

EXTRAIT DU COMPTE RENDU de la réunion du mercredi 11 octobre 2023

EXAMEN DU PROJET DE DÉLIBÉRATION PORTANT APPROBATION DES COMPTES ADMINISTRATIFS DE L'EXERCICE 2022 DU BUDGET PRINCIPAL DU CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE ET DE SES BUDGETS ANNEXES DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, DU CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE, DU SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU / CESU), DE L'HÔTEL DES FAMILLES, DE L'ÉCOLE DE SAGES-FEMMES ET DE L'UNITÉ DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA) ET AFFECTATION DE LEUR RÉSULTAT

La réunion débute à 13 h 35, sous la présidence de M^{me} Pauline Niva.

Présidente	M ^{me} Pauline Niva	présente	
Vice-présidente	M ^{me} Rachelle Flores	présente	
Secrétaire	M ^{me} Patricia Pahio-Jennings	absente	Procuration à M ^{me} Pauline Niva
Membres	M. Mike Cowan	absent	Procuration à M ^{me} Thilda Garbutt-Harehoe
	M ^{me} Sylvana Tiatoa	présente	
	M ^{me} Thilda Garbutt-Harehoe	présente	
	M ^{me} Cathy Puchon	présente	
	M ^{me} Pascale Haiti	présente	
	M ^{me} Teave Boudouani-Chaumette	présente	
Non-membre	M ^{me} Hinamoeura Morgant-Cross	arrivée à 14 h 27	

(La procédure d'examen simplifiée est adoptée à l'unanimité pour tous les dossiers.)

PROJET DE DÉLIBÉRATION PORTANT APPROBATION DES COMPTES ADMINISTRATIFS DE L'EXERCICE 2022 DU BUDGET PRINCIPAL DU CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE ET DE SES BUDGETS ANNEXES DU DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE, DU CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE, DU SERVICE D'AIDE MÉDICALE URGENTE (SAMU/CESU), DE L'HÔTEL DES FAMILLES, DE L'ÉCOLE DE SAGES-FEMMES ET DE L'UNITÉ DE CONSULTATIONS ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA) ET AFFECTATION DE LEUR RÉSULTAT

(Lettre n° 6515/PR du 8-9-2023)

Présenté par M^{mes} Pauline Niva – Rachel Flores

Défendu par :

- M. Cédric Mercadal, ministre de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée,
- M. Yannis Céran-Jérusalémy, directeur de cabinet du ministre,
- M^{me} Tatiana Hart, chef de cabinet du ministre
- M^{me} Claude Panero, directrice du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF),
- M. Alexis Goubert, directeur adjoint du CHPF,
- M^{me} Chloé Henrion, directrice du budget, de la comptabilité et des finances du CHPF.

DISCUSSION SUR LE PROJET DE RAPPORT

M. Cédric Mercadal : Je tiens à remercier l'ensemble des membres de la commission. Pour la première fois que je peux venir, je suis vraiment ravi d'être parmi vous aujourd'hui. Je vous remercie, Madame la présidente, d'avoir fait un travail aussi remarquable parce que le rapport est de qualité et l'amendement était nécessaire.

L'activité du CHPF est celle qui nous touche tous. On sait très bien que cet établissement n'est pas anodin. Il permet de répondre aux soins quand les autres ne peuvent pas le faire. On parle de l'activité du SAMU, des urgences, des évènements urgents — parce que ce ne sont pas les évènements programmés dont on parle aujourd'hui — et des transfusions sanguines. Mais c'est aussi l'école de sages-femmes qui aujourd'hui va être dotée de six nouveaux élèves et pas de deux parce que l'on est en prévision d'évolutions futures et des besoins de renouveler les postes. Donc, le temps de former, sachant que demain, il va falloir faire des thèses en matière de sages-femmes, elles arrivent quasiment au niveau des docteurs, c'est une vraie évolution de carrière.

Et donc, tout le soutien que l'on fait à travers ce compte financier qui a été si particulier puisque l'on était en fin de crise Covid — on parle de 2022 — avec des nécessités budgétaires qui ont été abondées en 2023 à hauteur de 2,7 milliards pour pouvoir répondre à cette situation difficile que le CHPF avait pu vivre. Et dans une période que l'on doit dire de restructuration portée par la direction, aujourd'hui une structuration positive. Ce n'est pas négatif, il ne faut pas l'entendre comme ça.

Il faut juste dire qu'il y a un plan qui a été longuement pensé et établi par la direction qui a donné lieu à des études *via* une compagnie qui a fait un travail remarquable sur les activités de MCO (médical, chirurgie, obstétrique) qui nous permet de voir beaucoup plus clair sur ce que devra être le CHPF demain.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Concernant le domaine de la psychiatrie, sur l'activité de psychiatrie adulte, on met qu'il y a une montée en puissance des interventions d'équipes mobiles alors que le taux d'occupation (TOKANI) est en baisse. Mais il y a quand même aussi pas mal de ces personnes qui sont encore dans la nature.

Et puis par rapport à l'activité des psychiatres privés, est-ce que ce ne serait pas aussi une des causes ? Comme on ne domine pas trop le sujet, entre tous ceux qui sont et qui passent à la COTOREP, y a-t-il un suivi par rapport à ça chez vous ? Vont-ils plutôt vers des centres privés ? Ou y a-t-il des refus de

soins ? Ça existe aussi. Moi je suis proche des psychotiques et en discutant avec un psychiatre, il m'a dit que beaucoup refusait les soins.

Ensuite par rapport aux enfants en pédopsychiatrie, y a-t-il des liens entre CTES, AASH, les enfants que vous suivez et les associations telles qu'Entre deux mondes et Tous CAAPables, etc. ? D'ailleurs, il me semblait qu'il y avait aussi une structure qui devait se développer concernant cette pédopsychiatrie.

Voilà. Je m'arrête là pour l'instant.

M. Cédric Mercadal : Concernant l'activité de psychiatrie et l'équipe mobile, c'est une belle réussite. C'est une expérimentation qui a été faite et reconduite en 2023. Elle a régénéré aussi aujourd'hui une équipe mobile qui reste sur Taravao pour permettre d'assurer des soins. Cela a fait baissé les états psychotiques parce qu'aller dans l'environnement a fait qu'ils n'ont pas eu le blocage de l'hôpital parce qu'aller à la psychiatrie pour des gens, ça leur fait peur. Et donc, ça a été une vraie occupation qui a été faite, et si l'on veut, une vraie méthode de développement faite par le chef du service psychiatrie qui met toute une politique en marche là-dessus et qui fonctionne et qui sera soutenue encore l'an prochain *via* le budget de la CPS. Dans le cadre d'un COM, on va continuer à le poursuivre parce que cette équipe mobile s'avère nécessaire. On désengorge la psychiatrie et on soigne mieux les gens. C'est nécessaire. Quand on parle justement des gens dans la rue qui aujourd'hui ne veulent pas se soigner, aller auprès d'eux est une vraie nécessité, c'est de ça que l'on parle.

Certes, l'activité existe, le taux d'occupation a baissé, les problèmes dans la nature des gens ont été pris en compte dans leur milieu et cela, ça change tout. Et c'est surtout que l'activité privée n'est pas prise en compte au niveau du CHPF.

Pour autant — et je vais répondre à la deuxième question dans le cadre du pôle de santé mentale —, il faudra associer les privés dans cette évolution puisque l'on va avoir un nouvel établissement qui va être ouvert. Cathy, tu m'avais posé des questions, j'anticipe parce que c'est une question de demain. Le pôle de santé mentale sera ouvert cette année et je l'avais annoncé au budget où on a mis 700 millions. C'est une continuité. Ce n'est même pas un besoin, c'est une nécessité. La santé mentale de nos enfants, de nos adolescents, de personnes qui en ont besoin, elle est juste nécessaire à tous les stades. Il ne faut pas penser que la psychiatrie, enfermer quelqu'un soit la solution. La solution est de les traiter à tout niveau et à tout âge, qu'ils puissent avoir un centre de rendez-vous, être traités chez eux et avoir des centres de repli pour aussi être traités. Et ça va aussi avec l'addictologie, avec tous les problèmes qui existent et c'est ça le pôle de santé mentale : c'est coordonner tout ça avec les associations telles qu'Alzheimer, SOS Suicide ou encore Entre deux mondes et Tous CAAPables parce que tout ce qui est là doit être fait ensemble. C'est un problème de société, il se règlera avec les confessions religieuses, les associations et les communes. Ainsi, une politique hors les murs est nécessaire. Et il se règlera aussi avec le pôle de santé mentale qui n'est qu'un bâtiment. Ça va aussi avec un plan de santé mentale, une vraie action qui est en programmation et qui donnera lieu à des débats et on demandera à l'assemblée d'y participer. On le fera en début d'année puisque l'on a dit que l'on ouvrirait en août, si tout va bien. On sait comment les travaux donnent, ils nous avaient dit « 2012, on commence les travaux ». Puis, ils avaient dit qu'il serait livré l'an dernier et force est de constater que l'on a été obligé de rajouter 700 millions pour finir les alu et ils nous disent août, moi je suis content. On me dit mai mais en fin de compte, il y a les réserves à lever.

Je pense que l'on a du temps pour poser un plan de santé mentale ensemble et d'y travailler conjointement avec l'addictologie, avec tout ce qui est fait et comment déployer des structures, c'est nécessaire. Et la forme de tout ça, ce sera collaborer ensemble. Ça, c'est la question psychiatrie.

Et on prendra en compte la deuxième partie, la pédopsychiatrie. Je suis d'accord avec toi, il faut associer davantage la COTOREP et la CTES parce qu'aujourd'hui c'est le parent pauvre. On prend des décisions d'un côté et ça donne lieu à des prestations et ça reste à part. Ce lien avec le CHPF et la psychiatrie est juste nécessaire. Il faut pouvoir suivre les gens dans le temps et ce travail doit être fait ensemble. Donc, je suis vraiment content que tu poses cette question, parce que c'est même le lien entre la COTOREP et

la CTES qu'il va falloir réfléchir. Cathy, tu le sais, tu as été membre, c'est un point fondamental. Quand on voit que l'on oblige de refaire faire un dossier à quelqu'un qui était à la CTES, à la COTOREP, alors qu'il devait y avoir une continuité des choses pour un handicap. Il devrait y avoir un suivi médical pour tout cela, avec un dossier médical partagé, avec la psy pour avancer, pour mieux suivre la personne, plutôt que de la laisser se dégrader dans sa famille, avec un suivi social. Parce que tout cela, c'est du social aussi, c'est un soutien social des familles qui accompagnent ces gens. On ne parle pas assez des familles là-dedans parce que, comme je l'ai dit tantôt, c'est avec tout le monde que l'on arrivera à faire quelque chose. C'est plus politique, ça sort un petit peu du CHPF, mais c'est vers cela que l'on va aller.

Après, pour les questions techniques, si la directrice veut...

M. Alexis Goubert : Effectivement, comme vous l'avez dit tous les deux, historiquement, on parlait souvent de psychiatrie, et de plus en plus désormais de sentimental, ce qui montre bien que la thématique n'est pas seulement curative, sanitaire, hospitalière, mais est plus englobante que cela. Si on devait identifier certains leviers et vecteurs qui permettent et permettront plus tard encore d'améliorer les prises en charge, on pourra en classer au moins trois grandes catégories : celle de la diversification de l'offre hospitalière, et tout ce qui est en dehors du secteur hospitalier, notamment social. Comme le disait Monsieur le ministre, des choses ont été faites au niveau hospitalier pour diversifier l'offre et l'axée sur une offre ambulatoire de proximité, et l'important est d'avoir une offre de proximité qui permette de ne pas freiner et d'être au plus proche des populations.

Des efforts ont été réalisés et se traduisent dans les comptes administratifs 2022, et se poursuivent typiquement en 2023. Actuellement (septembre), nous sommes en train de développer à la fois la pédopsychiatrie et la psychiatrie de l'adulte avec le soutien financier que le Pays a apporté au travers d'une subvention cette année. Et, on est également en train de développer plus encore l'ambulatoire sur Taravao pour être plus proche de — pas Taravao seulement — de ce qu'on appelle Tahiti Sud, c'est-à-dire être dans cette zone où il y a une population importante pour éviter typiquement des arrivées de patients qui sont parfois en détresse aux urgences du Taaone, alors qu'ils auraient pu être pris en amont et ainsi éviter des situations compliquées pour les enfants, leurs parents et l'ensemble de la population. Il y a donc cet aspect de la diversification de l'offre hospitalière qui, sur le terrain va du site au hangar ambulatoire pour se rapprocher des populations.

Ensuite, la stigmatisation est un autre aspect traité avec l'ensemble des équipes et des relais externes. On voit encore que la thématique sentimentale mérite d'être mieux communiquée. À notre niveau, nous essayons de participer à cela et, en ce moment-même, nous participons aux semaines du sentimental — qui ne sont pas faites à l'Hôpital même si elles mobilisent beaucoup d'acteurs de l'Hôpital — qui sont faites à l'Université de la Polynésie française, ce qui montre bien qu'il s'agit d'un terrain neutre. Ce n'est pas un seul sujet hospitalier. Grâce à l'envergure de ces rencontres, cela mobilise aussi bien nos équipes de pédopsychiatrie et psychiatrie adulte que les associations, la Direction de la santé, le Fare Tama Hau, les acteurs du milieu social, enfin l'ensemble des acteurs. La stigmatisation en santé mentale est un point important sur lequel on a probablement encore à progresser car elle peut être un frein aux prises en charges les plus précoces. On sait que dans ce domaine-là, le plus tôt on prendra en charge, le plus tôt on aura des chances de pouvoir guérir, en tout cas retrouver une vie normale.

Voilà ce qui peut être fait au niveau hospitalier et ses perspectives 2023, et la volonté que l'on a au niveau hospitalier de participer à notre niveau, à la fois à ces sujets de communication, de démystification du sentimental, mais aussi de continuer nos efforts pour rapprocher le soin des populations et continuer à tisser des liens étroits avec l'ensemble du maillage territorial qu'il soit social ou municipal — les communes ont aussi un rôle à jouer — et bien sûr nos confrères du milieu hospitalier.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : Je m'occupe de ma petite sœur qui a un souci de santé mentale depuis plus de 25 ans puisque notre mère ne pouvait plus le faire ; et donc j'ai pris le relais et j'ai vu cette évolution. Aujourd'hui, je suis très contente parce que l'équipe mobile vient à la maison. Avant, on ne le faisait pas et, nous, familialement, on était un peu coupé parce que ma sœur est majeure. Précédemment, on disait qu'au début, lorsqu'on détecte la maladie, le malade refuse souvent le

traitement parce qu'il ne veut pas qu'on le qualifie de malade. C'est donc une bataille familiale parce qu'il faut que ma petite sœur puisse continuer à vivre mais avec nous ; il faut donc cohabiter. Par contre, la famille était coupée parce qu'à chaque fois, le docteur de ma sœur ne voulait pas nous voir — ce n'est pas le docteur de la famille mais celui de ma sœur. Il y avait ce ravin et l'on était conscient que, familialement, elle avait besoin de nous. Cela ne marchait pas, donc hospitalisation sur hospitalisation.

Depuis que l'équipe mobile vient à la maison, lorsqu'elle veut être hospitalisée, elle me le demande parce qu'il y a souvent des changements de médicament et il faut un moment d'adaptation. Aujourd'hui, elle vient me voir — elle habite derrière chez moi puisque je lui ai fait son studio — et me dit « emmène-moi aux urgences je ne vais pas bien ». Aujourd'hui, elle a ce retour, alors qu'avant, c'était nous qui étions obligés de la surveiller, de trouver les petites failles, et après, c'était toujours conflictuel.

Aujourd'hui, je pense même que les dépenses ont dû baisser puisqu'elle va moins à l'Hôpital. Et effectivement, ils ajustent tout de suite à la maison. Par exemple, les problèmes qu'elle a maintenant — puisqu'elle a totalement accepté sa maladie — sont les médicaments qu'il faut à chaque fois adapter. Elle sent des fois qu'elle va bien ou qu'elle ne va pas mieux, mais au moins, je peux en parler avec l'équipe qui vient à la maison. Ou bien, même eux, lorsqu'ils viennent devant, ils me demandent comment je trouve ma sœur et là, je leur réponds, par exemple, que « hier soir, j'ai entendu la vaisselle se brisée ». Au moins, on communique. Il y a deux semaines, c'est même eux qui m'ont dit « Teave, il y a quelque chose qui ne va pas, emmène la faire des bilans » et effectivement il y avait un problème de dosage de ses médicaments.

Maintenant que ces équipes mobiles sont en place, cela change la vie du malade et celle de la famille. Je suis sûr que cela change la vie également du service psychiatrie parce qu'on n'est pas là à engorger le système mais plutôt maintenant dans un savoir-vivre ensemble.

La présidente : Merci Teave pour ce beau témoignage, surtout que j'avais plein de questions sur ces visites à domicile. Merci beaucoup. Avec ton témoignage, tu as répondu à tous mes questionnements.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : Non, c'est moi qui les remercie, c'est merveilleux !

M^{me} Claude Panero : Merci pour ce partage sur l'utilité, l'importance et la pertinence de la mise en place des équipes mobiles. Puisque l'on parle des durées de séjour à l'Hôpital, juste une illustration : avant la mise en place de ces équipes mobiles, le département de la psychiatrie avait des taux d'occupation qui étaient au-delà des 100 %. On était parfois proche des 120 %, ce qui n'était pas, en termes d'organisation des soins, le plus optimal.

Aujourd'hui, — j'ai pris les indicateurs pour venir à cette commission — ce matin à 6 heures, le taux d'occupation au département de la psychiatrie était de 83 %, ce qui veut dire que l'impact est majeur sur les taux d'occupation en psychiatrie ; ce qui améliore la qualité de la prise en charge à l'Hôpital et ce qui pour le coup aussi permet une relation de proximité avec le patient et les familles pour assurer la prise en charge plus importante et plus déconcentrée. C'est aussi tout l'enjeu de créer tout un réseau autour de ces équipes mobiles. Effectivement, c'est tout l'enjeu aussi du plan de santé mentale dont le ministre vient d'évoquer l'élaboration pour les années futures. La santé mentale aujourd'hui se travaille en réseau et elle se travaille hors les murs de l'Hôpital.

La présidente : Par rapport au compte de gestion, on a vu dans le rapport d'activité qu'il y avait une hausse des évacuations sanitaires de 2013 à 2022. L'offre de soins s'est-elle autant dégradée dans les îles pour qu'il y ait autant d'évasans venant des îles ?

Ensuite, pour compléter ce questionnaire sur les évasans, nous avons eu la visite hier d'une société qui est ici pour promouvoir la télémédecine. C'est quelque chose peut-être que l'on peut apporter justement afin de diminuer ces évasans. Maintenant, la télémédecine suffirait-elle à venir palier ou baisser le nombre d'évasans dans les îles et assurer une offre de soins de qualité pour nos gens des îles ?

Maintenant, concernant les rallonges budgétaires du CHPF que l'on a l'habitude de demander lors des collectifs budgétaires afin de boucler le budget de l'année, paradoxalement, on note quand même un déficit en fin d'année. Techniquement, cette situation peut-elle être évitée et comment peut-on faire ? S'agissant de nous à l'assemblée, comment peut-on vous aider pour éviter cette situation-là l'année prochaine ?

En ce qui concerne le budget annexe de l'Hôtel des familles, où l'on voit qu'il y a un excédent, est-ce que cela voudrait dire qu'il est moins fréquenté ? Paradoxalement, on reçoit quand même nos administrés au sein de l'assemblée qui viennent nous dire qu'ils sont évasanés et qu'ils n'ont aucun endroit où loger. On a donc deux situations qui s'opposent : d'une part, on a un excédent donc cela veut dire peut-être quelque part que l'Hôtel des familles n'est pas ouvert tout le temps — on essaie de comprendre —, et d'autre part, on a des plaintes de notre population vis-à-vis de leur lieu d'habitation lorsqu'ils viennent en évasan sur Tahiti.

S'agissant de la partie sociale du CHPF, souvent le CHPF fait la une des journaux avec les grèves, etc. mais dans le rapport d'activité, on n'a pas le détail des crises sociales du CHPF. Je trouve que les crises sociales en termes de personnel — qui ne sont pas contents — sont assez redondant à l'Hôpital. Là, on se demande ce que l'on peut faire au sein de l'assemblée pour essayer de palier cela. Il est vrai peut-être que, quelque part, l'on n'arrivera jamais à faire plaisir aux humains que nous sommes, mais il faut quand même essayer de trouver des solutions.

Dans le cadre de la convention santé-solidarité avec l'État, pouvez-vous nous rappeler l'engagement de l'État et notamment s'agissant du budget du CHPF ? Par ailleurs, est-il exact que l'Hôpital a perdu au niveau de la prise en charge des fonctionnaires d'État au titre de la sécurité sociale un montant conséquent et quel est ce montant ?

Enfin, sur la psychiatrie, on a eu une longue discussion là-dessus.

M. Cédric Mercadal : D'abord, concernant les évasans — cela me tient à cœur pour des raisons personnelles —, les chiffres que vous avez ne concernent que les évasans urgentes au niveau du CHPF. En réalité, il y a les évasans programmés. Une belle enquête a été faite il y a quelques années et celle-ci expliquait toutes les difficultés que l'on avait. On parle de 32 000 évasans programmés et le reste concerne celles qui sont urgentes. Il y a une augmentation chronique vers les urgences parce que, d'une part, on soigne mieux, mais aussi notre population est vieillissante dans les îles. Le besoin de soins est donc de plus en plus fréquent. De plus, l'augmentation des coûts est corrélée par le coût du transport qui a augmenté. Il y a le coût du transport de nuit effectué par l'armée qui est le seul à pouvoir faire ces vols de nuit sur les aéroports et aérodromes qui n'ont pas de lumières installées sur les pistes. Il faut parler de cela aussi car le coût d'une évasane, c'est le coût dû au transport de personnes qui vont sur le site et qui reviennent mais c'est surtout le coût de l'avion et de ce transport qui coûtent chers. Aussi, c'est financé en partie par la CPS et par un bon nombre de choses. L'augmentation, pour ma part, je la vois depuis des années et pour la juguler, il va falloir avoir des bases opératives et du dépistage plus fréquent dans les îles.

Il n'est pas admissible qu'aujourd'hui parce que l'on n'a pas dépisté un certain nombre de choses dans les îles que l'on n'a pas fait une meilleure prévention. Il y a des états de situation de maladies très graves qui génèrent des évasans urgentes. C'est dramatique pour moi de ne pas pouvoir répondre à ce besoin et de devoir y aller, mais c'est surtout que l'on a mis en place un certain nombre d'outils ces dernières années : les hélicoptères aux Marquises financés par la DSP (Délégation de service public), payée par la Direction de la santé qui vient abonder et permettre à des gens de survivre. L'évasan urgente c'est de permettre aux gens de survivre alors qu'ils sont dans les territoires les plus éloignés de la Polynésie avec des centres de soins qui ne sont pas capables de les prendre en charge, avec une régulation qui est faite par Tony que vous connaissez tous, qui est venu plusieurs fois à l'APF *via* la télé-médecine en regardant les situations d'urgence. On parle de télé-médecine, mais aujourd'hui c'est déjà le cas. Il aboutit et analyse au cas par cas s'il y a un besoin d'évacuer ou pas en regardant le diagnostic, en ayant un lien

avec le professionnel sur place et en disant « dans ce cas-là, il faut vraiment évacuer » et on doit lancer l'évasan urgente.

On en est avec un pôle qui a été mis en place par le CHPF qui est très actif et qui gère la situation critique de vie. Les évasans urgentes c'est ça. C'est tout ce point-là qui augmente parce qu'il y a des malades de plus en plus importants dans les îles, mais c'est aussi dû à de la qualité de soins qui est prise en compte aujourd'hui. Et effectivement, ça augmente mais on sauve des vies. Cela nous aurait peut-être coûté plus cher à nous, humainement, de ne pas avoir pris en compte ces situations.

Je vais laisser la directrice parler pour la deuxième partie.

La présidente : Donc, l'offre de soins dans nos îles n'est pas de qualité. Elle n'est pas assurée correctement.

M. Cédric Mercadal : C'est le plateau technique, ce n'est pas l'offre de soins. On ne peut pas avoir une urgence ou une réa dans tous les hôpitaux périphériques. Techniquement, Moorea fait les évasans. Ils ont un plateau technique plutôt correct et arrivent à gérer toute la population, mais quand ça devient trop grave, ils évacuent vers Tahiti. De même aux Marquises, on fait les opérations sur place. On paye quand même pour une population de 3000 personnes un bloc opératoire là-bas pour assurer bon nombre d'opérations. C'est quasiment une opération par jour, deux chirurgiens sur place ainsi qu'un infirmier de bloc. Il y a des moyens conséquents qui sont mis dans les îles pour pouvoir faire ces opérations, mais c'est aussi des plateaux techniques qui sont installés à Taiohae. On sait Uturoa est là, ils nous permettent d'intervenir, mais on ne peut pas mettre dans chaque archipel ou chaque île, le même plateau technique qu'au CHPF. Le seul à pouvoir accéder à l'offre de soins globale, aujourd'hui, c'est le CHPF. C'est le lieu de dernier recours avec les urgences et afférentes.

La présidente : *Taumihau* quand je parlais de l'offre de soins, c'est par rapport à la prévention. C'est-à-dire que le manque de dépistage est une des causes de la gravité des maladies qui nécessitent des évasans en urgence.

M. Cédric Mercadal : Avec les nouvelles missions du CSA que l'on est en train de mettre en place, on pourra résoudre cela.

Les consultations avancées, aujourd'hui, se font que *via* des spécialistes qui vont dans les îles pour cibler des membres de la population. On a décidé avec le nouveau directeur de mettre en place des consultations généralistes. Refaire les tournées que l'on faisait dans les années 2000. Il faut dire que c'était très bien fait par un autre gouvernement à une autre époque. On envoyait des médecins généralistes dans les îles qui faisaient l'état de la population dans chaque île. On va investir là-dedans dans le soin primaire, dans la qualité de la population à visiter, les visiter au moins une à deux fois par an de manière nécessaire *via* des généralistes. C'est la nouvelle évolution. Ce qui permettra de juguler bon nombre de problèmes.

C'est aussi l'installation d'un mammographe, on l'a vu aux Marquises sud, et peut-être que demain ça sera un mammographe portable. J'annonce quelque chose, mais pour aller aux Australes, c'est bien. Il faut y aller pour faire ses dépistages. Ainsi, en détectant des cancers très rapidement, cela nous évitera de répondre à une urgence demain qui sera dramatique. C'est ça aussi la réalité. C'est faire cette détection de terrain qui est voulue par la Direction de la santé et par la CBF.

M^{me} Claude Panero : Je vais répondre sur le volet que vous avez évoqué relatif aux comptes de gestion 2022 qui se traduit par un déficit, tandis que vous avez le sentiment que l'établissement sollicite beaucoup de subventions pour être maintenu à flot et de la même façon qui peut y avoir un revers social, notamment dans certaines revendications syndicales qui peuvent avoir cours au sein de l'établissement.

Pour répondre, je vais prendre quelques décours et surtout peut-être remettre un petit peu en perspective la compréhension de ce compte administratif 2022. Le ministre l'a évoqué tantôt en disant que la

politique de l'établissement était aujourd'hui clairement affichée. Et pour bien comprendre la situation que reflète le compte administratif 2022, il faut comprendre que ce n'est que le produit à la fois de l'histoire pour des déficits chroniques que notre établissement enregistre depuis 2014. Et notamment son changement d'échelle hospitalière lorsqu'il a été installé sur le site du Taaone et également finalement un système hospitalier qui arrive à bout de souffle lorsque n'ont pas été réinterrogé le mécanisme de son financement pour les rendre plus performants au sens d'une véritable performance hospitalière.

Ainsi, s'il fallait décrire aujourd'hui la politique de l'établissement en trois grandes étapes, il faut bien comprendre comment 2022 n'est que le reflet du produit d'une histoire que nous vivons à l'hôpital depuis son installation sur le site du Taaone.

Je dirais qu'il y a une première période qui s'échelonne de 2010 à 2019 sur laquelle effectivement, on s'installe sur le site du Taaone, de nouvelles activités vont être créées notamment toutes celles qui touchent à la filière oncologique et à la radiothérapie, mais également des modèles de financement qui restent sur un tout DGF. Une DGF qui ne se calcule pas forcément en mettant en relief des éléments de l'activité. Et enfin, beaucoup d'instabilités directionnelles sur cette période-là qui feront qu'aucuns directeurs précédents n'ont été en capacité de mener un projet managérial de long terme, notamment pour embrasser ce qui se reflète aujourd'hui d'ailleurs dans notre système d'information qui a besoin d'être transformé à son tour. C'est tout ce qui touche au volet de la gestion (la gestion économique et financière, la gestion budgétaire, la gestion administrative du patient, la gestion des stocks). Puisque toutes ces briques de notre architecture fonctionnelle du système d'information sont les dernières briques manquantes à notre organisation pour vraiment transformer et asseoir ces éléments de gestion sur des éléments indicateurs de pilotage et de gestion qui soient beaucoup plus efficaces. Je mets — le ministre l'a évoqué aussi — le sujet du statut juridique à proprement parlé, des règles budgétaires et comptables puisque, vous le savez, notre établissement n'est pas un établissement public de santé, mais fonctionne en regard des règles d'un établissement public administratif, ce qui n'est pas toujours compatible avec l'exercice de ses missions sanitaires.

Donc cette première période, installe l'établissement dans un bel établissement que l'on croyait trop grand et qui aujourd'hui se révèle trop petit parce que, dans la même période, on va observer une progression de nos activités qui est de l'ordre de +10 %. C'est plutôt sur 2006 que l'on va avoir +10 % d'activités et sur 2007-2022, on est à +22 % d'activités ce qui veut dire qu'à la fois la qualité et la quantité de la valorisation de notre activité prennent de plus en plus d'ampleur, mais se trouvent décorrélés des financements qui ne progressent que de 1,4 % en moyenne sur ladite période. Donc on voit qu'il y a des effets ciseaux, il y a des effets qui ne suivent pas la courbe des progressions d'activités.

La deuxième étape de la politique de l'établissement c'est celle que, j'allais dire, j'ai le bonheur même si parfois ce n'est pas toujours un bonheur qui me rend heureuse tous les jours parce que le travail est complexe et difficile, mais il reste néanmoins passionnant et enthousiasmant, c'est la période 2020-2022 et 2023 même durant laquelle, ma lettre de mission est de transformer managérialement l'établissement. C'est-à-dire de le préparer à une nouvelle culture de gestion en établissant tous les préalables et les prérequis qui feront que nous serons capables de déboucher sur un nouveau projet d'établissement. Celui-là même d'ailleurs, qui devrait ouvrir la voie de 2024 jusqu'en 2030 à un nouveau projet d'établissement qui non seulement réinterroge notre offre de soins pour répondre aux besoins présents et futurs de la population en s'appuyant sur les données démographiques et épidémiologiques qui font que, notamment, le taux de recours hospitaliers à échéance de 2030 a vocation à progresser de +10 %. Il faut donc préparer l'organisation médico-soignante à un véritable virage ambulatoire et être gouverné par un meilleur principe de sobriété dans la consommation de nos ressources. Puisqu'il est bien naturel, que les autorités publiques soient regardantes du budget du CHPF qui est quand même le plus gros budget de la santé en Polynésie. Et, nous devons donc réorganiser notre organisation médicale et soignante et pouvoir avoir une responsabilité accrue de tous les acteurs médico-administratifs au sein de l'établissement.

Ce projet est en marche. Il s'appelle 'Avei'a hôpital 2030. Il rentrera bientôt dans son processus de validation sous l'imprimatur et la validation de notre ministre de tutelle. Il a été travaillé de façon très collaborative et a mobilisé dans des groupes de travail thématique sur les nouvelles filières de soins et les nouveaux parcours de soins. Notamment, concernant la préparation de notre établissement au parcours ambulatoire pour garantir une qualité de prise en charge et diminuer les durées moyennes de séjour dont on sait qu'elles sont coûteuses. Et donc, ça rejoint un petit peu la problématique que nous évoquions tantôt sur la dimension ambulatoire en psychiatrie. C'est une réorganisation de l'ensemble de nos parcours de soins pour ensuite être en capacité de pouvoir améliorer la prise en charge, mais surtout aussi être gouverné par un meilleur principe de sobriété et parce que nous allons réinterroger notre capacité à être en capacité de répondre aux besoins futurs de la population lorsqu'il s'agira notamment de voir le taux de recours hospitaliers progressé.

Il s'agit d'un projet très collaboratif qui a mobilisé une centaine de personnels médicaux, paramédicaux, administratifs, cadres de santé technique. Nous l'avons également travaillé avec des séminaires collaboratifs, avec les associations de patients et les autres structures de santé pour qu'ils soient le plus possible intégrés. Nous avons également sollicité l'ensemble de la communauté hospitalière au travers d'un questionnaire, soit plus de 500 réponses. Il fédère aujourd'hui l'ensemble de la communauté hospitalière sur une nouvelle offre de soins, une nouvelle réorganisation qui répondent aux enjeux futurs de la politique publique hospitalière telle qu'elle est souhaitée par notre ministre de la santé.

Mais adossé à ça, on a deuxième pilier qui a été réinterrogé, — le ministre l'évoquait également — c'est tout ce qui intéresse les nouvelles mécaniques de financement. De telle façon qu'à l'entrée de 2024 et, bien évidemment, le ministre en charge de la protection sociale a effet de valider les propositions qui auront été faites dans les groupes de travail qui se sont tenus et qui sont d'ailleurs des conditionnalités de la subvention exceptionnelle qui a été accordée à l'établissement pour 2,7 milliards F CFP cette année sur l'exercice 2023. Nous serons en capacité d'ouvrir la voie. En tout cas nous le pensons, conceptuellement tous les préalables et les prérequis techniques sont posés pour asseoir la performance durable de notre établissement au travers de nouvelles mécaniques de financement. Le ministre l'évoquait, une DGF calculée sur le PMSI, c'est-à-dire la réactivité de l'établissement, sur le financement des consultations qui ne sont pas aujourd'hui dans le champ de la dotation globale de fonctionnement, sur une redistribution des financements sous forme de missions d'intérêts général supportée par la CPS ou par le pays. De telle sorte que l'on redistribue qualitativement et que l'on donne une nature non pas d'un à-coup budgétaire où on aide un hôpital sous perfusion. Parce qu'aujourd'hui, on est dans un modèle d'activité obsolète et un système hospitalier qui d'une certaine façon, s'il n'est pas interrogé — et le ministre a exprimé sa volonté de le réinterrogé — est à bout de souffle. Cette réinterrogation nous permet conceptuellement, techniquement, d'avoir travaillé avec notre tutelle l'ensemble de ces mécaniques nouvelles pour demain.

Et donc cela est un véritable espoir sur une conduite d'établissement qui répondra pour le coup et durablement, non seulement plus qu'au redressement, à la performance durable de notre établissement.

Parce que, — on va l'évoquer sur l'Hospitel — si on revient sur des mécaniques de performance hospitalière, un hôpital qui aura des résultats positifs demain, il faudra s'en réjouir car cela va lui donner une capacité d'autofinancement, c'est-à-dire à financer lui-même des projets alors qu'aujourd'hui, il reste sous perfusion des subventions d'investissement que lui confère le Pays parce qu'il n'a aucun taux de marge brute d'exploitation. Il n'a aujourd'hui aucune capacité d'autofinancement ou quasiment pas. Et donc, les mécaniques aujourd'hui sont réinterrogées durablement au travers des projets que porte le ministre, notre projet d'établissement et les nouvelles mécaniques de financement.

Il me tenait à cœur de le dire parce que c'est le travail qui a été mené par l'ensemble de la communauté hospitalière, notamment et malgré la crise Covid qui nous aura mobilisé deux années très intenses sur 2020 et 2022 tout entière. On a été mobilisé sur la gestion de la crise Covid qui a vraiment été très compliquée pour l'établissement. Je sais que vous avez présidé cette commission sur la crise Covid qui a été très complexe. Malgré cela, nous avons managérialement réussi à porter ces projets, à la fois cette nouvelle culture de gestion à la préparation du système d'information des outils juridiques et budgétaires

qu'il nous faut pour demain et également un projet qui permet d'entrevoir enfin plus qu'un redressement, une performance durable pour notre établissement. Nous sommes heureux de ça. Il reste évidemment beaucoup de travail et bien évidemment tout se fait sous la conduite des arbitrages de notre tutelle. En tout cas ce travail est fait et c'était important pour nous de le dire.

Maintenant, je vais refaire le lien avec l'Hospitel et les évasans. Notre nouveau projet d'établissement, dans un processus de validation, parle de très beaux projets qui répondent précisément aux besoins futurs de la population. On parle de génétique médicale, de réseau de médecine intégrative dans la médecine traditionnelle, de la création d'un centre de télésanté numérique à partir du SAMU qui permettrait de territorialiser l'offre de soins et d'apporter effectivement de la télésanté pour répondre aux enjeux que le ministre nous pose pour mieux médicaliser les archipels éloignés. Après, c'est aussi la gériatrie, car on sait que la population vieillit et que demain ce sera un enjeu pour le développement de l'Hôpital que de se doter de spécialités en matière de gériatrie.

Il y a donc beaucoup de projets qui seront, on l'espère, proposés et validés par le ministre de la santé, autour des enjeux de tous les éléments de politique publique de santé. Le projet '*Avei'a Hôpital 2030*' est vraiment important et c'est une ambition vraiment très forte de notre établissement qui, à la fois, apporte de la qualité et figure une offre de soins nouvelle, mais également concilie le principe de sobriété.

En tant que directrice, mon enjeu est également de faire en sorte que l'établissement retrouve une performance durable et ne soit plus placé sous la perfusion des subventions qu'on lui donne pour terminer l'année. Et ce faisant, 2022 est l'illustration de ce qui s'est passé en 2023 où nous avons obtenu effectivement une subvention de 2,7 milliards pour couvrir notre déficit structurel qui s'accumule depuis 2014 ; pour nous permettre de mieux payer nos fournisseurs ; pour nous permettre de répondre à la revalorisation du point d'indice des fonctionnaires ; pour nous permettre également de répondre à la demande exprimée par la communauté médicale d'un renforcement de ses moyens compte tenu de la saturation du capacitaire et de l'augmentation de la complexité de la charge en soins. Cette subvention a été accordée et répond à ces enjeux-là, mais elle est un atout car tant qu'il n'y a pas de reconsidération de la structure du financement pour demain, nous resterons toujours dans cette récurrence des déficits chroniques que nous cherchons à atténuer, avec notamment sur 2023 des effets exceptionnels d'augmentation du coût de l'énergie, l'inflation, etc...eh bien corriger de tous ces effets exceptionnels le niveau de progression des dépenses de l'établissement. Nous aurons cependant réussi à le maintenir à +0,4% seulement compte tenu, malgré tout, du contexte et de l'environnement très inflationniste. C'est dire que nous attachons effectivement beaucoup d'importance à notre logique d'efficience aujourd'hui. Nous aurons cependant réussi à le maintenir à +0,4 % seulement contenu malgré tout du contexte de l'environnement très inflationniste. C'est dire que nous attachons effectivement beaucoup d'importance à notre logique d'efficience aujourd'hui au sein de l'établissement.

Concernant le sujet du social, le budget 2023 de l'établissement est traditionnellement voté en décembre. Le budget 2023, au sortir des éléments du compte administratif que vous avez là sur 2022, a été voté en janvier 2023 et a donné lieu à un mouvement de grève. C'est le seul enregistré par l'établissement depuis les quatre dernières années, sachant que nous essayons aussi d'avoir un dialogue social renouvelé avec les partenaires sociaux. Nous avons eu deux préavis qui ont été de courte durée et que nous avons pu régler. C'était une grève effectivement sur un sujet de moyens dans un contexte de saturation du capacitaire et le besoin, pour la communauté hospitalière, d'exprimer son besoin d'être renforcée en moyens. Dans ce contexte-là, je relativiserai le sujet social qui reste néanmoins très contenu au sein de l'établissement si l'on observe des phénomènes de préavis ou de grèves effectifs qui ont pu avoir lieu.

Sur le sujet des évasans, je laisserai la parole à M. Alexis Goubert qui complètera les réponses apportées par le ministre ; et sur l'Hospitel, Mme Chloé Henrion vous expliquera pourquoi nous sommes excédentaires et pourquoi cela n'a pas d'influence sur le niveau de notre activité. Votre question n'intéresse pas que le CHPF puisqu'il intéresse également la gestion des évasans programmées. Ces personnes ne sont pas logées qu'à l'Hospitel mais elles peuvent aussi être logées dans les pensions de famille agréées par la CPS, etc. Il y a donc un volant de propositions de logement beaucoup plus vaste que celui de l'Hospitel.

La présidente : Merci pour ces réponses et pour les efforts que vous faites pour nous expliquer les choses.

M. Alexis Goubert : Juste pour avoir des volumes de progression des évasans urgentes, qui sont celles qui sont actuellement traitées par le CHPF en direct et notamment par le SAMU, on observe effectivement une progression importante entre 2016 et 2022. Sur cette période, on est passé de 711 évasans urgentes à 1 134, soit + 59 % de progression sur la période en six ans. Cette progression à deux chiffres est très importante. Il faut noter — et cela rejoint un point donné par le ministre — que cette progression est fortement liée, en volume, à l'apparition de la prestation hélicoptère sur les Marquises durant cette période. Avec l'arrivée de cette nouvelle prestation, au final, les progressions du nombre d'évasans urgentes sont beaucoup plus contenues et n'évoluent que de plus 100 évasans sur la période 2016-2022. En termes de volume, ce sont vraiment les évasans hélicoptère sur les Marquises qui ont joué sur les volumes pour la partie des évasans urgentes. Pour autant, sur les évasans urgentes, on sait qu'on a des hélicoptères sur la zone Tahiti, et que pour les Îles sous-le-vent, on a des avions. Par contre, il y a beaucoup à dire sur la bonne ou mauvaise répartition des vecteurs. On voit parfois que l'on a recourt à des vecteurs militaires et parfois à des vecteurs avions civiles alors qu'on pourrait recourir à des hélicoptères. Il y a un vrai enjeu sur le bon vecteur pour le bon patient et la bonne typologie de prise en charge en urgence. Et là, on voit que les indicateurs ne sont pas forcément favorables même si en termes de volume, on peut avoir le sentiment que cela n'évolue pas finalement trop à la hausse.

Enfin, pour relier le propos de Madame la directrice sur la partie du projet d'établissement, elle évoquait un projet qui touchait à la télésanté. Actuellement, le SAMU joue son rôle sur la partie des évasans urgentes. Dans le projet d'établissement, nous portons un projet de télésanté puisque le SAMU est un acte de télésanté, au final. Lorsque l'on appelle le SAMU au téléphone, on a désormais des outils de télésanté de type visio pour améliorer les prises en charge patient mais finalement on est sûr de la télésanté. Notre projet dans le projet d'établissement est d'élargir le champ, c'est-à-dire ne pas avoir seulement une régulation qui gère les urgences absolues — ce que l'on appelle communément dans le langage médical le « chaud », mais aussi traiter le tiède et le froid. C'est-à-dire que l'on est une cellule de télésanté avec une unité de lieu qui rassemble finalement sur un même site le SAMU mais aussi un site de télésanté qui permet de rassembler les spécialistes d'organes quand il y a besoin de faire potentiellement des téléconsultations avec les archipels. Notre vision est de rassembler les acteurs de la Direction de la santé (par exemple les dispensaires aux Tuamotu-Gambier) sur un même site pour qu'on ait une chaîne et qu'il n'y ait pas une coupure entre le chaud (l'urgence) et le froid car l'on voit bien que tout peut s'alimenter. L'idée étant de ne pas arriver à du chaud (l'urgence) et que tout ce qui peut être traité en froid doit être fait.

On a donc ce projet télésanté qui ne semble pas être un projet coûteux mais qui peut avoir un impact extrêmement vertueux dans nos relations entre le soin primaire, le soin hospitalier, l'urgence et le non-urgent. De fait, probablement que prévenir est une très bonne alternative aux CSA et aux évasans qui sont bien sûr à maintenir mais qui ne pourront pas être la solution à tout. On ne pourra pas non plus tout le temps envoyer des spécialistes d'organes dans toutes les îles des archipels. On porte ce projet et nous espérons bien pouvoir le mener et le décliner avec les acteurs externes. Nous pensons qu'il peut avoir un impact intéressant au moins pour contenir, sinon peut-être même prévenir certaines évasans urgentes.

M. Cédric Mercadal : Sur le projet télésanté, vous savez tous que j'ai pris quelqu'un chez moi qui est dédié à cela, mais c'est injuste avec six établissements et la CPS à relier ! Ce n'est pas rien pour faire de l'interopérabilité. On a avancé très fortement sur la télésanté. On devrait vous présenter un projet dans les semaines qui vont suivre pour vous montrer vers où on va et ce l'on va vous proposer. Tout ce qui a été fait au niveau du CHPF est fait aussi en lien avec la Direction de la santé, mais les partenaires privés aussi. Cela est assez attrayant car avoir un dossier médical partagé par tous, c'est tout ce qu'on a toujours voulu et il y a eu des avancées majeures dans le domaine. On viendra donc vous présenter dans quelques mois l'avancement de nos projets. On pourra en parler au DOB parce qu'on va demander un financement pour son déployant, mais on pourra vous faire une vraie présentation après. On pourrait vraiment faire cette opération ensemble parce qu'au niveau de la commission de la santé, vous êtes

vraiment impliqués. On veut travailler sur la télé médecine. On parle du dossier patient mutualisé, mais on parle aussi de la télé radiologie, ce qui demain sera un élément essentiel pour faire avancer les choses et les télé analyses.

M^{me} Chloé Henrion : Concernant l'Hospitel, il faut déjà connaître son fonctionnement. C'est un établissement qui reçoit les patients et accompagnants des îles dans le cadre des évasans programmés essentiellement et également en prenant en compte les évasans urgentes.

Lorsqu'on reprend l'activité historique de l'Hospitel en 2017 et 2018, l'on était autour de recettes s'élevant autour de 90-95 millions de francs, c'est-à-dire 92 millions en 2017 et 93 millions en 2018. On était dans cette tranche que l'on retrouve cette année. Si 2019 et 2021 ont été en-deçà — et c'est pour cela qu'on a l'impression d'avoir une grosse progression sur 2022 —, c'est parce que l'Hospitel a connu des fermetures assez longues du fait de l'insalubrité de certaines chambres qui a conduit à des travaux assez conséquents de la part de GPP. Cet établissement géré par un budget annexe du CHPF travaille dans un bâtiment qui est loué à GPP. La conduite de ces travaux a conduit à près de sept mois de fermeture, dont cinq mois sur 2021, et donc forcément la progression entre 2021 et 2022 s'explique par cet élément. Après, cela s'explique aussi parce que 2020 et 2021 ont été très impactées par la crise Covid puisqu'on a eu des fermetures du ciel à certaines périodes, notamment en 2020, et donc un petit moins d'évasans à ces moments-là. Il y a eu des évasans, mais les programmés avaient été freinés pendant toute une période. Cet impact recettes — on a l'impression qu'on a une grosse progression — vient de la reprise de l'activité en routine sur l'ensemble du bâtiment en 2022.

On a également des optimisations qui ont été faites du côté des dépenses de l'Hospitel avec une reprise de la gestion, un audit a été mené, des restructurations au niveau du personnel pour mieux organiser. Cela peut sembler étrange de parler de restructuration mais on est venu renforcer et non pas réduire. Cette restructuration a permis d'étendre les plages horaires et d'honorer les services rendus aux patients. De plus, on a également des travaux qui sont faits sur l'alimentation, en coordination avec le CHPF, sur les plateaux repas. Pour le ménage, les contrats sont arrêtés parce qu'on a du personnel en interne qui pouvait mener ces missions. Beaucoup d'optimisations ont été menées sur ce budget, ce qui a permis de sortir un bénéfice cette année. Et donc, l'on n'a pas moins d'activités mais plutôt beaucoup plus d'activités que les deux années précédentes. On a même repris et on a amélioré la gestion.

Après, lorsque des sujets de plaintes remontent chez nous, elles sont traitées pour diverses choses qui arrivent mais ce n'est pas dû aux ouvertures et fermetures des chambres.

Ensuite, le parc de la CPS et l'importance des évasans programmés génèrent cette situation. Ce n'est pas la gestion en elle-même, ni le calibrage de l'Hospitel qui sont...

Enfin, sachez qu'un travail était en cours entre le CHPF et l'Hospitel, et c'est quelque chose que l'on travaille sur tous les budgets annexes car ils sont porteurs essentiellement des dépenses directes. Une partie des dépenses sont portées par le CHPF refacturées au budget annexe quand elles sont identifiables. C'est vraiment tout ce qui est dépenses directes (personnel, les médicaments, les fluides). Par exemple à l'Hospitel, on a un compteur électricité et ce n'est pas le CHPF qui paye l'électricité de l'Hospitel. Cela est réparti.

Par contre, toutes les charges fixes, puisque l'Hospitel n'a pas de DRH ni de direction financière, etc. ne font pas l'objet de refacturation. Aujourd'hui, on travaille à l'amélioration et à la révision de l'exhaustivité de l'ensemble des refacturations directe et indirecte, ce qui permettra de redimensionner correctement les budgets annexes et de s'assurer que l'ensemble des charges apparent est bien logé dans le budget. On a aussi cet effet qui fait que, depuis quelques années, l'Hospitel est bénéficiaire.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Effectivement, j'avais noté cela au travers de la lecture, c'est-à-dire qu'il manquait un peu des comptes analytiques par rapport à chaque structure et leur budget annexe respectif. On ne retrouvait que des recettes ou des dépenses directes. Cela manquait d'information comme, dans tel service, le nombre de lits que l'on retrouvait dans les dépenses du budget principal, etc.

Maintenant, même si l'on est en train de voir le budget 2022, j'aimerais revenir sur le plan 2024-2030, puisqu'à partir de là on va projeter. Je suis bien d'accord de tenir compte de ce qui se passe actuellement, c'est-à-dire qu'il y a peu de naissances, beaucoup de problèmes de santé mentale, voire de plus en plus avec toutes les drogues qui circulent et les fractures familiales qui amènent beaucoup de troubles du comportement et du développement chez les enfants, et une population qui vieillit. Par rapport à la gériatrie ou à la gérontologie, on ne voit pas beaucoup de médecins proches de ces malades. Est-ce dans les prévisions ? C'est dans le SOS (Schéma d'organisation sanitaire) ...

M. Cédric Mercadal : C'est tout le travail qu'on a prévu de faire ensemble sur le schéma d'organisation sanitaire sur lequel vous allez collaborer. Au moment de faire la mission, une représentante m'a parlé il n'y a pas longtemps pour travailler sur ce soutien et c'est vraiment une mission qui est nécessaire.

Il y a un travail commun sur la troisième vie et notamment sur la durée de vie qui va s'allonger chez les *matahiapo*. Il faut dire les choses, on a une personne sur cinq qui en 2050 aura plus de 65 ans et donc si on ne le prévoit pas maintenant, on aura des problèmes plus tard. Ceci dit, on a déjà des problèmes parce qu'on ferme les yeux depuis 10 ans ! On n'a pas mis les moyens ! On a voulu les mettre en 2012 au pôle de santé mentale et pour autant, il ne sort qu'aujourd'hui. C'est un manque que l'on n'a pas encore développé.

À la gériatrie, c'est pareil ! On sait que notre population vieillit et il va falloir mettre un service de gériatrie et développer cette activité. On en a fortement parlé au moment de la journée sur l'Alzheimer et on en parlera dans le cadre du SOS. On programmera cela et on fera les travaux budgétaires y afférents au fur et à mesure des années puisqu'on part de pas grand-chose ! Il faudra que, d'ici cinq ans, l'on ait fait évoluer les choses fortement pour nos populations.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Concernant les créances douteuses, j'ai vu sur une ligne que l'on ne comptabilisait pas tout ce qui était en admission non-valeur, et sur une autre ligne, j'ai vu qu'il y avait environ 10 millions F CFP. Je pense qu'il doit y en avoir plus car, en tant que commissaire au surendettement, beaucoup de factures passent par nous du fait que beaucoup de personnes n'aient pas de couverture sociale. Or, à une époque, nous avions au sein de l'hôpital Mamao une personne qui ne faisait que cela — j'ai perdu de vue cela au moment du déménagement sur Pirae — et lorsqu'il y avait une hospitalisation, elle vérifiait que la personne avait une couverture sociale ; sinon, elle mettait tout de suite un RST d'office en attendant la commission. Mais, là, les coûts de vos factures — des fois de plusieurs millions — apparaissent suivant qu'ils sont restés longtemps à l'Hôpital et l'on a des factures assez lourdes. Des fois, ce sont des personnes qui n'ont pas de travail et donc l'on passe par l'effacement RP sans LJ (Rétablissement Personnel sans Liquidation Judiciaire), puisqu'ils n'en ont pas. Il faut veiller à cela pour éviter... C'est un conseil !

M^{me} Claude Panero : Il s'agit d'un vrai sujet à l'Hôpital. Même s'il a été fait figurer en 2022 pour 10 millions de francs, c'est une problématique d'insuffisance des crédits qui empêche aujourd'hui notre établissement de pouvoir comptabiliser comme il le devrait toutes les admissions en non-valeur que l'agent comptable, le trésorier, nous propose de passer. Il y a là une dette historique de notre établissement qui s'élargit plus longtemps, autour d'un milliard de francs, que nous ne pouvons passer à coup de disponibilité des crédits : 60 millions à 120 millions F CFP. Et donc, on le passe que par petits bouts alors que l'ancienneté de ces créances est importante et devraient avoir été soldées par l'établissement. Ce pourquoi, on peut imaginer qu'avec le support de notre tutelle, on changera le statut juridique de l'établissement et que l'on pourra en effet présenter des comptes en EPRD. On aura la possibilité de pouvoir comptabiliser ces dépenses-là de façon plus facile. À aujourd'hui, on ne peut les passer que dès lors qu'on a des crédits ; mais on manque déjà de crédits sur les dépenses courantes de l'établissement, malheureusement. Ces informations sont données de façon tout à fait transparente au conseil d'administration qui reçoit et entend d'ailleurs régulièrement l'agent comptable qui parle évidemment de cette dette ancienne sur l'établissement. Malheureusement, c'est faute de crédits que nous ne pouvons pas les comptabiliser comme nous le devrions.

M^{me} Chloé Henrion : Pour compléter, effectivement, dans notre organisation, aujourd'hui, on a un système d'admission en urgence au RST. Lorsque quelqu'un arrive, on a un contrôle de l'ensemble des droits et des lits de l'Hôpital. On vérifie les droits de chaque patient entré la veille et si les droits sont inexistantes, soit il est identifié comme touriste ou étranger et dans ces cas-là on a un facturier spécial dédié qui va à son chevet pour l'accompagner dans les démarches avec l'assurance ; soit s'il est identifié comme étant un local, le service social prend le relais et fait une admission en urgence au RST auprès de la CPS. La problématique réside dans le fait que le patient a trois mois pour régulariser sa situation auprès de la CPS. La situation s'est beaucoup allégée depuis un an, puisque nous avons travaillé avec la CPS sur le recouvrement de patients sur lesquels on ne devrait pas en avoir parce qu'ils devraient être au RST. Et donc désormais, ils n'exigent plus les pièces d'identité car jusqu'à assez récemment, la CPS demandait la pièce d'identité pour pouvoir régulariser l'ouverture des droits au RST. De ce fait, c'était ouvert, les droits tombaient et, nous, en tant qu'établissement public administratif ayant réalisé une prestation, on se devait de facturer quelqu'un. Et n'ayant pas de fonds spécial pour les indigents, on ne pouvait pas les loger ailleurs que de facturer les personnes. C'est effectivement un sujet et on sait que des commissions de surendettement passent régulièrement. Et comme le disait Madame la directrice, on annule au fur et à mesure de la disponibilité des crédits.

M^{me} Claude Panero : Pour vous donner une indication chiffrée, aujourd'hui, les assistants sociaux font au moins trois visites par jour au lit du patient pour les accompagner dans leur démarche d'inscription au RST.

La présidente : On a eu un exemple médiatisé s'agissant d'une facture de 26 millions F CFP adressée à un SDF.

M^{me} Claude Panero : C'était une très vieille facture qui datait de 2015. Malheureusement, ce SDF était passé, je ne dirais pas entre les mailles du filet complètement, mais on n'a pas beaucoup d'explication à cela.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Concernant le compte du centre de transfusion sanguine (CTS), je trouve que c'est vraiment celui-là qui a vraiment bien fléchi avec - 24 millions F CFP de déficit, par rapport à l'an dernier. Il y a beaucoup moins de recettes, enfin 11 millions F CFP de recettes par rapport à l'an dernier, mais beaucoup plus de dépenses. Comment s'explique ce déficit aussi important de 24 millions francs ?

M^{me} Chloé Henrion : Sur le CTS, il faut savoir qu'en termes de recettes, cela peut être assez variable car les recettes dépendent des ventes réalisées par le CTS — des ventes sur une tarification posée par l'entité du CHPF une fois par an. Le CTS travaille pour les cliniques et le CHPF — qui est son client principal — et les poches ou produits sanguins sont vendus. Et donc, en fonction des besoins et des types de poches, ce ne sont pas forcément des produits qui valent la même chose. On n'a donc pas une stabilité exacte des produits. On n'est pas dans une dotation, ni une subvention, c'est vraiment des recettes réelles des poches vendues.

Concernant la production de sang sur 2022, on a eu des achats spécifiques de poches de sang sur des productions qu'on ne pouvait plus faire en interne qui nous ont coûté un petit peu plus. On a également des maintenances informatiques qui sont entrées. C'est-à-dire que lorsqu'on achète un matériel, en général, on inclut dans le prix de l'investissement trois ans de garantie qui couvre en maintenance. Et donc, quand on rentre en maintenance et qu'on se met à payer les maintenances, en général, c'est au bout de trois ans. On a donc des maintenances informatiques sur les matériels qui ont démarrés et on a aussi des réparations sur du matériel de transport qui ont été opérées parce que le CTS se déplace. En d'autres termes, on a une légère augmentation des dépenses et un fléchissement des recettes qui ont alourdi le budget de cette année. C'est un budget qui est assez fragile, qui est souvent autour de zéro, et qui a été déficitaire plusieurs fois d'affilé. La problématique, c'est que revoir les tarifs du CTS veut dire impacter le CHPF, et donc c'est toujours un équilibre à préserver. Et à aujourd'hui, le CTS ayant encore un peu de réserve, on s'est laissé un peu de temps pour voir comment calibrer tout cela.

M^{me} Claude Panero : Avec le CTS, nous avons eu un fonctionnement du bloc opératoire qui a été compliqué par des faits de pénurie des infirmières de blocs opératoires donc on a eu moins de salles de fonctionnement du bloc opératoire. Et donc, il y a aussi un effet qui est corrélé là-dessus.

Pour le sujet des ressortissants de la sécurité sociale, je vais laisser à la directrice du budget le soin de préciser la teneur de cette problématique.

M^{me} Chloé Henrion : Par rapport à la sécurité sociale, ce qu'il faut savoir, c'est qu'aujourd'hui ils sont facturés à un tarif proposé par l'établissement qui, jusqu'à 2020, était le même pour les sécurités sociales, les touristes et tous les non-ressortissants de la CPS. Les ressortissants CPS, eux, pour tout ce qui relève de l'hospitalisation complète ou de jour, de dialyse et de radiothérapie, font l'objet d'une prise en charge par la DGF et les non-ressortissants CPS font l'objet d'une facturation en tarification à la journée.

Il y a eu des négociations entre l'État et le Pays en 2018. Puis en octobre 2021, une convention a été signée entre l'État et le Pays qui prévoyait, entre autres, la baisse des tarifs journaliers appliqués aux sécurités sociales uniquement. Cette baisse était prévue de 50 % au total, 10 % avaient déjà été réalisés en 2020. L'impact sur 2020 était de 400 millions F CFP et a été compensé par la CPS avec une augmentation de la DGF en regard de la baisse que ça générerait dans la facturation opérée par le CHPF.

La convention prévoyait qu'au 1^{er} janvier 2024 l'abaissement de 40 % soit entièrement réalisé. Il n'y avait pas une prévision de planification de baisse de 10, 20 ou 30. On avait fait 10 et on rajouterait les 40, théoriquement au 1^{er} janvier, prévu dans le budget 2024 et qui a un impact de 1,6 milliard F CFP sur le budget en moins dans les recettes sur le budget de 2024. Et ce qu'il faut aussi garder à l'esprit dans cette problématique c'est que la tarification que le CHPF opère à l'égard des non-ressortissants CPS a augmenté et a été multipliée par plus de 4 entre 2010 et 2016 dernière année où on a fait ces augmentations qui étaient venues compenser à l'époque les baisses de DGF.

Et aujourd'hui, la tarification journalière est bien supérieure à une estimation que l'on pourrait faire de la tarification journalière qui n'existe pas. Ce tarif n'existe pas pour les CPS vu que c'est forfaitaire si on venait faire une estimation du nombre de journées cela reste bien inférieure. Après, cette négociation nous n'avions absolument pas été associés et on est dans l'application stricte d'une convention entre l'État et le Pays.

M^{me} Claude Panero : Je vais rajouter le supplément de complexité à ce dossier.

M. Cédric Mercadal : C'est un dossier super particulier quand même ! Effectivement, les chiffres des tarifs sécu ont été gonflés pendant quatre ans pour pouvoir compenser la DGF au niveau structurel pour le CHPF. Ce qui s'est passé, c'est qu'il y a eu un contentieux avec l'ensemble des assureurs parce que ces tarifs donnaient lieu à un contentieux sur les remboursements du recours contre tiers et donc toutes les facturations des assureurs que l'on devait gagner au tribunal, ils ont fait déclarer illégal. Il faut dire les choses et le jugement du Conseil d'État est tombé en 2022 disant que ces tarifs étaient illégaux parce qu'ils étaient surgonflés. Ils estimaient qu'ils n'étaient pas en adéquation avec la réalité des choses. Il faut savoir que ce contentieux pour dire, a planté les comptes du CHPF et ceux de la CPS aussi puisque, mine de rien, on a perdu les recettes de remboursements des actes médicaux qui ont été avancés dans le cadre des actes qui peuvent être répréhensibles auprès au tiers. Cette situation a généré de vrais problèmes. On résout cette solution puisqu'au bout d'un moment l'État s'est rendue compte qu'elle était surfacturée et s'est appuyée sur cette jurisprudence et a demandé de revenir à un niveau normal qui est de 50 %. On va le réinscrire, c'est vrai que le coût des soins aujourd'hui augmente. On a fait une nouvelle analyse. C'est vrai qu'il y a les missions d'intérêt général qui sont prises en charge par les pouvoirs publics et dans le cadre de la CPS dans la dotation globale et il faudra ramener ça au coût pour déterminer si le coût est réellement celui-ci de 50 % ou plus, mais il va falloir faire un vrai calcul là-dessus que l'on demandera *via* un expert-comptable.

Mais c'est écrit dans une convention, mais ça a aussi permis une deuxième chose et ça je ramène... On avait des problèmes de paiement par le CNSE concernant le paiement des actes à la CPS qui bloquaient

autour de 6 milliards F CFP. Eh bien, je peux vous annoncer que l'on vient de les payer à hauteur de 3,100 milliards F CFP et que l'on aura les 3 milliards F CFP cette année. Ça a donné quatre mois de travail, mais on les a eus. Six ans qu'on les attendait et on aura les 3 derniers milliards là, j'ai eu confirmation par le DGFIP que tout serait payé. Donc, d'une part la baisse des tarifs et de l'autre part, se mettre en accord avec la convention nous a aussi permis de récupérer 6 milliards F CFP au niveau des comptes sociaux qui ont été annoncés.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Je vous remercie parce que c'était tellement clair que j'osais poser toutes ces questions. Mais après, elle nous a dit : « on va tout simplifier », mais moi je vais être très simpliste. J'ai pris tous les budgets annexes que j'ai ajouté, ça m'a fait un budget annexe avec solde créditeur au C110 après affectation de 544 millions F CFP et qui couvraient en fin de compte les – 516 millions F CFP. Et après, je vois un fonds de roulement de 1,754 million F CFP et j'ai dit « notre hôpital peut encore bien tourner ».

La présidente : Finalement, il n'est pas déficitaire.

M^{me} Cathy Puchon : Je viens de voir l'organigramme au sujet des évasans par vols spéciaux, je pense qu'il manque les îles d'origine. D'où viennent-ils ? On voit bien que qu'il s'agit de vols spéciaux vers Tahiti, d'hélicoptères vers Tahiti, mais d'où viennent-ils ?

M. Cédric Mercadal : On l'a fait par archipel. On a le document qui existe. On peut vous le faire par archipel et le communiquer aux membres de la commission, il n'y a pas de souci. Il vous sera envoyé.

M^{me} Cathy Puchon : Merci. Après, par rapport aux capacités d'accueil, je vois dans le tableau pour les urgences, est-ce normal qu'il n'y ait pas d'hospitalisation de jour au niveau des urgences ? Est-ce forcément une hospitalisation en tiers ?

M. Alexis Goubert : Au niveau des urgences, on n'a pas d'hospitalisation. On est sur des box pour la prise en charge Urgence — ce que l'on appelle le SAU, service d'accueil des urgences. Cette prise en charge permet d'apprécier justement la gravité du patient et donner essentiellement les premiers soins. Il peut y avoir parfois même des plâtres qui peuvent être effectués ou décider au contraire si la situation nécessite d'être hospitalisée.

Quand on voit des lits d'hospitalisation en Urgence, c'est que le service d'accueil des urgences a, à proximité immédiate, c'est-à-dire sous l'égide du même chef de service, une petite unité de 12 lits, ce que l'on appelle communément chez nous l'HUR, l'hospitalisation en urgence. Dans ce service-là, il peut avoir plusieurs types de lit de patients qui peuvent y être admis.

Il s'agit principalement de patients qui ont des durées d'hospitalisation qui devraient être normalement inférieures à 24 heures. C'est-à-dire que l'on a besoin quand même de garder le patient potentiellement quand il y a perfusion ou pour une surveillance particulière. Il a besoin d'être dans un environnement calme et les box ne satisfont pas à ça, donc il peut être transféré dans cette HUR.

Il peut s'agir aussi parfois de patients qui ont, justement, des troubles qui ont parfois fait des tentatives de suicide, qui ont besoin de surveillance parce qu'ils ne peuvent pas être admis immédiatement en psychiatrie puisqu'il y a encore des soins physiques à leur donner.

Et enfin, troisième typologie de prise en charge dans ces 12 lits, c'est potentiellement des patients qui ont besoin d'être hospitalisés dans les étages en salles de spécialité (la pneumo, la cardio, etc.) mais il n'y a pas de lit disponible. Là, il faut bien que le patient soit hospitalisé quelque part. Il ne va pas rester en box des heures et des heures. C'est à ce moment-là, qu'il peut être transféré en HUR le temps qu'un lit se libère dans les étages. Ce service de 12 lits complète, les huit box — si je ne me trompe pas — des Urgences.

M^{me} Cathy Puchon : Je continue sur les urgences. C'est pour nous rassurer aussi, en tant que représentants de l'assemblée par rapport à ce que l'on entend : « les urgences, ce n'est même plus des urgences, on attend presque une heure pour une prise en charge. » Est-ce toujours d'actualité ? Après, il est vrai qu'il y a aussi des fausses urgences. C'est vraiment des bobologies. Dans ce cas-là, il n'est-il pas prévu au niveau de l'hôpital... Voilà, un SAS pour vraiment traiter les vraies urgences des fausses urgences. Tout comme pour les évasans urgentes parce que je disais tantôt à Monsieur le ministre qu'il ne faut plus parler d'évasan programmée. On ne peut que parler d'évasan urgente. Les évasans programmées, pour moi, en tant qu'ancienne de la CPS, ce n'est que des transports sanitaires. Ce n'est pas une évacuation. C'est un peu comme quelqu'un qui habite à Tautira et qui a demandé un rendez-vous chez son médecin psy à l'hôpital, c'est juste ça.

M. Cédric Mercadal : Je suis d'accord avec vous, c'est un transport sanitaire avec hébergement même. Je sais pourquoi j'en parle, j'ai occupé ce poste pendant un moment. Donc oui, il faudrait arrêter de parler de ça. Ça a un certain coût et surtout le billet d'avion et le logement, ce n'est pas forcément du soin. Effectivement, c'est important. On le fera baisser. Pour cela, je pense à la mise en place de la télé-médecine et la délocalisation des soins dans les îles.

La présidente : Donc, on va réduire les évasans.

M. Cédric Mercadal : Non, les transports sanitaires avec hébergement.

M. Alexis Goubert : Pour essayer de répondre à la question sur la partie des urgences, on observe que l'activité en volume, au global, est plutôt constante. Tout dépend des situations épidémiques par exemple, ça fluctue mais globalement on est sur une tendance aux alentours de 120 à 150 passages par jour aux urgences et, cela, depuis un certain nombre d'années. Vous allez me dire que sur l'échelle c'est assez large 120 à 150 ce n'est pas la même chose, mais on est globalement dans cette grandeur-là.

En revanche, ce que l'on observe, il y a eu des actions qui ont été menées ces dernières années, notamment la création de la maison médicale de garde qui a probablement eu un impact intéressant pour justement contenir le nombre de prises en charge au global. Pour l'instant, celle-ci n'est pas ouverte tous les jours de la semaine. Elle est ouverte le week-end et en début de semaine : le week-end aux horaires du soir, le samedi et le dimanche en journée et le soir ainsi que le lundi jusqu'au mardi le soir. Donc, ils passent une permanence tous les jours, mais on a un effet sur les séquences qui étaient censées être celles où il y avait le plus gros flux de patients puisqu'en fait ce sont les phases aussi où l'activité de médecine libérale et des dispensaires s'arrête. Et du coup, il y avait une sorte de coupure de l'ensemble de ces prises en charge. Et finalement, le seul secteur qui était ouvert, c'était le service d'urgence. Et puis, il y avait un jeu de vase communicant, finalement. La MMG a participé à contenir cela. Je sais que le ministère en lien avec l'ARASS aussi porte un projet qui touche justement à la permanence des soins en libéral. On échangeait encore il y a quelques semaines avec la directrice de l'ARASS. Je crois que c'est quelque chose qui est soutenue et même demandée par le ministère, qui touche à la permanence des soins libérales afin d'éviter un système où on a toute offre de soins, qu'elle soit libérale, hospitalière en journée, et puis passer une certaine heure, plus rien si ce n'est les urgences. Je sais que c'est un travail qui est mené par l'ARASS et probablement le ministre pourra en dire plus.

Enfin, par rapport à l'activité des urgences du CHPF, le volume finalement n'évolue pas. Par contre, depuis quelques années, on voit une tendance à la gravité, c'est-à-dire que la gravité des prises en charge est de plus en plus importante. On les catégorise de 1 à 4 : 1 pour les plus graves ou 4 pour les plus légères. Le niveau 4, c'est ce que l'on appelle traditionnellement « la bobologie ». Il s'agit de patients qui n'ont aucune raison de recourir normalement à un hôpital, et encore moins un hôpital comme le nôtre de référence. Cette proportion des prises en charge de niveau 4 est vraiment en baisse ces dernières années. Par contre celles des niveaux 1 et 2 qui nécessitent vraiment une hospitalisation, des soins importants, progressent. Donc, on voit que le volume n'évolue pas, les prises en charge deviennent de plus en plus lourdes. Et de ce fait, les ressources, quand elles s'occupent de patients de niveau 1 ou 2, forcément passent beaucoup de temps sur ces patients et du coup priorisent ces prises en charge au détriment des prises en charge de niveau 4. Un patient qui vient au CHPF pour une prise en charge

niveau 4 devra effectivement attendre un certain temps. Mais je sais que Tony Tekuataoa, qui échange régulièrement avec vous, a tendance à dire que sur ces niveaux de prise en charge au niveau 4, son souci est moins celui du délai que celui d'assurer la sécurité de prise en charge aux niveaux 1 et 2 qui sont le cœur de nos activités hospitalières au CHPF. Cela ne veut pas dire que l'on méconnaît les prises en charge de niveau 4, on fait en sorte de renvoyer vers les MMG et d'avoir un médecin d'accueil et d'orientation. Mais malheureusement, il y aura toujours des délais plus longs pour ces prises en charge-là.

M^{me} Hinamoeura Morgant-Cross : Les évasons des militaires nous coûtent-elles plus cher qu'une évasan autre ? Avez-vous un ordre de prix ?

M. Cédric Mercadal : *Via* un transport militaire celles-ci coûtent quatre fois plus chères.

M^{me} Hinamoeura Morgant-Cross : Et du coup, on ne s'est jamais dit à un moment donné, ça ne vaudrait-il pas plus le coup d'avoir nous-mêmes notre... ou pas du tout ?... Et en quoi est-il justifié le fait que ce soit quatre fois plus cher ? Moi, j'aimerais bien emmener ça vers le Conseil d'État.

M. Cédric Mercadal : Le quatre fois plus cher vient d'un décret sur l'utilisation des ressources de l'armée de 2015. C'est un décret national sur l'utilisation des... Avant ça, il était gratuit. Il faut savoir que quand on partait à Rapa faire une évasan, la CPS payait deux bidons d'essence sur Rapa pour faire le plein et on revenait, c'était gratuit. Il a été multiplié par quatre avec une difficulté, mais l'armée nous l'explique, elle nous dit : « nos moyens sont des moyens militaires pour de la surveillance en mer ». Ceux-ci ne sont pas voués à faire de l'évasan et il faudra un service de secours payant. Mais ce service de secours, il faudrait que l'État nous le mette à disposition, comme il le fait dans les autres territoires, pour faire le secours d'urgence. On l'a demandé dans le cadre de nos négociations, moi je l'ai suggéré fortement que l'on puisse demander des moyens là-dessus.

M^{me} Hinamoeura Morgant-Cross : Aujourd'hui, si on doit faire le choix, on est d'accord que l'on priorise en majorité... et que c'est vraiment en dernier recours que l'on sollicite les militaires.

M. Cédric Mercadal : Effectivement, on fait en sorte de privilégier le privé, toujours. Mais il y a des moments où ils ne peuvent pas répondre, d'une part, ou la nuit, c'est là, la vraie difficulté, de nuit les avions ne peuvent pas se poser dans certains endroits. L'armée a les dérogations et l'équipement pour pouvoir le faire. Ce sont les seuls à pouvoir voler de nuit et à pouvoir atterrir sur ce type de terrain. C'est pour cela qu'en fait, on est obligé de les utiliser à un moment donné pour sauver des vies.

M^{me} Pascale Haiti : On voudrait avoir le document sur le '*Avei'a Hôpital 2030* parce qu'apparemment, vous allez beaucoup restructurer.

M^{me} Claude Panero : '*Avei'a* entre dans son processus de validation d'abord auprès de notre tutelle, puis auprès des instances internes, et ensuite il pourra faire l'objet d'une communication. Il revient, en tout premier lieu, à notre ministre de le communiquer.

M^{me} Rachelle Flores : J'avais une question sur l'opportunité de mettre en place ou pas un camp chez nous, parce que pendant la commission d'enquête sur la gestion de la crise sanitaire, c'est beaucoup ressorti, et nous avons un peu échangé avec Tony justement. Et vos collègues aussi sont passés il y a quelques semaines nous présenter le dispositif.

La présidente : 50 millions.

M. Cédric Mercadal : C'est 3,5 millions la première année. On commence par la formation. On va l'utiliser d'ailleurs. La formation va nous permettre d'établir un réseau et ce réseau va nous servir dans le cadre des JO. Il va falloir établir déjà ça, former les gens pour pouvoir réagir à la situation de crise partout sur notre territoire. Pas que sur Tahiti, c'est aussi dans les îles. Quand un événement grave se déroule ou un truc qui explose, ou un suicide qui se passe dans une école, ce qui peut arriver. On a eu le

cas aussi dans un hôpital. Cela permet d'avoir une cellule de soutien psychologique et d'avoir les premiers réflexes pour éviter des problématiques mentales prolongées dans le temps parce que l'on n'a pas pris ça à temps. C'est une vraie volonté que l'on a sur le camp. Certes, ça coûte un certain prix. Mais il faut savoir que l'on peut le financer *via* une collaboration État-Pays parce que ça pourrait se faire. On est en train d'en parler, on va déjà prendre pour la première partie (la formation) — là, on en a parlé avec eux — et je pense qu'il rentrera dans le pôle de la santé mentale. Le camp doit être associé et intégré au pôle de santé mentale et intégré dans le plan de santé mentale.

La présidente : Je ne sais pas si on peut considérer cela comme une question ou une observation mais lors de l'audition de la commission d'enquête Covid que nous avons eue, le docteur Beaumont nous a remonté une information. Au moment de brancher les appareils d'oxygène, le calibrage de la tuyauterie d'oxygène n'était pas adapté à ce qui avait été installé dans les chambres. Et donc, la demande de la commission aujourd'hui, c'est de veiller à ces installations-là, ne serait-ce que pour la construction du pôle santé mentale pour que cela ne se répète pas. Et on espère qu'à l'Hôpital, cela a été réparé. C'est la première observation et première demande de la commission.

Deuxième observation, nous avons eu un lanceur d'alerte qui nous a été remonté au sein de l'assemblée, concernant des soucis d'harcèlement au sein d'un service. Y a-t-il quelque chose qui a été réalisé pour... ? On a bien confirmation de cette situation d'harcèlement au sein de ce service-là. A-t-elle été résolue ?

M^{me} Claude Panero : Si vous le permettez, je vais du coup déjà répondre à cette question. Sans savoir de quel service vous me parlez, je vais parler — parce qu'il serait mal à propos de désigner un service au sein de cette commission —, je vais juste faire une réponse globale et générale. Ce qu'il faut savoir sur toutes les problématiques de harcèlement aujourd'hui, d'abord, la procédure de l'établissement suit des protocoles de prise en charge, particulièrement avec la médecine du service de la santé au travail aujourd'hui.

Un projet de service est porté, qui embrasse tous les sujets et qui intéresse la prise en charge et l'amélioration des conditions de vie et la qualité de vie au travail des agents et qui, dans toutes les dimensions que révèle la santé au travail des professionnels de santé est pris en considération. Au nombre de ces prises en considération, il y a bien évidemment la prise en charge du harcèlement. Soit cette dernière revêt un caractère de mise en sécurité d'un agent qui vient au service de la santé au travail, se plaindre de telle situation, et bien évidemment est mis déjà en protection par le chef du service de la santé au travail. Et puis il y a le volet je dirai juridique et pénal du harcèlement qui nécessite une enquête pour savoir si en effet il y a ou non un fait de harcèlement. Il faut savoir également que notre règlement intérieur porte évidemment tout un ensemble de dispositions qui s'appliquent et qui sont ensuite en mode opératoire, gouvernées par des procédures sur les deux volets que je viens de dire, avec des protocoles, des saisines et des signalements qui sont identifiés dans chaque structure concernée, que ce soit la direction juridique et des droits des patients ou soit le service de la santé au travail appelé à travailler sur ces sujets.

Il y a aussi au sein de notre institution le comité technique en formation CHSCT dont c'est le rôle également et il est actuellement en train de travailler sur ces sujets : d'abord le sujet des protocoles qui doit se mettre en place, et puis le sujet là où ils sont signalés, de venir avec un protocole également d'enquête interne au sens que l'on désigne des personnes pour aller questionner et vérifier si factuellement les choses sont avérées. Parce que souvent, malheureusement, on va qualifier de harcèlement des choses qui n'en sont pas parce que c'est devenu parfois un peu dans le langage courant, mais pas que pour autant. Rien n'est à négliger, tout est à observer et tout est à factueliser et tout est à évidemment documenter et prendre en charge.

Aujourd'hui, il y a un travail très étroit qui est en train d'être mené au sein de notre établissement avec le CTP en formation CHSCT qui mène à des travaux avec la Direction des ressources humaines, avec le service de la santé au travail, avec le représentant du CTP en formation de CHSCT, avec les représentants de la direction juridique, qui visent à traiter ces situations cette fois dans chaque service,

ou dans celui que vous dites peut-être, ou d'autres, où de tels signalements ont pu sporadiquement être évoqués. Et donc effectivement, il y a ce travail de vérification, de factuelisation pour que les suites utiles puissent être données à chacune de ces affaires.

Donc, simplement pour dire qu'un dispositif est bien en place au sein de notre institution et qu'il fonctionne, pour être pris en charge de la meilleure manière, et surtout dans les règles de l'art et des procédures.

Ensuite, sur le volet de l'oxygène, c'est une problématique qui est extrêmement complexe et qui ne se présente pas forcément de la façon qui vient d'être dite. Si je puis corriger les éléments de fait, en fait, la situation s'est posée durant la crise Covid sur un établissement qui fonctionnait avec les générateurs d'oxygène qui avaient été calibrés pour un fonctionnement normal d'une prise en charge hospitalière. Le phénomène épidémique pandémique que vous avez rencontré a été exceptionnel par sa force et son intensité. Ce qui a obligé notre établissement à anticiper, voyant le phénomène s'accroître, des investissements pour venir augmenter sa capacité de production d'oxygène.

Et puis, enfin il y a la dimension architectural d'un établissement qui a été bâti, et notamment dans son réseau d'oxygène, en distribuant des services qui, au moment où l'organisation hospitalière s'est mise en place parce que nous avons des secteurs Covid et non Covid, sur le débit d'oxygène, — et Alexis va vous apporter des éléments techniques sur ce sujet-là parce qu'il est par ailleurs pharmacien et donc il aborde ce sujet aussi sous l'angle du médicament, la distribution... —, nous avons été obligés de rechercher des plans de l'établissement avec des ingénieurs pour reconsolider les colonnes de distribution d'oxygène afin de réorganiser notre sectorisation pour faire qu'effectivement, les plus forts débits d'oxygène, là, où ils étaient conceptuellement et architecturalement prévus, puissent apporter des débits les plus optimums qu'ils soient.

Alexis va vous apporter des éléments mieux que ça, sachant que je n'ai qu'une vision-là très néophyte sur l'organisation architectural et technique de la consommation.

Mais effectivement nous avons des documents que nous avons transmis qui témoignent à quel point les consommations d'oxygène ont été sans commune mesure. Et je crois que l'on a quintuplé la consommation de débit.

M. Alexis Goubert : En plus de la crise, on a eu des consommations d'oxygène colossales et qui ont été difficilement inimaginable allant jusqu'à 4 000 litres par seconde d'oxygène produite et alimentée dans les réseaux. Ce sont des volumes qui sont considérables.

Il faut savoir que l'oxygène est un élément essentiel dans la prise en charge des patients durant la crise Covid. Dès 2020, l'établissement l'avait identifié, et comme l'a dit Claude, a joué sur différents facteurs : celui d'achats à la fois de respirateur et de dispositifs qui nécessitent pas d'intubation parce que le respirateur nécessite une intubation. Puis l'achat de petits fours qui est un système qui ressemble à des lunettes, et par ailleurs, avait investi massivement avec le soutien aussi du Pays dans des systèmes de production d'oxygène de sorte à multiplier ces capacités de production de manière considérable.

Au pic de la crise, l'ensemble des générateurs était mobilisé, mais surtout l'ensemble du réseau était à saturation. La conception de l'Hôpital était à saturation. L'Hôpital qui était conçu il y a quelques années et encore on était sur un hôpital récent, qui avait une conception quand même qui permettait d'avoir des réseaux d'oxygène assez étendus. Dans ce concept-là, on a cherché à optimiser au maximum notre infrastructure, on avait un suivi au quotidien, même quasiment à la minute pour savoir où étaient les patients, avec des débitmètres qui étaient positionnés au niveau de l'établissement, quels étaient les niveaux de production et de circulation d'oxygène dans chacun des canaux que l'on devait étudier au préalable en même temps que nous faisions les investissements pour optimiser au maximum l'infrastructure. Elle a été pleinement optimisée. On a réussi à tenir cette situation.

Qu'est-ce qui peut être fait par ailleurs ? Jouer sur cet élément-là, ça voudrait dire reconstruire l'Hôpital.

En revanche, ce qui est imaginé, c'est que l'on a un projet qui a été porté et que l'on essaye aussi d'intégrer désormais dans l'aspect d'un autre projet qui est le projet de dialyse, qui n'a absolument rien à voir, mais on cherche à amener une synergie c'est celui de prévoir, que ça soit celui-là ou un autre, de chercher à faire ce qu'on appellerait une réa éphémère qui puisse être autonome. Pour limiter la pression sur l'infrastructure, pour que l'on puisse avoir un réseau d'oxygène spécifique sur une réanimation éphémère où on aurait du coup une capacité d'extension de nos prises en charge en respirateur qui sont consommateur d'oxygène. C'est la seule voie qui nous apparaît pour augmenter plus encore notre capacité de prise en charge en oxygène, puisque sinon encore une fois, ça voudrait dire déconstruire l'Hôpital et ce n'est pas bien sûr envisageable.

Quant au pôle de santé mentale, il n'est pas prévu d'intégrer des circuits d'oxygène puisque l'on se concentre sur les prises en charge psychologique et non somatique. Le PSM ne pourra donc pas être une alternative dans une hypothèse de crise — on n'espère pas —, de débord de la réanimation ou de nos services de médecine chirurgie. Cela ne pourra pas être le cas pour les patients requérant en oxygène.

Voilà ce qui peut être fait.

M. Cédric Mercadal : Après une longue conversation avec M. Philippe Dupire — dont c'est le bébé —, il m'expliquait que c'était quand même le seul réseau ISO 9001 et que c'était une prouesse au niveau de la qualité d'oxygène. De plus, cela permet de réduire les coûts. Il ne faut pas oublier qu'une bonbonne d'oxygène coûte excessivement chère et que le fait d'être producteur d'oxygène aujourd'hui, nous permet d'éviter des coûts importants au CHPF.

M^{me} Pascale Haiti : Cela veut dire que vous aller construire... Ah, c'est déjà en place et construit ! C'est une bonne chose ! En fait, vous disiez que pendant la période du Covid, vous aviez eu 4000 litres par seconde de consommation qui étaient insuffisants ou juste ce qu'il faut. Cela veut-il dire que vous avez construit un nouveau local ? Quel est le coût de cette nouvelle installation ? Actuellement en France, le Covid est en train de reprendre donc s'il y a une nouvelle crise — j'espère qu'on ne l'aura pas chez nous —, serions-nous prêts à l'affronter ?

M. Alexis Goubert : L'intérêt de la stratégie qui a été déployée sur la période de 2020 à 2022, c'est qu'elle est pérenne. C'est-à-dire que les investissements que l'on a faits, portent encore leurs fruits aujourd'hui. Si demain on a un aléa, le fait que l'on puisse produire notre oxygène sur site est une solution durable. Après, il faudra, au fur et à mesure de la vétusté de tous les équipements, chercher à les remplacer ; mais on est sur une centrale de production d'oxygène qui est opérationnelle et qui aura bien sûr ses limites. Les investissements ont été étalés sur la période 2020 à 2021. Avec le gouvernement, on est parti avec 4 systèmes de production d'oxygène de petites capacités, historiquement, depuis 2010 ou 2011. Chaque générateur était de 18 normes m³, c'est la manière de calibrer leur puissance. Et dans le cadre de la préparation du Covid, on a opté pour au final 4 nouveaux générateurs de 46 normes m³. Donc, on a doublé le nombre de générateurs, mais surtout ils étaient eux-mêmes le double de la puissance des générateurs précédents. On a eu une augmentation considérable de notre capacité de production et fort heureusement, ces anticipations avaient pu être menées et soutenues parce que sinon nous aurions été dans une difficulté importante à pouvoir répondre aux besoins d'oxygène des patients.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Quels sont les effets positifs du SWAC ?

M^{me} Claude Panero : Il y a des effets positifs, mais en même temps... Le SWAC avait vocation à faire réaliser à l'établissement une baisse brute de 300 millions F CFP. En réalité, sur ces 300 millions F CFP, il faut prélever la redevance qu'il verse au Pays pour l'acquisition de la mise en service du SWAC qui est de l'ordre de 140 millions F CFP. Il lui faut également continuer à maintenir ces groupes froids puisqu'ils doivent être maintenus et parce qu'ils coûtent également en maintenance puisqu'on les met régulièrement en service pour s'assurer qu'ils fonctionnent en cas de rupture du SWAC. Et donc, pour la maintenance, on a une trentaine de millions.

Et cette année, nous avons enregistré une hausse des coûts de l'énergie qui est de l'ordre de 130 millions F CFP. C'est-à-dire que la part des consommations qui nous reste ont été majorées puisque le coût de l'énergie a beaucoup augmenté. Cela veut dire que si nous n'avions pas eu le SWAC, nous aurions eu beaucoup plus de dépenses encore. Il nous permet d'amortir l'augmentation du coût de l'énergie, mais de ne pas faire l'économie que l'on a estimée sur la période de l'amortissement du SWAC qui est de l'ordre de 100 millions F CFP. Cette année, on sera sur une économie que de 40 millions F CFP, mais par l'effet exogène de l'augmentation du coût de l'énergie.

Techniquement, il produit ses effets et est au rendez-vous des attentes des techniciens. Il produit le froid et est vraiment très efficace. Cependant, on est aujourd'hui obéré par l'augmentation objective et exogène du coût de l'énergie. Heureusement qu'on l'a, sinon on aurait eu des charges d'électricité encore plus élevées. Et l'économie que nous espérions, et que nous avions d'ailleurs comptabilisée sur notre budget 2023, malheureusement ne sera pas au rendez-vous. On avait escompté 100 millions F CFP d'économie, mais on ne pourra tabler que sur une quarantaine de millions.

La présidente : Merci beaucoup pour tous ces éclairages parce que nos administrés viennent nous rencontrer et font remonter des informations. Avec toutes ces discussions, cela permet de vérifier la véracité des informations qui nous sont remontées.

M^{me} Claude Panero : Je voudrais préciser que le SWAC de l'Hôpital a été primé parmi tous les établissements hospitaliers et que nous avons reçu le prix de la Transition écologique. Il produit ses effets et il a pu être récompensé. C'est un prestige pour le Pays !

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Quel est le lien de l'Institut du cancer avec l'Hôpital ?

La présidente : S'agissant de l'ICPF, avez-vous reçu le PET-scan ? Si oui, fonctionne-t-il ?

M. Alexis Goubert : Concernant le PET-scan, on a reçu l'équipement dans le courant du mois août. Des travaux sont en cours dans l'actuel service de médecine isotopique pour connaître l'accueil de cet équipement. Des travaux resteront à mener notamment sur tout ce qui est ventilation et finalisation de travaux sur la partie « radio et pharmacie ». Notre programme d'ouverture d'activité PET-scan est prévu sur la période de mai à juin 2024. On a pris un retard par rapport à l'ouverture qui était imaginée plutôt sur cette période de septembre 2023. Les retards ont été pris à la fois dans les livraisons de la machine et sur la réalisation de certains travaux. On espère donc une ouverture de l'activité en mai 2024, tout en rappelant que l'activité PET-scan que nous initierons en 2024 est sans cyclotron. Vous avez déjà eu des échanges par rapport à ça. Le PET-scan est vraiment la machine qui permet de prendre les images, mais l'activité de PET-scan et de médecine plus globalement, c'est la radio pharmaceutique, c'est-à-dire la conjonction d'un radio isotope avec un médicament et l'association de cela sert d'ailleurs à la radio pharmacie. Les isotopes qui sont utilisés pour le PET-scan, pour certains, sont de très courte durée de vie et sont produits au plus proche du centre hospitalier. Étant isolé du territoire, il nous faut du coup un cyclotron sur le territoire pour certains des isotopes qui sont concernés par l'activité PET.

Il n'est pas encore prévu de mettre en fonctionnement le cyclotron avant au moins deux ans car le projet de l'installation du cyclotron a eu plusieurs phases. L'implantation initiale était prévue d'être faite sur l'enceinte du CHPF et plus précisément sur la zone qui a servi d'extension pour la production d'oxygène. Cette production d'oxygène qui a dû être étendue parce que la crise persistait — et on voit à quel point il le fallait —, a du coup retiré cette capacité d'implanter le cyclotron à cet endroit-là.

D'autres hypothèses ont été imaginées, à ce moment-là, on remonte il y a environ deux ans, celle notamment du recours au bâtiment C15 qui vous le savez est fermé et qui a fait l'objet de fragilité structurelle. Cette option-là a été aussi un échec, et du coup une dernière voie a été explorée, celle du terrain de l'implantation de l'ICPF, le terrain Princesse Heiata qui pouvait être du coup le site d'accueil à la fois de l'ICPF avec une unité de lieu pour le cyclotron.

Pour l'instant, on est sur ce schéma-là. Le PET-scan démarrera bien en mai 2024, mais sur un champ réduit c'est-à-dire sans cyclotron. C'est ce qu'on appelle l'activité TEP Galium et cela concernera exclusivement les patients pour des prises en charge de diagnostic prostate.

M^{me} Claude Panero : On est juste aujourd'hui sur le sujet d'une confirmation d'assise foncière d'installation du cyclotron.

M. Cédric Mercadal : Tout cela tombe très bien parce que, demain, j'ai une question orale là-dessus ! Je sais mais on va plutôt voir la suite demain, c'est parfait.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Pour moi, l'hôpital, ce sont les soins et la maladie, et donc j'ai accroché...

M. Cédric Mercadal : Vous avez raison de parler de cela car les soins sont liés, surtout en matière de cancérologie puisque cet appareil sert en grande partie et quasi exclusivement à cela. Il est donc intéressant de poser cette question.

La présidente : Je voudrais vous rassurer. On peut tout dire ici même si ce sont des erreurs, des échecs... ! Ce n'est pas grave, on est capable d'entendre.

M^{me} Hinamoeura Morgant-Cross : Ce n'est pas du tout une attaque ni un reproche, ne le prenez pas comme ça, mais j'ai du mal à concevoir que vous ayez commandé un appareil sans savoir où vous alliez le mettre. Pourquoi il y a dû y avoir des travaux pour le PET-scan ? Vous avez commandé un appareil tout en sachant que vous n'aviez pas la salle où l'installer et vous avez dû faire des travaux à l'arrivée ou cela a été une surprise parce qu'il est beaucoup plus grand que ce que l'on attendait ?

M. Alexis Goubert : Ce n'est pas pour le cyclotron, c'est vraiment pour la phase TEP-scan, c'est-à-dire le projet pour mai.

M^{me} Hinamoeura Morgant-Cross : Pourquoi n'est-il pas en place ? Parce qu'il n'y avait pas la salle adaptée ?

M. Alexis Goubert : Si, si. On a une livraison du matériel. On a des travaux qui étaient prévus à l'installation. La table a d'ailleurs été installée dans les locaux. Après, on a des travaux périphériques qui sont aussi demandés sur les zones radiopharmacies avec des niveaux d'exigence qui ont finalement été majorés par rapport au projet initial. C'est une majoration des travaux que l'on veut mener pour une activité sécuritaire. Ils ralentissent le processus mais les délais ne peuvent pas être grands parce que l'on passe par des marchés. Hier, on était justement en CAO, en commission d'appel d'offres. On doit avoir des délais d'appel à concurrence et d'appel d'offres et on a finalement qu'un acteur qui s'est présenté avec des délais de réédition de travaux qui ont été longs. Et donc, globalement, oui, les travaux sont cités pour l'installation d'un TEP — qui est d'ailleurs installé. Encore une fois, ce sont des travaux périphériques liés à un ajustement du niveau d'exigence liés aux exigences de l'autorité de sûreté nucléaire qui ont évolué et qui ont dû majorer les travaux.

Enfin, concernant le cyclotron, on avait vraiment l'intention de continuer à un endroit et après... voilà.

M^{me} Cathy Puchon : Je voudrais juste confirmer la procédure concernant ce qui est arrivé à une administrée de Punaauia qui a été évacuée. La fille habite à Punaauia et sa mère habite à Huahine d'où elle a été évacuée vers l'Hôpital. Étant malheureusement en fin de vie, la fille a voulu prendre sa mère juste pour une nuit afin de la garder avec elle et ensuite celle-ci devait repartir. Au niveau de la CPS, tout a été mis en place pour qu'elle ait un retour sur son île de résidence. Cela s'est passé un vendredi et je voulais avoir une certitude, une confirmation de votre part. Tout avait été préparé par l'Hôpital pour son retour sur son île mais la réponse apportée à la fille a été que, vu qu'elle est sortie de l'hôpital le vendredi, on ne prend plus en charge et l'hôpital ne pourra plus la transporter en ambulance jusqu'au tarmac de Faa'a afin d'y prendre l'avion pour Huahine. Que s'est-il passé après ? On est venu me

déranger en tant qu'adjointe au maire ce vendredi soir et j'ai dit : « ce n'est pas possible, qu'est-ce qui s'est passé ? ». On me raconte cela. J'ai donc dû déclencher nos sapeurs-pompiers pour transporter la mamie de chez sa fille à l'aéroport de Tahiti-Faa'a. Ce fut un branle le combat avec nos sapeurs-pompiers pour aller chercher la mamie ! On m'a dit que c'était le fait qu'elle soit sortie de l'hôpital mais j'ai répondu que « oui, mais c'est quand même une évasan ! ». Il faut accepter le retour de cette mamie en fin de vie sur son île natale et c'était juste pour qu'elle puisse être avec sa fille avant de retourner sur son île. Cette mamie est morte chez elle. Je voulais savoir si c'était un défaut de procédure. Cela ne devrait pas se passer de cette manière ! Je voudrais savoir si c'est vraiment comme ça ou pas du tout ?

M. Alexis Goubert : C'est une situation atypique dans laquelle on a une évasan au CHPF mais finalement, en fin de séjour, avant de rejoindre son île, elle va chez sa fille à Punaauia. Et donc elle sort d'hospitalisation pour aller à Punaauia et, dans les heures ou le lendemain, elle reprend l'avion. J'imagine qu'une sortie administrative a été faite et qui, du coup, rompt le service de prise en charge. J'imagine qu'il y aurait pu y avoir des adaptations. Pour reprendre cette situation d'il y a deux ans, soit cela rejoint la thématique du transport sanitaire qui est complexe à mener et qui souvent s'appuie fortement sur les pompiers et le CHPF. Je sais que si le ministère a des projets dans ce domaine pour renforcer et améliorer les aspects de transport sanitaire, on aurait pu imaginer techniquement... Je n'ai pas le dossier et je ne sais pas pourquoi ils n'ont pas potentiellement fait une permission de sortie. Parfois, pour éviter cela, les équipes peuvent réaliser une permission de sortie, ce qui fait que le patient ne sort pas administrativement, mais peut passer quelques heures voire une journée en dehors de l'hospitalisation, sans rompre le lien avec l'Hôpital, et ensuite, réintégrer. Je ne sais pas pourquoi ce vecteur n'a pas été fait, mais je sais que les équipes cherchent souvent à faire cela dans ce genre de situation où le patient a envie d'avoir une bouffée d'air frais, entre guillemets. Entre une hospitalisation et un autre parcours de prise en charge, c'est la permission de sortie qui est effectuée et c'est quelque chose d'assez fréquent dans l'hôpital. Cela peut se produire dans différents cas de figure, y compris pour les fins de vie et même pour des situations de mariage in-extremis. On comprend tout à fait qu'il puisse y avoir ça et on propose les permissions de sortie, mais je ne comprends pas là pourquoi cela n'a pas été mis en œuvre.

Après, sur le point encore une fois du transport sanitaire qui parfois est difficile, notamment pour tout ce qui est transport couché — j'imagine que cette patiente était couchée —, il y a très peu d'opérateurs sur le territoire. Pendant longtemps, il n'y avait plus de transporteur sanitaire couché depuis que Europ-Assistance s'était rétracté étant donné qu'il était le seul acteur qui faisait cela. On a eu une phase assez longue où il n'y avait plus de transporteur sanitaire couché mais c'est revenu. Je sais que le Pays, au travers de l'ARASS a fait en sorte d'ouvrir l'autorisation et désormais on a un nouveau prestataire qui effectue ces transports. Il y a aussi eu cette difficulté pour le transport sanitaire couché.

M^{me} Cathy Puchon : Je pense que c'est une question administrative par rapport à une autorisation de sortie et une fin d'hospitalisation. Peut-être que c'est cela ! Par rapport aux familles, elles ne comprenaient pas tout comme moi qui ne comprenais pas du tout. J'ai dit « mais enfin c'est quoi ça ! »

EXAMEN DU PROJET DE DÉLIBÉRATION

(La présidente rappelle l'adoption de la procédure d'examen simplifiée.)

Article 1^{er}

Amendement (APF 10626 du 11-10-2023) déposé par M^{mes} les rapporteuses Pauline Niva et Rachel Flores

Vote sur l'amendement et sur l'article 1^{er} amendé :

Adoptés à l'unanimité avec 9 voix pour (dont 2 procurations)

Article 2

Amendement (APF 10627 du 11-10-2023) déposé par M^mes les rapporteuses Pauline Niva et Rachelle Flores

Vote sur l'amendement,
sur l'article 2 amendé
et sur l'ensemble du projet de délibération amendé :
Adoptés à l'unanimité avec 9 voix pour (dont 2 procurations)

La présidente : Je vous remercie beaucoup pour vos éclairages. Merci beaucoup pour votre professionnalisme et pour ce que vous donnez à notre Hôpital. Que nos patients soient bien soignés et que nos bébés soient bien pouponnés. Transmettez nos encouragements à toutes vos équipes.

(L'ordre du jour étant épuisé, la réunion de la commission s'achève à 16 h 32.)

LA PRÉSIDENTE,

Pauline Niva