritonéale automatisée au profit de la dialyse continue et de l'hémodialyse à domicile.

D'une manière générale, la structure de la dépense observée entre 2020 et 2024 traduit une évolution du profil des patients (plus âgés, plus complexes) et un redéploiement des prises en charge vers les structures les plus médicalisées.

Tableau n° 6 : Dépenses de dialyse à la charge de l'assurance maladie (en M F CFP)

	2020	2021	2022	2023	2024	Écart	Variation
Dialyse à domicile automatisée	139,70	128,48	141,16	126,27	112,63	-27,07	- 19,38 %
Dialyse à domicile continue	132,46	207,93	190,92	154,81	136,35	3,89	2,94 %
Hémodialyse à domicile	39,83	47,92	37,35	58,04	67,11	27,28	68,48 %
Entraînements	220,02	232,46	233,12	234,26	263,42	43,40	19,72 %
Autodialyse	400,39	335,33	275,74	134,09	115,27	- 285,12	- 71,21 %
Unité de dialyse médicalisée	1 208,80	1 333,22	1 508,89	1 724,28	1 809,64	600,85	49,71 %
Centre lourd	1 416,38	1 289,43	1 482,94	1 426,07	1 283,69	- 132,69	- 9,37 %
TOTAL	3 557,58	3 574,76	3 870,12	3 857,81	3 788,11	230,53	6,48 %

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

2.4.2 Des coûts à expertiser pour ajuster les tarifs

Pour l'avenir, la maîtrise de la dépense annuelle qui résulte de la prise en charge de la maladie rénale chronique nécessite d'agir sur les différentes variables de coûts qui sont principalement les suivantes :

- les coûts directs : honoraires, forfaits, transport, dispositifs médicaux, médicaments, examens biologiques, consultations associées ;
- les coûts indirects potentiels : absences professionnelles (indemnités journalières), soutien à domicile, effets secondaires ou hospitalisations évitables ;
- les caractéristiques des patients : âge, comorbidités (notamment le diabète), autonomie fonctionnelle ;
- le parcours individualisé de soins : phase de démarrage de la suppléance, changements de modalité, greffe éventuelle, décès.

Pour atteindre cet objectif, il conviendrait que la Polynésie française réalise une étude visant à mesurer l'ensemble des facteurs de coûts pour chaque modalité de dialyse, en tenant compte du lieu de prise en charge et de l'environnement médical et paramédical associé.

L'étude ainsi conduite devrait permettre d'identifier précisément les coûts moyens et médians par modalité de traitement et de présenter une analyse des écarts significatifs en fonction des lieux de prise en charge.

Plus spécifiquement, le financement de la dialyse en centre lourd, actuellement assuré via la dotation annuelle globale du centre hospitalier, devra être réévalué en 2026 dans la perspective d'ouvrir cette activité à un deuxième opérateur. Cette attribution imposera en effet de définir un tarif tenant compte à la fois des dépenses d'investissement (locaux, équipements) et des charges de fonctionnement spécifiques à un centre lourd (en particulier le personnel médical).

La chambre recommande à la Polynésie française d'engager en 2026 une étude des coûts complets des différentes modalités de dialyse. L'étude permettra *in fine* d'identifier les leviers d'efficacité potentiels pour guider, dans un second temps, l'évolution des tarifs de dialyse. Elle devrait particulièrement permettre d'expertiser les coûts d'investissement et d'exploitation des centres qui accueillent les patients les plus complexes.

Une fois l'étude des coûts des différentes modalités de dialyse réalisée, la chambre recommande à la Polynésie française de retravailler, en lien avec la caisse de prévoyance sociale, les tarifs applicables tout en garantissant la sécurité des soins et la soutenabilité budgétaire.

Recommandation n° 5. Engager, en 2026, une étude des coûts pour chaque modalité de dialyse.
--

Recommandation n° 6. Retravailler, en 2027, les tarifs applicables aux différentes modalités de dialyse en fonction d'une logique de qualité des soins et de soutenabilité budgétaire.

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française repose sur une offre de dialyse diversifiée autour de l'hémodialyse en centre lourd, réservée aux cas les plus complexes, des unités de dialyse médicalisées, qui accueillent la majorité des patients, de l'autodialyse, destinée aux malades stables et autonomes et de la dialyse à domicile, offrant la plus grande liberté mais exigeant un encadrement rigoureux. Entre 2020 et 2024, la part des séances en unités médicalisées a fortement progressé, tandis que celle de l'autodialyse a reculé, reflétant le vieillissement des patients et la complexité croissante des situations cliniques. Le contrôle des prescriptions associées à l'adressage des patients entre les différentes modalités de dialyse sera à réaliser pour en mesurer la justesse.

Le dispositif de dialyse du territoire repose sur un centre hospitalier unique pour les cas lourds et deux opérateurs privés qui assurent une large couverture géographique, incluant Tahiti, Moorea, Raiatea et Bora Bora. Pour autant, les besoins demeurent supérieurs aux capacités autorisées, en particulier pour les cas complexes. La chambre recommande la création d'un second centre lourd et la révision, en 2027, de la carte des autorisations afin d'assurer une meilleure répartition territoriale et une adaptation aux besoins croissants.

La pénurie de néphrologues et de personnel paramédical spécialisés, ainsi que la nécessité de structurer un réseau de santé en néphrologie pour améliorer la coordination des acteurs appellent des évolutions structurantes du système de santé. Le développement de la télésurveillance et de la télé-néphrologie apparaît essentiel pour garantir l'équité d'accès aux soins, notamment dans les archipels éloignés.

Enfin, l'éducation thérapeutique des patients constitue un levier majeur pour favoriser leur autonomie et les orienter vers des modalités de dialyse moins contraignantes. Sa structuration à l'échelle du pays est encore insuffisante et les pratiques sont à harmoniser.

Pour ce qui concerne la maîtrise de la dépense de dialyse dans les comptes sociaux, chambre recommande une étude complète des coûts dès 2026 et une révision des tarifs en 2027, afin de concilier qualité des soins et soutenabilité budgétaire.

3 FACILITER L'ACCES A LA GREFFE POUR LES PATIENTS ELIGIBLES

3.1 L'encadrement juridique du don d'organe

Le régime juridique applicable en Polynésie française en matière de dons et d'utilisation des éléments et produits du corps humain, s'articule autour de principes éthiques fondamentaux, inscrits dans le code de la santé publique dont certaines parties sont rendues applicables sur le territoire²⁷. Ce régime encadre de manière rigoureuse les conditions de prélèvement, de conservation, d'utilisation et de cession de ces éléments, qu'il s'agisse du sang, des organes, des tissus, des cellules, des gamètes ou de leurs dérivés.

Le cadre juridique repose sur des principes essentiels tels que le respect du consentement préalable, libre et éclairé, le caractère anonyme et gratuit des dons, l'interdiction de toute rémunération autre que le remboursement des frais engagés, et la finalité exclusivement médicale ou scientifique des utilisations autorisées. La protection du donneur et du receveur constitue un impératif puisque tout prélèvement ou toute utilisation est conditionné à une évaluation du risque sanitaire au regard des connaissances scientifiques.

Par ailleurs, toute publicité en faveur d'un don dirigé (envers une personne ou un établissement désigné) est interdite. L'information du public est toutefois encouragée pour promouvoir le don de manière générale. Enfin, le principe d'anonymat entre donneur et receveur est strictement garanti, sauf nécessité thérapeutique exceptionnelle.

Le don d'organes, qu'il soit effectué du vivant du donneur ou après son décès, est ainsi encadré en Polynésie française par le titre III²⁸ du livre II²⁹ de la première partie du code de la santé publique³⁰. Ce cadre repose sur des principes éthiques fondamentaux, notamment la gratuité, le consentement éclairé, la finalité thérapeutique ou scientifique, et le contrôle strict des établissements autorisés.

Les principales dispositions applicables sont les suivantes :

Le prélèvement d'organe sur une personne vivante est autorisé uniquement dans l'intérêt thérapeutique direct d'un receveur identifié (article L. 1231-1 du code de la santé publique). Le donneur doit, en principe, être un parent proche : père, mère, conjoint, frère, sœur, enfant,

²⁷ Notamment pour le don d'organes, par différentes ordonnances dont, l'ordonnance n° 2008-1339 du 18 décembre 2008 relative à l'extension et à l'adaptation en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie française et à Wallis-et-Futuna de dispositions portant sur la protection des droits des personnes en matière de santé, l'ordonnance n° 2012-514 du 18 avril 2012 portant extension et adaptation aux îles Wallis et Futuna, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française des dispositions de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, l'ordonnance n° 2017-1179 du 19 juillet 2017 portant extension et adaptation outre-mer de dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et l'ordonnance n° 2023-53 du 1er février 2023 portant extension et adaptation aux îles Wallis et Futuna, à la Nouvelle-Calédonie et à la Polynésie française des dispositions de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

²⁸ Titre III : Organes (Articles L1231-1 A à L1235-7).

²⁹ Livre II : Don et utilisation des éléments et produits du corps humain (Articles L1211-1 à L1274-3).

³⁰ Première partie : Protection générale de la santé (Articles L1110-1 à L1545-4).

grands-parents, oncle, tante, cousin germain, ou une personne partageant une vie commune ou un lien affectif stable depuis au moins deux ans.

Le recours au don croisé d'organes est prévu par le même article (L. 1231-1, II du code de la santé publique). Il permet, dans les cas d'incompatibilité entre donneur et receveur, un échange croisé entre plusieurs paires de donneurs/receveurs (jusqu'à six paires consécutives), avec recours possible à un greffon prélevé sur une personne décédée.

Le consentement du donneur doit libre et éclairé. Il est révocable à tout moment (L. 1231-1 du code de la santé publique). Les mineurs et majeurs protégés ne peuvent faire l'objet d'un prélèvement, même à des fins thérapeutiques (article L. 1231-2 du code de la santé publique).

Le prélèvement post mortem est régi par les articles L. 1232-1 à L. 1232-6 du code de la santé publique. Il ne peut être pratiqué qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques, après constat du décès.

Le prélèvement est autorisé de droit dès lors que la personne n'a pas exprimé, de son vivant, un refus explicite, notamment par l'inscription sur le registre national automatisé prévu à cet effet (article L. 1232-1 du code de la santé publique). Le refus est révocable à tout moment. En l'absence d'inscription, les proches doivent être informés par un médecin de la nature et de la finalité du prélèvement.

Pour les mineurs décédés, le consentement écrit des deux titulaires de l'autorité parentale est requis, sauf impossibilité de consulter l'un d'eux (article L. 1232-2 du code de la santé publique).

Une séparation stricte des équipes médicales est imposée puisque les médecins qui constatent le décès ne peuvent être ceux qui effectuent le prélèvement ou la greffe (article L. 1232-4 du code de la santé publique). Les praticiens doivent veiller à la meilleure restauration possible du corps (article L. 1232-5 du code de la santé publique).

Les greffes sont régies par les articles L. 1234-1 à L. 1234-3 du code de la santé publique. Les établissements autorisés doivent répondre aux mêmes exigences que pour les prélèvements.

Le régime juridique applicable au don d'organes en Polynésie française est donc fondé sur un dispositif complet, exigeant et protecteur et aligné sur les normes nationales. Il combine les exigences éthiques (consentement, anonymat, gratuité) avec un encadrement opérationnel strict (établissements autorisés, comité d'experts, registre des refus).

Ce régime juridique garantit également un équilibre entre sécurité du donneur, efficacité thérapeutique pour le receveur et équité dans l'accès au don, tout en intégrant des dispositifs innovants comme le don croisé.

3.2 Une activité de prélèvement et de transplantation rénale à accompagner davantage

Depuis 2013³¹, le centre hospitalier de la Polynésie française est autorisé à exercer l'activité de prélèvements d'organes sur personnes décédées ou sur personnes vivantes et à réaliser l'activité de transplantation rénale. La décision de renouvellement la plus récente a été délivrée l'arrêté n° 5190 MSP du 12 juin 2023 pour une durée de sept ans à compter du 16 juin 2023.

3.2.1 Les prélèvements d'organes

Le centre hospitalier a mis en place une équipe de coordination chargée des prélèvements d'organes, rattachée au service de réanimation. Cette équipe, est pilotée par un médecin coordonnateur, sans temps dédié spécifique et comporte un cadre de santé et cinq infirmiers, dont deux exercent le rôle de référents, à mi-temps. Cette organisation permet depuis 2023, d'éviter la suspension de l'activité de prélèvement en cas d'absence inopinée.

Selon, les données du centre hospitalier de la Polynésie française, en 2024, trois prélèvements de reins des sujets en état de morts cérébrale ont été opérés, permettant la réalisation de six greffes rénales (les prélèvements étant effectués par paire). De plus, une greffe a été réalisée à partir d'un donneur vivant. Ces statistiques d'activité varient d'une année à l'autre, avec une moyenne de 2,7 prélèvements annuel sur donneurs vivants et 5,5 prélèvements sur donneurs décédés entre 2016 et 2024. La chambre observe toutefois que l'activité de prélèvements d'organes est en diminution de la fin de la crise sanitaire.

Tableau n° 7 : Activité de prélèvements d'organes du centre hospitalier

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Donneurs vivants ³²	2	3	5	4	0	1	5	3	1
Donneurs décédés ³³	7	8	4	7	5	3	5	8	3

Source : Centre hospitalier de la Polynésie française, d'après les données du centre hospitalier

En 2024, les donneurs effectivement prélevés en état de mort encéphalique étaient légèrement plus jeunes que l'année précédente avec un âge moyen de 42,4 ans contre 45,6 ans en 2023. Dans plus de 66 % des cas, la cause du décès était un accident vasculaire cérébral et dans 33 % des cas, le décès faisait suite à un arrêt cardio-respiratoire.

³¹ Arrêté n° 719 PR du 30 septembre 2013 autorisant le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) à mettre en oeuvre l'activité de soins "greffe rénale".

³² Arrêté n° 721 PR du 30 septembre 2013 autorisant le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) à mettre en oeuvre l'activité de prélèvement de rein à des fins thérapeutiques sur donneur vivant

³³ Arrêté n° 720 PR du 30 septembre 2013 autorisant le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) à mettre en oeuvre l'activité de prélèvement de rein à des fins thérapeutiques sur donneur décédé

Par ailleurs, le centre hospitalier réalise des démarches anticipées de don d'organes auprès de certains patients concernés par des atteintes neurologiques graves et irréversibles dont le décès à court terme est prédictible. Ces démarches incluent le projet de don d'organes.

Le centre hospitalier réalise chaque année une enquête sur les patients décédés dans ses services cibles (c'est-à-dire, susceptible d'accueillir un donneur potentiel³⁴) afin de vérifier que tous les donneurs potentiels ont bien été identifiés. En 2024, sur les 318 patients décédés dans ces services, huit d'entre eux ont été repérés comme donneur potentiels non signalés à l'équipe de coordination des prélèvements d'organes.

La chambre invite alors le centre hospitalier à renforcer autant que possible le repérage des donneurs potentiels. La juridiction relève cependant que le taux de prélèvements d'organes sur sujets en état de mort encéphalique s'établissait à 4,8 pour 1 000 décès hospitaliers en 2024, soit un niveau assez proche de celui de la France hexagonale en 2023, qui s'élevait à 4,9 pour 1 000 en France hexagonale en 2023³⁵.

3.2.2 Une activité de transplantation rénale confrontée à l'isolement

Depuis 2013, le centre hospitalier de la Polynésie française a réalisé 164 greffes rénales, dont 127 à partir de patients en état de mort encéphalique et 37 à partir de patients vivants.

L'activité de greffe rénale sur la période 2020–2025 présente une évolution marquée par des fluctuations importantes tant dans le nombre de greffes réalisées que dans les inscriptions sur liste d'attente.

Après un pic de 28 nouvelles inscriptions en 2020, leur nombre a fortement chuté en 2021 (14) avant de remonter en 2023 (27) puis de diminuer de nouveau jusqu'à 18 en 2024. Cette tendance traduit des variations du flux d'orientation des patients vers la greffe, probablement liées à la disponibilité des donneurs, à la situation sanitaire et à l'organisation du suivi pré-greffe.

Le nombre de greffes effectuées (19 en 2023, 7 en 2024), traduit également une alternance de phases de hausse et de repli et témoigne d'une activité dépendante du nombre de greffons disponibles et de la capacité de mobilisation des équipes chirurgicales.

Le nombre de patients décédés en attente reste contenu mais non négligeable, oscillant entre 0 et 5 par an. L'année 2023 se distingue positivement par l'absence de décès sur liste d'attente, tandis que 2024 enregistre une recrudescence (4 décès), indiquant une persistance de délais d'attente parfois longs.

Enfin, les greffes préemptives — c'est-à-dire, réalisées avant la première entrée en dialyse — restent très marginales, avec seulement cinq cas recensés sur la période, concentrés entre 2022 et 2023. Leur rareté souligne la difficulté à organiser des parcours anticipés de transplantation dans le contexte polynésien.

³⁴ Il s'agit de la réanimation, du service des urgences, de l'hospitalisation de courte et très courte durée, de la neurologie et de l'unité cardiovasculaire.

³⁵ Agence de la biomédecine, rapport 2023 du registre français de l'insuffisance rénale chronique, juin 2025.

Dans l'ensemble, ces chiffres illustrent une activité de greffe fluctuante mais globalement soutenue, confrontée à une demande importante et à des contraintes structurelles liées à la disponibilité des greffons et à la préparation des patients candidats à la transplantation.

Tableau n° 8 : Activité de greffe rénale entre 2020 et 2024

	2020	2021	2022	2023	2024
Nouvelles inscriptions sur liste d'attente	28	14	19	27	18
Greffes effectuées	10	7	15	19	7
Patients décédés en attente	5	3	3	0	4
Patients sortis de liste pour autre motif	15	12	12	14	15
Greffes préemptives	0	0	1	4	0

Source : Centre hospitalier de la Polynésie française, d'après les données du centre hospitalier

L'activité de transplantation rénale du centre hospitalier repose sur une équipe réduite composée d'un à deux médecins en fonction de la période, de deux infirmiers (dont un dédié au suivi pré-greffe et un au suivi post-greffe) et d'un demi-poste de psychologue. Tous les professionnels du service de néphrologie et d'hémodialyse participent à la sensibilisation et à l'accompagnement des patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

Le parcours pré-greffe suit les recommandations de la haute autorité de santé, même si leur application reste difficile en Polynésie française. En effet, l'accès limité aux consultations, aux examens d'imagerie et aux avis spécialisés retarde les inscriptions sur la liste d'attente.

Le logiciel spécifique de l'agence de la biomédecine est utilisé pour la gestion de la liste d'attente locale, garantissant le respect des bonnes pratiques, bien qu'un ajustement manuel soit nécessaire pour tenir compte des contraintes géographiques et logistiques propres à la Polynésie française. Le centre hospitalier a ainsi été conduit à financer, à titre exceptionnel, le rapatriement urgent d'un patient résidant dans une île, afin de permettre son accès à une greffe rénale. Cette prise en charge, intervenue à l'occasion d'un vol déjà mobilisé pour une autre urgence vitale, ne s'inscrit toutefois pas, à ce stade, dans le cadre d'un dispositif formalisé et systématique d'acheminement des receveurs potentiels depuis les archipels en cas de survenue d'un don. La mise en œuvre d'un tel dispositif supposerait, le cas échéant, de lever des contraintes logistiques tenant notamment à la disponibilité des vecteurs aériens et des ressources humaines.

Sur les cinq dernières années, 115 patients ont été inscrits sur liste d'attente, dont 25 en greffe préemptive. Au 15 octobre 2025, 95 patients y figuraient encore, dont 18 résidant hors de l'île de Tahiti. Les principales causes d'insuffisance rénale telles que le diabète ainsi que les maladies génétiques rendent souvent impossible le recours à un donneur vivant. La durée d'attente moyenne varie en fonction du groupe sanguin : les patients inscrits et transplantés en Polynésie française ont en moyenne attendu 31,3 mois pour les groupes A (17 Mois en métropole) et 43,2 mois pour les groupes O (43,2 mois en métropole).

Enfin, le suivi post-greffe concerne actuellement 205 patients transplantés rénaux, dont 136 greffés localement et 69 dans l'hexagone. Le centre hospitalier assure également, en collaboration avec les spécialistes concernés, le suivi de 30 autres patients transplantés

d'organes solides (24 greffes hépatiques et 6 cardiaques), portant à 235 le nombre total de patients pris en charge.

Le parcours pré- et post-greffe comprend des actions structurées d'éducation thérapeutique portant sur l'appel à la greffe, le séjour hospitalier, les traitements et la reconnaissance des signes d'alerte.

Alors que l'autorisation d'activité de greffe a été renouvelée en 2023 par l'agence de la biomédecine, le centre hospitalier ne bénéficie pas du même encadrement que les centres de France hexagonale et ne reçoit ni appui logistique, ni accompagnement pour l'analyse de ses pratiques ou le suivi de ses indicateurs. Une mission d'évaluation sollicitée en 2022 auprès de l'agence de biomédecine n'a pas été organisée, faute de demande formelle relayée par la Polynésie française.

Le cadre de la coopération entre l'agence de biomédecine et la Polynésie française

La délibération n° 2013-63 APF du 6 août 2013 approuve la convention-cadre de coopération entre la Polynésie française et l'agence de la biomédecine. Cette convention établit un cadre de partenariat visant à organiser localement les activités de prélèvement et de greffe d'organes, de tissus et de cellules. Cette convention prévoit notamment l'accès au registre national automatisé des refus de prélèvement, afin de vérifier la volonté des donneurs potentiels avant tout prélèvement. Elle encadre l'inscription des patients polynésiens sur la liste nationale d'attente de greffe, pour laquelle une région informatique spécifique a été créée dans le logiciel géré par l'agence de la biomédecine. La convention fixe également les modalités d'attribution des greffons, qui reprennent les règles nationales tout en intégrant un échelon de répartition local.

La convention prévoit qu'un programme annuel de coopération soit établi conjointement entre le ministère de la santé de la Polynésie française et l'agence de la biomédecine.

L'agence de la biomédecine s'engage à apporter un appui technique et scientifique pour la mise en œuvre et le développement des activités de prélèvement et de greffe. Cet appui se traduit par le transfert de savoir-faire, la formation de professionnels locaux, l'envoi d'experts, l'accueil de stagiaires et l'assistance technique dans l'évaluation des donneurs et la sélection des greffons. L'Agence peut également contribuer à la communication publique sur le don d'organes et de tissus.

La convention, conclue pour une durée de trois ans et renouvelable par tacite reconduction, peut être modifiée par avenant ou résiliée avec un préavis de trois mois.

Au début de l'année 2026, le centre hospitalier ne disposait plus de néphrologue formé à la pratique de la greffe. Or, le maintien d'une activité de transplantation rénale en Polynésie française constitue un enjeu majeur de santé publique dans un contexte de forte prévalence des maladies rénales chroniques et d'éloignement géographique des plateaux techniques de France hexagonale.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, le centre hospitalier précise que dans le but de relancer l'activité de greffe à partir de donneurs vivants, il a obtenu un financement de la caisse de prévoyance sociale en vue de l'intervention de spécialistes extérieurs. À ce titre, une mission conduite par le chef du service de chirurgie urologique de l'hôpital européen Georges Pompidou (assistance publique – hôpitaux de Paris), ou l'un de ses adjoints ayant accompagné la mise en place de l'activité de greffe au centre hospitalier de la Polynésie française en 2013, est envisagée. Cette mission aurait notamment pour objet la réalisation de transplantations sur site ainsi que le maintien des compétences des équipes médicales de l'établissement. Afin d'assurer la formation du personnel paramédical, la venue

concomitante d'un infirmier de bloc opératoire appartenant au même service est également à l'étude.

Par ailleurs, conformément à la recommandation formulée par la chambre à la Polynésie française dans le rapport d'observations provisoires, le centre hospitalier indique que, le Président de la Polynésie française a saisi, sur sa demande, la direction de l'agence de la biomédecine le 16 janvier 2026, en vue d'engager une coopération au cours de l'année. Des échanges préparatoires sont actuellement en cours afin de permettre la mise en place d'une première mission dans les meilleurs délais. Dans sa réponse aux observations provisoires, le président de la Polynésie française indique être en accord avec les précisions apportées par le centre hospitalier.

3.3 Renforcer les moyens en faveur du don d'organe

3.3.1 Poursuivre et évaluer la communication en faveur du don

Plusieurs problématiques entourent le prélèvement d'organes sur personnes décédées. Sur le plan sociétal et éthique, il est essentiel de sensibiliser la population à l'importance du don d'organes, de clarifier les modalités du consentement et de respecter les convictions personnelles ou religieuses des familles et des proches concernés.

Dans le contexte de la Polynésie française, ces enjeux sont renforcés par des contraintes géographiques et sociétales spécifiques. L'éloignement géographique des services hospitaliers pour une partie de la population complique l'organisation des prélèvements et des transports d'organes vers le centre hospitalier, seul établissement de santé habilité à réaliser les greffes. En outre, les perceptions liées à la mort et au corps peuvent influencer l'acceptabilité sociale du don d'organes et appelle alors des actions d'information et de sensibilisation adaptées aux réalités locales.

La Polynésie française participe activement aux campagnes nationales de sensibilisation au don d'organes, notamment à la journée nationale de réflexion sur le don d'organes et la greffe organisée chaque 22 juin par l'agence de la biomédecine, ainsi qu'à la journée mondiale du don d'organes, les 17 octobre. À ces occasions, le ministère de la Santé, le centre hospitalier, les opérateurs privés de dialyse et les associations partenaires mettent en place diverses actions de communication et de sensibilisation : stands d'information dans les établissements de santé, interventions auprès du grand public, témoignages de receveurs et de familles de donneurs, ou encore diffusion de supports pédagogiques dans les médias locaux et les réseaux sociaux. Les acteurs du soin et les opérateurs de dialyse participent également à ces actions.

En octobre 2025, le centre hospitalier a reçu le label « *hôpital promoteur du don d'organes* »³⁶ permettant ainsi de donner une plus grande visibilité à son action auprès du grand public et des professionnels. Cette labellisation permet aux établissements de santé concernés de rejoindre le réseau national des établissements ambassadeurs du don d'organes.

Ces initiatives contribuent à renforcer la compréhension et l'acceptation sociale du don d'organes, à favoriser le dialogue au sein des familles sur la question du consentement, et à valoriser l'engagement des professionnels de santé impliqués dans cette démarche de solidarité. Leur développement régulier dans l'ensemble des archipels, que la juridiction encourage à multiplier, permet d'ancrer progressivement la culture du don dans la population polynésienne, en cohérence avec les valeurs portées par la politique nationale de greffe.

En complément des prélèvements sur personnes décédées, le don du vivant constitue une source précieuse de greffons rénaux. Aujourd'hui minoritaire, il présente l'avantage d'offrir de meilleurs résultats en termes de survie du greffon et du receveur, tout en permettant de réduire le temps passé sur liste d'attente.

Cependant, en 2024, au centre hospitalier de la Polynésie française, parmi les donneurs potentiels, 42 % n'ont pas fait l'objet d'un prélèvement en raison d'une opposition formulée par les familles lors des entretiens et 28 % des donneurs vivants ont également opposé un refus. Les oppositions de prélèvements sur personnes décédées étaient principalement adressées en raison d'une méconnaissance de la famille sur la position du défunt quant au prélèvement et en raison de la volonté de conserver le corps dans son intégralité.

Tableau n° 9 : Oppositions au don d'organe

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Oppositions du vivant	4	7	3	2	3	5	3	4
Oppositions de l'entourage	13	18	6	6	7	1	14	6
Accord	16	6	9	7	4	7	9	4
Taux de refus	51,5 %	80,6 %	50,0 %	53,3 %	71,4 %	46,2 %	65,4 %	71,4 %

Source : centre hospitalier de la Polynésie française

La chambre invite la Polynésie française à renforcer les actions de communication en faveur du don. Ces campagnes doivent viser à informer la population sur la législation en vigueur, notamment le principe du consentement présumé pour les personnes décédées, sous réserve de l'absence d'opposition explicite de la personne de son vivant. Ce principe est conforme au droit applicable dans l'Hexagone et aux standards internationaux en matière de don d'organes³⁷.

³⁶ Décerné par le collectif national « greffe+ » : collectif d'associations, de fédérations, de fondations qui réalisent la promotion du don d'organes. En 2025, d'autres établissements ont reçu le même label, notamment le CHU de Nancy, le CHU d'Angers, les Hospices civils de Lyon...

³⁷ Conformément à l'article L. 1232-1 al.3 du code de la santé publique rendu applicable en Polynésie française par l'ordonnance n° 2017-1179 du 19 juillet 2017, qui dispose que le prélèvement sur personne décédée « peut être pratiqué sur une personne majeure dès lors qu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur un registre national automatisé prévu à cet effet. Ce refus est

En 2025, la Polynésie française a ainsi mis en place, pour la première fois, une journée polynésienne du don d'organe afin d'ancrer plus encore l'intérêt du don d'organe dans la population.

Pour mesurer plus efficacement les portées de actions de communication, la chambre invite la Polynésie française à mettre en place, à partir de 2026, une évaluation annuelle des actions de sensibilisation en matière de prélèvement, afin d'adapter les priorités et de valoriser les progrès réalisés. L'évaluation pourrait être pilotée par la direction de la santé et s'appuyer sur un comité annuel de suivi réunissant les partenaires institutionnels (ministère de la santé, établissements de santé, associations) dont le rôle serait de valider les constats et formuler des orientations.

3.3.2 Mettre à l'étude l'extension des possibilités de prélèvement d'organes

En Polynésie française, les prélèvements d'organes actuellement autorisés au centre hospitalier sont limités aux situations de mort encéphalique (donneurs dits « *en état de mort encéphalique* ») et aux donneurs décédés à cœur arrêté, c'est-à-dire en arrêt cardio respiratoire persistant³⁸. Ce cadre, bien qu'essentiel à la sécurité et à l'éthique du don, restreint le nombre potentiel de donneurs en raison de la limitation des situations médicales répondant à ces critères.

Dans ce contexte, il pourrait être opportun pour la Polynésie française, d'étudier la faisabilité d'une extension du prélèvement d'organes aux donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé, c'est-à-dire après une décision médicale d'arrêt des soins chez un patient déjà hospitalisé. Ces donneurs sont dits « *donneurs de type Maastricht III* »³⁹.

Les conditions de Maastricht III désignent ainsi les cas dans lesquels un patient, hospitalisé en réanimation, fait l'objet d'une limitation ou d'un arrêt des thérapeutiques actives, c'est-à-dire lorsque l'équipe médicale, en concertation avec la famille, décide de ne plus poursuivre des traitements jugés disproportionnés. Après l'arrêt cardiaque constaté et un délai d'observation défini par la réglementation (cinq minutes), un prélèvement d'organes peut être envisagé dans des conditions strictement encadrées (trois heures), garantissant le respect du donneur et la qualité des greffons.

Ce dispositif, déjà mis en œuvre en France hexagonale a permis d'accroître significativement le nombre de dons sans compromettre les exigences éthiques ni la sécurité des transplantations. Concrètement, en 2024, le centre hospitalier de la Polynésie française a conduit une étude qui révèle que 17 patients supplémentaires auraient pu être proposés en

révocable à tout moment. ». En cas de mineur décédé, le consentement écrit des titulaires de l'autorité parentale est requis (article L. 1232-2). Le médecin doit informer les proches du défunt sur la nature et la finalité du prélèvement (article L. 1232-1, alinéa 2). Cette disposition, bien que non constitutive d'un droit de veto des proches, permet une expression indirecte du refus si le défunt l'avait confiée à sa famille.

³⁸ Arrêté n° 5190 MSP du 12 juin 2023 portant autorisation d'exercer les activités de soins de chirurgie, neurochirurgie et greffe rénale au Centre hospitalier de la Polynésie française

³⁹ Cette classification des donneurs a été adoptée lors du *First International Workshop on Non-Heart-Beating Donors*, tenu à Maastricht en mars 1995. Elle visait à catégoriser les types de donneurs d'organes décédés après arrêt circulatoire, aussi appelés donneurs à cœur arrêté

donneurs potentiels si l'autorisation avait été donnée d'effectuer un prélèvement dans ces conditions.

Pour la Polynésie française, la mise à l'étude de l'extension des conditions des prélèvements d'organes devrait toutefois être conduite avec prudence et méthode, en évaluant notamment :

- la faisabilité juridique et éthique dans le contexte de la Polynésie française, notamment pour ce qui concerne l'acceptabilité sociétale de cette évolution, à travers une concertation avec les professionnels de santé, les familles et les représentants des cultes ;
- la capacité technique et organisationnelle du centre hospitalier de la Polynésie française à assurer le respect des protocoles de Maastricht III et notamment la question du transport sanitaire des donneurs potentiels en provenance d'autres structures de soins.

Dans un contexte où le besoin de greffons demeure élevé, l'élargissement des conditions de prélèvement pourrait constituer un levier important pour améliorer l'accès à la greffe.

L'intégration des prélèvements sur donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé (dits de type Maastricht III) permet d'augmenter significativement le nombre de greffes tout en maintenant les exigences éthiques et la sécurité des procédures. L'étude conduite par le centre hospitalier en 2024 confirme qu'une telle évolution aurait permis d'identifier dix-sept donneurs supplémentaires au cours de l'année.

La chambre recommande alors à la Polynésie française d'associer les autorités sanitaires, les équipes médicales et paramédicales concernées, ainsi que les représentants des cultes et des familles, pour étudier une évolution encadrée, éthique et techniquement maîtrisée du don d'organes pour les personnes décédées après arrêt circulatoire contrôlé.

<p>Recommandation n° 7. Engager, en 2026, une étude de faisabilité sur l'extension des conditions de prélèvement d'organes aux donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé (de type « Maastricht III »).</p>
--

CONCLUSION INTERMEDIAIRE

La greffe rénale constitue un enjeu majeur en Polynésie française, où la prévalence élevée des maladies rénales et l'éloignement géographique compliquent l'accès à la dialyse. Le cadre juridique applicable au don d'organes, repose sur des principes stricts de consentement, de gratuité et d'anonymat, garantissant la sécurité des donneurs et des receveurs. Le centre hospitalier de la Polynésie française, autorisé depuis 2013 à réaliser prélèvements et transplantations, concentre l'ensemble de l'activité sur le territoire.

L'activité de prélèvement reste toutefois limitée, avec seulement trois donneurs décédés et un donneur vivant recensés en 2024. Depuis 2013, 164 greffes ont été réalisées, mais l'activité est fluctuante, dépendante du nombre de greffons et des capacités chirurgicales. Les délais d'attente restent longs — jusqu'à 43 mois pour certains groupes sanguins — et les greffes préemptives rares. Le centre hospitalier souffre d'un isolement structurel, sans accompagnement régulier de l'Agence de la biomédecine, malgré la convention de coopération signée en 2013. La chambre recommande la réalisation, en 2026, d'une mission d'appui technique et scientifique pour consolider cette activité essentielle.

La promotion du don d'organes constitue un autre axe prioritaire. Les campagnes locales, appuyées sur les journées nationales et mondiales du don, visent à sensibiliser la population et à lever les réticences encore fortes. La chambre invite la Polynésie française à évaluer régulièrement les actions de promotion du don dès 2026.

Enfin, une évolution du cadre de prélèvement pourrait être envisagée. En autorisant les dons après arrêt circulatoire contrôlé (dits de type Maastricht III), dix-sept donneurs supplémentaires auraient pu être identifiés en 2024. La chambre recommande donc de conduire, dès 2026, une étude de faisabilité sur cette évolution encadrée et adaptée au contexte polynésien.

ANNEXES

Annexe n° 1. Liste des personnes contactées	58
Annexe n° 2. Tableau récapitulatif des recommandations proposées et de leur mise en œuvre au cours de la procédure du contrôle des comptes et de gestion du présent rapport	60
Annexe n° 3. Réponse de M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française	61

Annexe n° 1. Liste des personnes contactées

Polynésie française

M. Moetai Brotherson	Président de la Polynésie française
M. Edouard Fritch	Ancien Président de la Polynésie française
M. Cédric Mercadal	Ministre chargé de la santé
Mme le Dr. Raihei Ansquer	Conseillère technique au cabinet du ministre chargé de la santé

Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale

Mme Merihère Guy	Directrice
Mme Caroline Grepin	Directrice adjointe

Caisse de Prévoyance sociale

M. Pierre Frebault	Directeur
M. le Dr. Vincent Dupont	Directeur adjoint

Centre hospitalier de la Polynésie française

Mme Hani Teriipaia-Ott	Directrice
M. Alexis Goubert	Directeur adjoint
Mme le Dr. Julie Bloch	Cheffe du service de néphrologie, par intérim
Mme le Dr. Ouarda Krid	Cheffe du service de réanimation – chargée de la filiale du prélèvement

ISIS

M. Mahera Arakino	Président
Mme Nolwenn Kaiha	Directrice de l'activité

APAIR APURAD

M. le Dr. Grégory Detrun

Président

M. le Dr. Ronan Delaval

Directeur médical

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

[Ajouter du contenu ici]

Intitulé	Nature (1)	Domaine (2)	Impact financier (3)	Degré d'importance (4)	Degré de mise en œuvre (5)	Délai de réalisation
Enrichir, d'ici à 2028, la collecte de données épidémiologiques relatives à l'insuffisance rénale chronique, notamment aux stades précoces de la maladie.	P	Gouvernance et organisation interne		Très important	NMO	2026
Instaurer, à partir de 2026, des contrôles sur les prescriptions médicales relatives à l'adressage des patients en dialyse.	R	Gouvernance et organisation interne		Majeur	NMO	2026
Réviser, en 2027, la carte des autorisations de dialyse pour adapter les capacités installées aux besoins de la population.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	MOP	2027
Installer, en 2026, un réseau de santé consacré à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.	P	Gouvernance et organisation interne		Important	NMO	2026
Engager, en 2026, une étude des coûts pour chaque modalité de dialyse.	P	Comptabilité		Majeur	NMO	2026
Retravailler, en 2027, les tarifs applicables aux différentes modalités de dialyse en fonction d'une logique de qualité des soins et de soutenabilité budgétaire.	P	Situation financière		Majeur	NMO	2027
Engager, en 2026, une étude de faisabilité sur l'extension des conditions de prélèvement d'organes aux donneurs décédés après arrêt circulatoire contrôlé (de type « Maastricht III »).	P	Gouvernance et organisation interne		Important	NMO	2026

(1) Nature : Régularité, Performance

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

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

(4) Majeur – Très important – Important.

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

Annexe n° 3. Réponse de M. Moetai Brotherson, Président de la Polynésie française



Le Président

POLYNÉSIE FRANÇAISE

N° 002122 / PR

Papeete, le 01 AVR 2026

à

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

Objet : Réponse au rapport d'observations définitives de la CTC relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française au titre de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française

Réf. : Courrier de la CTC n° 2026 - 114 du 2 mars 2026

Monsieur le président,

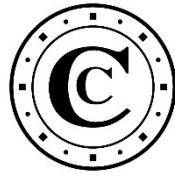
Par courrier n° 2026-035 du 2 mars 2026, la chambre territoriale des comptes de la Polynésie française a transmis le rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française au titre de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Polynésie française.

Je vous ai déjà transmis des observations lors du rapport provisoire, lesquelles ont été prises en compte. Je n'ai pas de nouvelles observations à formuler à ce stade.

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



Moetai Brotherson
Moetai BROTHERSON



Chambre territoriale des comptes de la Polynésie française

Rue Édouard Ahnne – Immeuble Uupa –

Troisième étage

BP 331 - 98713 Papeete

Email : polynesiefrancaise@crtc.ccomptes.fr