

**EXTRAIT DU COMPTE RENDU
de la réunion du vendredi 30 août 2024**

EXTRAIT PROJET DE DÉLIBÉRATION PORTANT APPROBATION DES COMPTES ADMINISTRATIFS DE L'EXERCICE 2023 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, DE L'UNITÉ DE CONSULTATION ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA) ET DE L'UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE (UMJ) ET AFFECTATION DE LEUR RÉSULTAT

La réunion débute à 8 h 1, sous la présidence de M^{me} Rachelle Flores.

Présidente	M ^{me} Rachelle Flores	présente	
Vice-présidente	M ^{me} Patricia Pahio-Jennings	présente	
Secrétaire	M ^{me} Frangélica Bourgeois-Tarahu	présente	
Membres	M ^{me} Sylvana Tiato	présente	
	M ^{me} Thilda Garbutt-Harehoe	présente	
	M ^{me} Pauline Niva	présente	
	M ^{me} Cathy Puchon	absente	Procuration à M ^{me} Pascale Haiti
	M ^{me} Pascale Haiti	présente	
	M ^{me} Teave Boudouani-Chaumette	présente	arrivée à 8 h 11
Non-membres	M ^{me} Hinamoeura Morgant		
	M ^{me} Teremuura Kohumoetini-Rurua (8 h 44)		
	M. Mike Cowan (10 h 48)		

Représentant du ministère en charge des relations avec l'assemblée de la Polynésie française :
M. Micaël Taputu, chargé de mission.

PROJET DE DÉLIBÉRATION PORTANT APPROBATION DES COMPTES ADMINISTRATIFS DE L'EXERCICE 2023 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, DE L'UNITÉ DE CONSULTATION ET DE SOINS AMBULATOIRES (UCSA) ET DE L'UNITÉ MÉDICO-JUDICIAIRE (UMJ) ET AFFECTATION DE LEUR RÉSULTAT

(Lettre n° 5018/PR du 13-8-2024)

Présenté par M^{mes} Sylvana Tiatoua et Patricia Pahio-Jennings

Défendu par :

- M. Cédric Mercadal, ministre de la santé, en charge de la prévention et de la protection sociale généralisée,
- M. Antony Pheu, directeur de cabinet du ministre,
- M^{me} Herevini Taupua, conseillère technique auprès du ministre,
- M^{me} Léna Normand, correspondante budgétaire auprès du ministre,
- M^{me} Claude Panero, directrice du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF),
- M. Alexis Goubert, directeur adjoint du CHPF.

DISCUSSION SUR LE PROJET DE RAPPORT

M. Cédric Mercadal : C'est un compte particulier parce qu'il s'agit quand même d'un compte que l'on a géré durant la moitié de l'année. En effet, la première partie un peu mouvementée, et le vote de ce budget 2023, n'était pas le nôtre et il a donné lieu à un financement complémentaire, dès le mois de février, de 2,7 milliards. Je rappelle les choses. Par contre, avec la Direction du CHPF, on a fait le suivi de cette subvention exceptionnelle tout au long de l'année et qui a été validée par la DBF et par l'ensemble des personnes encore il y a peu. L'utilisation de cette subvention a été nécessaire pour le CHPF et il n'y avait pas de question là-dessus. C'était juste pour vous mettre en exergue, dans quelles circonstances.

S'agissant du CHPF, on sait très bien qu'il y a de vraies difficultés. Il y a des difficultés de financements et, cette année, on a remis beaucoup d'argent. Il y a aussi des difficultés de fonds de roulement. Le fonds de roulement, 1,9 milliards, va être bientôt passé en CCBF sur une subvention exceptionnelle qui permettra de donner du fonds de roulement puisqu'il est visé sur les créances irrécouvrables. Il faut effectivement aussi apurer les créances irrécouvrables de cet établissement. Et donc, cela redonnera du souffle à notre établissement qui mérite d'avoir de la liquidité pour engager l'achat de matériaux et d'un certain nombre de choses et c'est surtout pour avoir plus de latence dans les achats. Aujourd'hui, on achète quasiment au cul du camion comme on pourrait le dire. Demain, avec le fonds de roulement, cela permettra d'anticiper, d'acheter mieux et moins chère. C'est pour cela que l'on a, cette année 2024, permit aussi cette subvention supplémentaire. Cela va rentrer dans les débats de suite donc je préférerais mettre cela au clair.

Maintenant, je vais laisser la directrice vous exposer les comptes financiers de cette année et toute son évolution avec son rapport d'activité.

M^{me} Claude Panero : Expliquer le compte administratif 2023, c'est ainsi que le ministre vous l'a dit, c'est-à-dire partager avec vous, en effet, des sujets qui sont d'abord structurels pour notre établissement afin de l'accompagner sur sa trajectoire de redressement financier. Celle que vient d'évoquer le ministre, puisque pour l'exercice 2024, le gouvernement et l'Assemblée de Polynésie ont déjà signifié un certain nombre d'actes forts pour notre établissement et notamment, en effet, de l'accompagner dans l'assainissement de ses comptes.

Avant cela, effectivement, et sur l'exercice 2023, il a marqué pour notre établissement une année particulière et tout à la fois une année de restructuration complète puisque, lorsque le budget de l'année 2023 se construit, nous ne perdons pas de vue que nous sortons de la crise sanitaire Covid 2022, et

qu'au-delà des sujets qui intéressent à proprement parlé les missions sanitaires de l'établissement en 2022, puisqu'il a été complètement mobilisé sur la gestion de la crise sanitaire en 2020, en 2021 et en 2022.

Au plan des financements et au plan de la structuration de son organisation, nous sortons, à l'exercice 2022, avec une situation financière extrêmement critique et un modèle qui doit être complètement réinterrogé puisque, lorsque nous préparons le budget 2023, nous n'avons plus de réserve dans l'établissement. Nous sommes à 1,2 milliard de réserve, c'est-à-dire que nous n'avons plus la capacité de pouvoir fonctionner normalement et notre marge de manœuvre est celle des fournisseurs.

Ensuite, nous étions déjà gouvernés par un premier programme qui était un premier programme d'acculturation à un nouveau modèle de gestion et qui a conduit les opérations de l'établissement sur la période 2021-2023 et qui a bénéficié d'une aide, là encore de l'Assemblée et du gouvernement, lorsqu'il s'est agi pour nous à la fois d'élever le niveau d'un certain nombre de compétences dont nous avons besoin pour mettre notre établissement dans une véritable trajectoire de transformation. Ce projet d'acculturation qui a essentiellement porté sur le modèle et le circuit de la dépense et des recettes à l'hôpital, nous a permis — puisque c'était cela son ambition la plus forte — de surtout mobiliser l'ensemble de la communauté hospitalière autour de la définition d'un nouveau projet d'établissement.

Dans ce nouveau projet d'établissement ('Avei'a Hôpital 2030) pour la période 2024-2030 figure le devenir et la trajectoire de transformation de notre établissement. Il a été adopté par l'ensemble des instances de l'établissement à aujourd'hui : la commission médicale d'établissement, la commission des soins infirmiers et médicaux techniques... Il a été présenté au comité technique paritaire et, bien évidemment, avant tout cela, à notre ministre de la santé. Grâce à ce projet d'établissement, nous allons pouvoir, sur les années qui viennent, figurer une trajectoire de transformation qui s'appuie sur la logique clinique dans laquelle nous devons faire évoluer notre établissement, puisque ce projet d'établissement a l'avantage et la vertu, aujourd'hui, de se construire sur les données épidémiologiques et démographiques de la population polynésienne à échéance de 2030. Des données qui nous font figurer et évaluer une progression du taux de recours hospitalier qui va progresser de plus de 22 %. Nous avons donc besoin de repenser entièrement nos organisations et filières de soins, mais aussi de considérer le deuxième pilier qu'est la logique de gestion — sans lequel un établissement comme le nôtre ne peut pas avoir une trajectoire cohérente et qui serve le service public hospitalier comme il le doit — qui va là aussi nous conduire à porter des organisations entièrement repensées qui soient soucieuses de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé et à conduire notre établissement dans sa propre contribution à la soutenabilité financière d'une institution dont, en effet, elle forme à aujourd'hui l'un des plus gros budgets des établissements publics de la Polynésie, tout en étant l'un des premiers employeurs de la Polynésie.

C'est évidemment la logique de gestion qui va nous conduire à devoir porter des organisations entièrement repensées, soucieuses de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé. Ainsi, notre établissement doit contribuer à la soutenabilité financière d'une institution qui forme aujourd'hui l'un des plus gros budgets des établissements publics de la Polynésie, tout en étant aussi l'un des premiers employeurs de la Polynésie.

Nous devons donc, comme je le répète souvent, à la fois inspirer confiance et prouver notre crédibilité. Certes, les éléments de trajectoire que nous avons fixés pour 2024 et les années à venir sont ambitieux, mais absolument indispensables. Nous nous réjouissons que le projet d'établissement ait pu inscrire l'ensemble de la communauté hospitalière dans cette trajectoire. Il permet de figurer les besoins présents et futurs de la population polynésienne en termes de santé, tout en remplaçant notre établissement dans ses contributions au réseau et au système de santé en Polynésie.

Si je reviens à l'année 2023, elle fut en effet une année difficile pour notre établissement. Toutefois, elle a également marqué l'aboutissement de ce projet d'établissement répondant ainsi aux attentes des autorités publiques. Cette année a aussi été caractérisée par l'aide que nous avons reçue, notamment sous forme de subvention, comme vous l'avez dit, Monsieur le ministre, ce qui nous a permis de financer

notre cycle d'exploitation. Nous étions donc sur notre financement de base et avons besoin de couvrir cette impasse budgétaire. En effet, vous le savez, la problématique de la structuration du financement de l'établissement interroge aussi la protection sociale généralisée, une réforme étant en cours de ce point de vue-là.

Aujourd'hui, nous devons nous inscrire dans un modèle appuyé qui permette à l'établissement de ne plus dépendre uniquement des budgets limités que d'autres voudraient bien lui donner, que ce soit le Pays pour équilibrer ses comptes, ou la CPS, à laquelle nous fournissons aujourd'hui un programme médicalisé de notre système d'information, permettant de mesurer nos performances. Nous avons fait beaucoup de progrès en ce sens. Un des axes du programme PARE visait à résoudre la critique souvent faite au CHPF de ne pas produire son PMSI en temps et en heure. Aujourd'hui, grâce au programme PARE et aux efforts du directeur général adjoint, qui est par ailleurs directeur de la performance hospitalière, ce problème a été résolu. Aujourd'hui, nous sommes en situation de suivre nos activités, à la fois quantitatives mais également qualitatives. En effet, notre PMSI démontre que, bien que nous soyons quasiment saturés tout au long de l'année en chirurgie et en médecine, nous avons aujourd'hui une progression de nos activités qualitatives. Ce qui s'observe aujourd'hui, c'est que la prise en charge des patients polynésiens est de plus en plus lourde. Cela veut donc dire que les patients polynésiens ont aujourd'hui des pathologies de plus en plus graves, ce qui nécessite soit des hospitalisations plus longues, soit des actes médicaux plus complexes lorsqu'ils viennent à l'hôpital.

Pour revenir sur l'exercice 2023, ce fut un temps important où il y a eu une forme de conscientisation, même si bien sûr elle était connue de tous que nous devons collectivement agir pour restructurer l'hôpital sur le plan financier. Il a donc bénéficié de cette aide, et il était attendu de notre établissement, de la CPS, du ministère des finances et de la santé, ainsi que des travaux collaboratifs, qui pouvaient venir former une proposition sur un nouveau modèle de financement. Ces travaux ont été réalisés et le projet d'établissement a été réalisé. Comme l'a indiqué le ministre, le gouvernement en place a suivi la deuxième étape et le deuxième semestre d'exécution de ce budget, afin de s'inscrire dans une nouvelle trajectoire pour 2024. L'ensemble des items que je viens de dire continuent à être questionnés, analysés et travaillés par notre ministère de tutelle. L'idée à terme est de présenter non seulement des budgets non seulement équilibrés, mais aussi de permettre à notre établissement de financer ses investissements, ce qu'il ne peut pas faire aujourd'hui.

En somme, l'année 2023 est une année charnière pour le fonctionnement et l'organisation de notre établissement. Nous avons beaucoup travaillé pour documenter et asseoir une meilleure gestion, en mettant en place un programme qui gouverne aujourd'hui nos actions. Nous avons un programme, appelé le programme NAPE, qui, dans le circuit très complexe de notre établissement, permet d'asseoir un nouveau circuit de la dépense et de la recette, pour être de mieux en mieux performant sur l'ensemble de ces sujets. Nous déployons également un programme d'actions sur l'exercice de notre service public hospitalier et de nos missions sanitaires. Par ailleurs, nous sommes en train d'interroger un sujet absolument fondamental pour que notre établissement fonctionne encore mieux : la gouvernance. Lorsque nous aurons, je pense Monsieur le ministre, l'honneur de présenter ce projet d'établissement à la commission de la santé, il y a tout un axe qui intéresse la médicalisation de la gestion. C'est-à-dire que nous devons renforcer la responsabilité de tous les acteurs autour des enjeux de notre établissement. Par conséquent, un travail collectif — et notamment neuf collectifs — doit être mis en place. De plus, comme l'a annoncé le ministre, il est probable que les statuts des établissements publics de santé viennent relayer de façon formelle dans la réglementation.

Au plan de notre exécution comptable, le budget consolidé montre un résultat bénéficiaire. La subvention exceptionnelle qui nous a été accordée avait notamment pour ambition d'apurer le report à nouveau déficitaire de l'établissement, c'est-à-dire de solder ses dettes. Pour permettre une ouverture plus saine de notre compte pour 2024 et éviter des reports de charges, nous avons, comme vous l'avez approuvé, demandé une nouvelle destination de cette subvention. Ce pourquoi, au lieu de compenser le report à nouveau déficitaire à hauteur de 1,2 milliard F CFP, nous avons concentré une grosse partie de ces financements sur le cycle d'exploitation normal pour éviter des reports de charges. En effet, depuis son arrivée sur le site du Taaone, notre établissement est structurellement déficitaire, avec un cycle

d'exploitation qui n'est pas toujours couvert. Il est erratique puisque, en lisant toutes les lignes longues de notre comptabilité et de nos budgets, on se rend compte qu'il y a beaucoup d'à-coups. Il est très erratique et difficile à suivre, parce que l'établissement a été aidé à chaque fois par des subventions exceptionnelles, des apports spécifiques, ou encore des moins-values de recettes de la part de la CPS.

Donc voilà. L'exercice 2023 se nouent de façon positive grâce aux aides accordées par le Pays. Nous espérons que ces aides se poursuivront en 2024, sans doute, en 2025. Cela permettra, nous l'espérons, une véritable structuration qui fera que le partage et la distribution des subventions allouées à l'établissement seront qualifiés au sens de sa structuration et de sa stabilisation.

Voilà ce que je pouvais vous exprimer. Je noterai, si vous me le permettez, Monsieur le ministre, qu'Alexis et moi sommes disposés à vous répondre au mieux possible sur les questions que vous poseriez. Vous noterez que nous n'avons pas de directrice de budget cette année, puisqu'elle a malheureusement été appelée à d'autres fonctions dans le secteur privé et nous a donc quittés. Nous sommes actuellement en train de renouveler notre équipe de direction, et nous essaierons au mieux de répondre à vos questions techniques.

M. Cédric Mercadal : Je vais aussi vous présenter mes deux nouvelles collaboratrices que vous ne connaissez pas, mais que vous rencontrerez régulièrement : Léna Normand, qui est ma Correspondante budgétaire du ministre (CBM), et Herevini, qui est juste derrière moi et s'occupe des affaires financières

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : J'ai une question par rapport à la pédopsychiatrie. Je vois des hausses d'occupation et des hausses partout, cela veut dire, bien sûr, que notre Pays est malade. Alors par rapport à toutes ces hausses, si nous n'augmentons pas le nombre de médecins, de psychiatres et de psychologues dans cette structure, cela voudra dire que les rendez-vous seront renvoyés à des dates assez lointaines. Or, dans ce domaine, l'idéal est de suivre un traitement sur une durée de 20 à 30 jours, mais beaucoup de patients ne le prennent pas. Surtout lorsque ce sont des traitements par cachet, on retrouve des gens qui ne les suivent pas, d'où le plus souvent par la piqure. Les piqures, même s'ils sautent des jours, permettent au moins de stabiliser. Voilà, c'était par rapport à ce délai de traitement. Si les besoins augmentent, forcément de l'autre côté cela doit également augmenter. C'était mon premier point.

Le deuxième point concerne les créances irrécouvrables dont parlait *fa'aterehau* au départ. Il est vrai qu'au départ, au niveau budgétaire, vous allez provisionner et mettre en admission en non-valeur, mais à un moment donné, il faudra bien nettoyer un peu tout cela. C'est peut-être la raison pour laquelle nous allons passer à autre chose. En tant que commissaire au surendettement, nous nous retrouvons avec beaucoup de factures du CHPF que nous devons effacer, ce qui a un impact sur vous. Il faudrait donc de la prévention à ce niveau. Vous disiez la dernière fois que 99 % de personnes étaient couvertes. Hélas ! il y a ceux qui ne le sont pas, et qui arrivent dans le service avec des opérations et des hospitalisations coûteuses. Donc finalement, ils se retournent vers nous en disant : « je dois 12 millions, 15 millions — je n'en sais rien — et je ne peux pas faire face à ces dettes. Donc est-ce qu'on peut ? » Alors nous, nous voyons qu'ils n'ont rien et qu'ils ne travaillent pas, ce qui nous pousse à effacer. C'est pourquoi, je pense qu'en prévention, il faudrait avoir aussi. À l'époque, Lionel Porlier le faisait. Il y avait quelqu'un au départ qui vérifiait la couverture des patients à leur admission à l'hôpital. C'était une chose. Il est vrai qu'il y a des factures très anciennes pour lesquelles il est peut-être difficile de retrouver, en raison du changement d'adresse et tout. Mais, en tout cas, je trouve qu'il y a besoin de prévention.

Ensuite, je viendrai aussi sur l'Hôtel des familles. Sur les 63 chambres, certaines sont fermées pour cause de travaux. Où en sommes-nous avec ces travaux ? Quel est le taux d'occupation réel actuellement ? De plus, est-ce qu'il y a une convention avec la CPS pour les patients qui rentrent dans leurs îles en attendant leur avion ? La CPS conventionne avec des pensions de famille. Alors, est-ce que cet Hôtel des familles pourrait rentrer aussi à l'intérieur pour absorber un peu aussi ? Voilà, je m'arrête là parce pour ne pas poser trop de questions en même temps.

M. Cédric Mercadal : Sur la partie CPS, il y a une convention. En effet, un prix de journée a été établi et qui est remboursé au CHPF chaque année. C'est ce qui fait les crédits, les recettes de l'Hôtel des familles.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Est-ce que les gens savent qu'ils peuvent aussi aller...

M. Cédric Mercadal : Oui, complètement ! Là, nous sommes un petit peu hors cadre. Nous parlons de l'évasan, c'est le service évasan de la CPS qui détermine, en fonction de l'état de santé et de la disponibilité des places et de critères, où les personnes vont aller à leur arrivée à Papeete. On les oriente parce qu'ils ont besoin d'hébergement. S'ils ont une opération près du CHPF, et que leur cas est urgent ou difficile à déplacer, nous les mettons plutôt à l'Hôtel des familles. Quand les gens peuvent se déplacer facilement, nous les mettons un peu plus loin.

M^{me} Claude Panero : Je réponds donc effectivement au reste de la question. Je laisserai à Alexis le soin de parler de la pédopsychiatrie et des évolutions d'activités que l'on observe dans ce secteur.

En ce qui concerne les créances irrécouvrables, notamment celles qui seront admises en non-valeurs, sont historiquement de très vieilles créances de l'établissement. Pour le futur, bien que ce soit aujourd'hui réglé par l'établissement, cela participera bien sûr à l'assainissement des comptes. De façon opérationnelle, ce qu'il faut savoir c'est que nous avons aujourd'hui un service social et des droits des patients. Nous avons aujourd'hui des assistants sociaux qui se rendent au chevet des malades, souvent appelés par les cadres de santé lorsque les situations sociales nous laissent à penser qu'ils ne sont pas affiliés, ou auront du mal à s'affilier.

De mémoire, nous faisons presque trois suivis individuels par jour à l'hôpital, auprès des patients nécessitant d'être accompagnés dans leur inscription au régime social. Madame Garbutt a en effet évité qu'on ne génère des créances qui ne seraient pas dues. En effet, parfois les vieilles créances dont il s'agit, et souvent l'actualité a fait écho de ces sujets, sont dues au fait que les personnes partent après que nous leur avons indiqué les formalités à faire, sans les réaliser au final. Donc, aujourd'hui et depuis quelques années, le service social de l'établissement prend en charge ces personnes, va auprès d'elles pour les accompagner et éviter précisément ces sujets.

De la même façon, concernant l'observance de la facturation de certains actes payants à l'hôpital, il était reproché, de ne pas fournir suffisamment d'informations auprès des patients et des visiteurs sur le fait que certains actes restent néanmoins payants. Nous avons donc produit des dépliants et mis en place le télépaiement en ligne. Bien que ces actions doivent encore s'améliorer et progresser, mais en tout état de cause nous avons aussi mis en place des sujets pour éviter que ces créances irrécouvrables n'affectent les comptes de l'établissement à l'avenir.

Sur le sujet de l'hospitel, le taux d'occupation est quasiment à 100 %. Pour ce qui concerne la convention avec la CPS, nous avons bien une convention, mais nous souhaitons la rediscuter. En effet, pour éviter la saturation de l'hôpital, où les personnes programmées pour venir des îles et nécessitant une prise en charge, sont parfois médicalement sortants mais bloquées dans nos chambres, parce qu'elles n'ont pas la possibilité de recourir à un logement.

Dans le cadre de la stratégie globale que nous menons pour désaturer l'hôpital et favoriser les entrées et sorties, dont notre flux patient, ont diminué nos DMS, nous avons le souhait de rediscuter de cette convention avec la CPS. L'objectif est de mobiliser 12 chambres de l'hospitel afin de permettre aux patients sortants d'attendre dans de bonnes conditions leur retour à la maison, leur vol, etc.

Dans le cadre du projet du plateau consultation, que j'ai demandé aux cadres de santé de déployer et de développer, nous avons l'idée de mettre en place un premier accueil. Le premier soin à l'hôpital, c'est l'accueil du patient : c'est la façon dont on assure un parcours où il peut cheminer en sachant où aller, à qui s'adresser, et sans être obligé de savoir, bon ok ou je reviens etc. Il est vrai que le parcours à l'hôpital n'est pas très fluide. C'est pourquoi des travaux et un projet sont en train d'être menés avec un

encadrement et un management des secrétaires médicales, ainsi que des chartes de qualité, de façon à ce qu'il y ait effectivement une démarche qualité à l'hôpital, du début à la fin de son arrivé.

Concernant les chambres qui étaient en cours de réparation, il me semble qu'elles ont été réparées. Je n'ai pas cette information précise, mais je pourrai la communiquer ou envoyer un mot à la Directrice des services techniques pour vous la donner avant la fin de la commission.

En ce qui concerne la pédopsychiatrie, Alexis partagera avec vous quelques éléments chiffrés montrant que nos consultations ne font que progresser.

M. Alexis Goubert : Avant d'aller « focaliser » sur la partie pédopsychiatrie, sur la psychiatrie en générale, qu'elle concerne les enfants ou les adultes, nous avons effectivement des besoins croissants en Polynésie française.

Ce que nous avons observé, c'est que depuis 2020, pour la partie psychiatrie adulte, il y a eu vraiment un changement de stratégie dans l'approche des soins en santé mentale. Historiquement, l'établissement était plutôt sur une prise en charge hospitalière complète. En 2020, nous avons porté, avec les équipes soignantes en particulier, un projet de prise en charge hors les murs. Depuis 2020, nous avons mis en place un certain nombre d'équipes mobiles ainsi que des équipes basées à Taravao. Cette stratégie en psychiatrie adulte se traduit concrètement dans les chiffres d'activité, puisqu'on voit que le taux d'occupation de psychiatrie adulte a baissé, ou en tout cas, s'est stabilisé, là où ils étaient extrêmement haut avant 2020.

Les durées moyennes de séjour baissent ; nous arrivons à 15,4 jours d'hospitalisation en psychiatrie adulte, ce qui est vraiment cohérent, quand on se compare à d'autres territoires et pays pour une prise en charge psychiatrique adulte. De plus, nous voyons que notre activité en nombre de consultation progresse, ce qui traduit bien cette volonté de prise en charge ambulatoire.

En pédopsychiatrie, historiquement, nous sommes sur une activité seulement ambulatoire, sans lits d'hospitalisation. L'activité est donc concentrée à Papeete.

Depuis 2023, un projet s'est mis en place, mais comme il a débuté en cours d'année, il ne peut pas encore se traduire complètement dans les chiffres. À partir du mois de septembre 2023, un projet a été mis en place pour créer une antenne de consultation en pédopsychiatrie à Taravao.

Donc, c'est un projet encore récent, déployé en septembre, avec quelques difficultés, notamment de localisation géographique. Initialement installé dans les murs de l'hôpital de Taravao, nous avons dû nous reloger dans des bâtiments prêtés par la mairie de Taravao, qui ont malheureusement subi des dommages. Cela nous a amenés encore à nous déplacer.

Donc, l'activité a été impactée par ce sujet de stabilisation des locaux où sont situées nos équipes et où les patients sont accueillis. C'est un projet intéressant qui est un peu finalement dans la lignée des projets portés en psychiatrie adulte, avec un certain succès et en collaboration avec le Fare Tama Hau — que vous avez rencontré juste avant, je crois — et qui vise justement à stabiliser ce type de locaux et à créer des synergies.

Notamment sur la zone de Tahiti sud, parce que c'est Taravao, mais pas seulement, c'est bien l'ensemble de la zone de Tahiti sud. Nous avons beaucoup d'espoir d'avoir une prise en charge de proximité qui, nous l'imaginions, permettra un meilleur accès au soutien des équipes spécialisées en psychiatrie. Ainsi, une prise en charge précoce permettrait de régler certains problèmes qui, sinon, ne cesseraient de croître et aboutiraient à des prises en charge adulte très complexes.

J'ajouterais peut-être que, concernant la partie pédopsychiatrie, nous avons aussi le sujet d'une offre de soin qui ne soit plus seulement ambulatoire, mais aussi hospitalière, pour avoir l'ensemble du panel des activités. Pour l'instant, nous n'avons pas cette activité. Cependant, cela est issue du pôle de santé

mentale (PSM), qui, à terme, devrait permettre l'ouverture de lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie. Et cette fois-ci, avoir une offre complète, à la fois ambulatoire, avec un suivi de territorialisation, permettant d'avoir une cellule ambulatoire qui ne soit pas seulement basée à Papeete, mais aussi au plus proche des populations, notamment sur Tahiti sud, et également de développer une offre de prise en charge hospitalière.

M^{me} Claude Panero : Et sur ce point, je complète la réponse d'Alexis. Le ministre de la santé a récemment décidé — bien qu'il ne soit pas présent, il pourra aussi vous le compléter — de rattacher le pôle de santé mentale au CHPF. Nous sommes donc actuellement en gestion de projet pour ce projet. Les préparations du budget 2025 viendront déjà signifier un certain nombre des opérations. Aujourd'hui, nous travaillons à la préparation de l'ouverture suivie de l'installation et de l'exploitation, avant la montée en puissance du pôle de santé mentale. Effectivement, nous sommes activement mobilisés pour assurer la gestion de ce projet complexe, et nous espérons le mener à bien dans les délais les plus courts surtout.

M^{me} Pascale Haiti : Alors, nous avons bien le projet d'approbation des comptes administratifs. Ce que je trouve malheureux, c'est que nous n'avons pas le compte de tous les services de l'établissement. Nous avons uniquement un résumé de l'hôpital.

Lors de notre dernière visite, nous avons fait le parcours du patient atteint d'une maladie cancéreuse. Lorsque nous sommes passés par le service de radiologie, plusieurs gros problèmes ont été soulevés, mais qui ne figurent pas dans le compte financier. Il serait intéressant d'avoir un compte détaillé des différents services, car, pour la plupart des établissements du Pays, tout est bien détaillé.

Je ne vois pas le vôtre et je m'en excuse, il y a celui-là. Il y a aussi plusieurs échos, moi je ne peux pas. Je préfère me fier à vous. On parle beaucoup de décès à l'hôpital dus au papillomavirus doré. J'aimerais bien que le nombre de décès soit aussi à l'intérieur, parce que là, nous avons uniquement des informations sur les structures, les financements, les problèmes de financement des différents services, et les problèmes de personnel.

Il serait bien que nous, les élus, ayons connaissance du nombre de décès à l'hôpital, que l'on estime quand même assez important selon les échos et ce que nous entendons de droite à gauche. J'aimerais bien que ce soit écrit et confirmé pour éviter toute polémique là-dessus.

Alors, ma deuxième question — et j'en ai pas mal — avant de revenir sur la gestion du pôle de santé mentale. Est-ce que l'hôpital est aujourd'hui en capacité de gérer ce pôle de santé mentale ? Sachant qu'aujourd'hui au niveau de l'hôpital, nous avons un très gros problème, qui malheureusement n'est pas encore au point. Est-ce que d'ici là, vous êtes en capacité et avez le personnel nécessaire pour vous accompagner au niveau de cette structure ?

Ensuite, dans les journaux, nous avons tous vu qu'au centre Tokani, trois chambres ont été scellées et que le psychiatre a été suspendu ou sanctionné. Est-ce qu'il faut sanctionner pour trouver un coupable et dire que nous avons trouvé un coupable et l'avons sanctionné ? Est-ce qu'il faut sanctionner ce médecin, ou est-ce un problème de la direction ? Je pense que la punition est un peu sévère, — c'est mon avis, c'est pourquoi je pose la question en commission aujourd'hui. J'aimerais avoir l'avis des techniciens.

Ensuite, concernant le service de dialyse, on nous dit, bien sûr, que le service de dialyse est surbooké. Je viens de voir sur vos graphiques les différentes évolutions des dialyses qui se font chaque année. Évidemment, nous avons l'évolution. Savez-vous combien de patients exactement sont hospitalisés à ce jour, dans ce service ?

Pourrait-on avoir des chiffres sur les consultations de TEP Scan vers la Nouvelle-Zélande et vers la France ?

M. Cédric Mercadal : On va remonter les questions à l'envers. Le PET Scan Nouvelle-Zélande et France, comme pour Thilda, ce serait bien que la commission demande les statistiques et on peut les fournir. Ce sont des statistiques qui sont tenues par la CPS. On peut faire une demande globale au niveau de la commission des statistiques qui sont demandées. Cela me va bien et cela permet de donner les chiffres les plus à jour et pas des chiffres erronés.

En ce qui concerne la dialyse, oui, on a un souci : ils sont trop lourds aujourd'hui et trop petits, il va falloir l'agrandir. La dernière commission (la COS) avait posé d'énormes problèmes pour des raisons juridiques, on l'a donc décalé. Cette année, il devrait y avoir de nouveau une COS sur la dialyse. Je suis en train de travailler avec l'ARASS pour l'ouverture d'un centre lourd ou la capacité à étendre le centre lourd du CHPF. Les deux projets devront être posés en COS pour permettre de déterminer l'évolution de la dialyse et de la dialyse lourde qui est la plus compliquée. Je rajoute que j'ai parlé avec le président de la cour de comptes qui m'a demandé sur quel domaine je voudrais que l'on travaille l'an prochain. J'ai répondu qu'il paraissait nécessaire de travailler sur la dialyse en Polynésie. Il y aura donc sûrement un rapport CTC en ce sens. Cela va nous permettre au regard de l'obésité, des problèmes de diabète et de tous les problèmes rénaux qui sont créés derrière tout cela d'avoir une vraie prospective et de voir où on en est financièrement, où on sera demain et d'avoir des recommandations de la CTC.

Pour Tokani, je me suis exprimé hier, c'est un cas très particulier qu'on a tous porté. Je crois que tous les gouvernements ont porté Tokani depuis la construction. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut rien faire. Cela veut dire qu'à un moment donné — et c'est prévu avec le pôle de santé mentale —, il va y avoir des chaises musicales pendant un temps parce qu'on va bénéficier du bâtiment. On s'est donc dit qu'on va se servir pendant un temps des chambres qui étaient prévues en haut, le temps de détruire en bas et de reconstruire les cellules d'isolement pour qu'elles soient humaines, parce que c'est cela la réalité. Parce que les autres cellules qui peuvent recueillir ces personnes sont à l'étage, avec d'autres types de personnes qui sont beaucoup moins atteints. Cela sert donc aussi de faire coexister ces populations. Ce sont vraiment des chaises musicales qu'il va falloir employer.

Sur la sanction, je n'ai pas encore d'avis. Je veux avoir le dossier pour savoir où on en est, ce qui s'est passé, qui est la personne, pourquoi elle a agi comme ça, d'un coup, et en absence de son chef de service — il faut le savoir aussi que le chef de service n'était pas là.

M^{me} Pascale Haiti : Je vais juste rebondir un peu sur Tokani. Heureusement pour vous que les familles ne déposent pas plainte pour avoir placé un membre de leur famille dans ces chambres d'un état déplorable, et que l'Hôpital, le ministère ou peut-être le gouvernement ne soit sanctionné. D'où ma réaction : ce personnel mérite-t-il vraiment d'être sanctionné ?

M^{me} Claude Panero : Si vous le permettez, Madame Haiti, je vais vous relater les éléments de contexte qui président à la situation qui apparaît dans la presse aujourd'hui et qui, comme le ministre vient de l'indiquer, est une situation connue depuis de très nombreuses années. Comprendre cette situation, c'est aussi comprendre le fonctionnement de l'unité des soins psychiatriques de Tokani.

Il faut rappeler également que l'unité de soins de Tokani, c'est un rattachement. Je refais un peu l'histoire non pas pour refaire l'histoire, mais le site de Jean Prince, qui abrite aujourd'hui le bâtiment de la psychiatrie, a été rattaché puisque jusqu'alors géré par la Direction de la santé au CHPF en 2004. À l'époque déjà, lorsque ce département a été créé, il s'agissait d'améliorer la prise en charge des patients qui étaient jusqu'alors hébergés et pris en charge à Vaiami dans des conditions qui elles-mêmes résultaient d'une politique de la psychiatrie asilaire, c'est-à-dire dans de vieux concepts de la psychiatrie. Si bien que lorsque ces patients ont été transférés sur le site du Taaone au département de la psychiatrie, évidemment c'était déjà un énorme progrès dans la prise en charge des patients. Cette migration a donc permis d'identifier et d'améliorer la prise en charge des patients. Et aujourd'hui, la capacité globale du département de la psychiatrie est de 66 lits.

Pour revenir au fonctionnement de l'unité Tokani et ce pourquoi elle agit, c'est une unité fermée de soins renforcés de 27 lits : 19 sous le régime ouvert, c'est-à-dire que les patients sont libres de se déplacer

dans l'unité ; 5 sont des lits en unité de soins intensifs ; et 3 chambres sont des chambres de crise, les fameuses cellules dont la presse fait état. Les patients qui sont reçus à Tokani sont des patients qui font l'objet d'une hospitalisation sous contrainte, c'est-à-dire en raison d'un péril imminent, et ils le sont soit à la demande d'un tiers, soit sur décision du représentant de l'État. Et il arrive de manière exceptionnelle que certains patients demandent de façon volontaire à être admis sous ce régime. Les modalités d'hospitalisation dans cette unité dépendent de l'état clinique des patients qui sont pris en charge. Et bien évidemment, dès lors où on est pris en charge dans l'unité de Tokani, les équipes médicales soignantes cherchent le meilleur moyen possible pour évidemment offrir ensuite des modalités d'hospitalisation moins strictes que l'unité fermée.

On l'a évoqué tout à l'heure, le service de psychiatrie a fortement évolué et a fait évoluer ses pratiques puisqu'entre 2014 et 2020, le taux d'occupation dans le département de la psychiatrie était de 100 % et plus. En 2023 et aujourd'hui, il s'établit à 82 %, notamment à la faveur de toutes les démarches et les politiques qui sont menées aujourd'hui d'une psychiatrie hors les murs. La durée moyenne d'hospitalisation a diminué d'un tiers entre 2017 et 2023. Elle s'établit aujourd'hui à 15,42 jours alors que le nombre de patients est en constante augmentation. On a donc emprunté le virage ambulatoire au département de la psychiatrie et, d'une certaine façon, on essaye également de le mettre en œuvre dans l'unité de Tokani, mais celle-ci concentre en effet des problématiques toutes particulières et il faut pouvoir les considérer à l'échelle vraiment très global. L'unité Tokani reflète une offre très insuffisante en hospitalisation complète psychiatrique de la Polynésie. L'application des ratios que l'on constate en métropole porte à 0,8 lits le nombre de lits ouverts en psychiatrie pour 1 000 habitants. Si on applique ce ratio à la Polynésie, il faudrait que notre offre de lits soit de 216. Nous avons aujourd'hui 66 lits en psychiatrie.

L'HAD, les établissements sociaux, médicosociaux, les familles d'accueil thérapeutiques sont des offres alternatives à l'hospitalisation complète. Elles sont encore embryonnaires en Polynésie, vous le savez, et nécessitent un important travail de professionnalisation. Par ailleurs, sous réserve de pouvoir disposer des données actualisées, une dégradation de l'état de santé de la population est perçue. C'est vrai que chacun d'entre nous chemine en ville et se rend compte de ces sujets.

Il y a par ailleurs présence au sein de l'unité de patients avec des séjours particulièrement lourds et peu de perspectives de sortie compte tenu de leur état de santé. Par exemple en Polynésie française, nous n'avons pas d'unités pour malades difficiles telles qu'elles peuvent exister et qui souvent sont concentrées sur des patients dont on n'a pas d'espérance de sortie proche, voire même presque irrémédiable. Dans ce contexte, nous avons donc et depuis toujours à l'Hôpital — c'est un sujet très historique — une extrême difficulté à mener des travaux dans cet environnement, y compris d'ailleurs pour la réfection des chambres qui sont régulièrement dégradées, voire même détruites par les patients. Ceci a pour conséquence que les travaux globaux de mise en conformité que nous avons préparés de nombreuses années n'ont jamais pu être lancés, puisqu'ils impliquent nécessairement de déplacer les patients vers un environnement présentant un même niveau de sécurité pour eux, mais aussi pour les autres patients et pour les professionnels de santé. Or ces locaux alternatifs n'existent pas aujourd'hui. Dans les autres secteurs de département de psychiatrie, je voudrais également pouvoir dire que dès lors où tous ces travaux ont pu être menés, ils l'ont été puisque nous avons en effet rénové beaucoup de chambres d'apaisement pour précisément répondre à l'ensemble des standards qui nous sont imposés.

Je voudrais aussi pouvoir dire — et cela éclaire l'affaire dont il est question puisqu'il y a beaucoup de choses qui ne sont pas fondées sur la réalité des faits — que les chambres de crise dites « cellules » ont fait l'objet d'une décision administrative de fermeture. Néanmoins, compte tenu de la file active et de la variabilité de l'activité quotidienne au département de la psychiatrie, ces cellules peuvent être irrégulièrement et exceptionnellement occupées. Dans quelles conditions ? Elles peuvent servir, portes ouvertes, comme un hébergement transitoire en attente du lit conventionnel qui sera offert au patient pris en charge. Elles peuvent également être mises en œuvre pour les mesures d'isolement en contention qui sont rendues nécessaires par l'état de santé du patient. Et je rappelle à cet égard que leur utilisation en matière d'isolement en contention n'est autorisée qu'en ultime recours sur prescription médicale, parce qu'elle est nécessitée par une situation de dangerosité mettant en jeu la sécurité du patient, celle

des autres patients ou du personnel, et doit faire l'objet systématiquement d'une autorisation de l'administrateur de garde. Au cas particulier des situations qui sont relatées dans la presse, jamais l'administrateur de garde n'a été appelé, ce qui est donc une démonstration que ces chambres étaient inoccupées.

La perspective de l'ouverture du pôle de santé mentale permettra bien évidemment d'envisager de procéder aux travaux de mise aux normes nécessaires en déplaçant l'unité de Tokani. Ce projet fait partie de nos projets de prérequis sur l'ouverture du pôle de santé mentale et bien évidemment, nous veillerons à les organiser.

Par ailleurs, la presse a aussi pu se faire l'écho de l'inspection du contrôleur général du lieu des privations de liberté en 2022 au sein de notre établissement. Je rappelle que ce n'est pas la première fois puisque son rôle est de venir régulièrement au CHPF, dans les établissements pénitentiaires, etc. Il était déjà venu en 2012 et le CHPF avait alors pris en compte au moins neuf, même partiellement, des recommandations qu'il avait pu faire. La visite du mois d'avril 2022 a donné lieu à 34 recommandations sur un large éventail qui va des modalités de réchauffement des plats à des problématiques d'organisation des soins ou aux interactions avec l'administration pénitentiaire.

Dans le cadre de la phase contradictoire qui a immédiatement suivi cette visite, le CHPF a déjà pris en compte, après cette visite, 11 des recommandations qui ont été faites. Et il convient également de noter — puisque ce fut un point important aussi de sa visite — que le contrôleur général des lieux de privation de liberté a pu noter dans son propos introductif la bonne intégration du service de psychiatrie et le soutien dont il bénéficie.

Il souligne donc l'implication des équipes et la proximité dans la prise en charge bien sûr des patients. Il rappelle les déficiences de l'offre alternative d'hospitalisation, celle qui nous permettrait évidemment de régler une grosse partie des sujets qui sont sous-jacents au travers de la situation qui a été portée. Enfin, il indique que le CHPF est engagé dans une démarche d'amélioration des conditions de prise en charge des patients et de respect de leurs droits fondamentaux.

Tout cela pour vous dire que la situation n'est pas que le reflet de ce que pourra dire quelqu'un qui vandalise les chambres d'un établissement — je dis bien « vandaliser » —, qui est dans une logique d'un acte isolé aujourd'hui proscrite par son chef de service, enfin je dirais désapprouvé par son chef de service et par l'ensemble de la communauté hospitalière, en tout cas médicale et soignante.

Le sujet est complexe parce que l'on peut toujours être dans une position presque hypertrophique de faire le bien ou de penser que tout ce qui est indignité doit nous pousser à mener ce type d'actes mais, en réalité, la problématique institutionnelle, la problématique territoriale, la problématique de cette prise en charge est complexe et la réalité du terrain confronte les équipes médicales aujourd'hui à des sujets qu'elles ont cherchées à encadrer au mieux possible et que la direction cherche à encadrer au mieux possible avec les moyens dont elle dispose. Que faudrait-il faire puisque ceux dont nous parlons là sont des patients qui mettent en jeu leur propre sécurité mais également celle des personnes qui les prennent en charge ou des patients qui sont à leur côté ?

Encore une fois, la problématique est vraiment très importante et, à aujourd'hui, tout est fait administrativement pour que l'utilisation de ces chambres n'ait pas lieu. Elles sont fermées et lorsqu'elles sont obligées d'être utilisées, je viens d'en expliquer les conditions, et elles le sont toujours dans un cadre exceptionnel, qui dans le bénéfice du risque, fait voir peser au prescripteur médical, le risque de dire, est-ce qu'il y a un danger au final pour la vie d'autrui ?

Voilà la réalité de la situation face à laquelle nous nous trouvons.

Ensuite, il m'est posée la question de savoir « il est injuste de sanctionner une personne ». Mais, ce que relate la presse est faux ! A aujourd'hui, aucune disposition n'a été prise qui permette de dire cela. Et

bien évidemment, mon rôle et celui du ministre est d'apprécier chaque élément factuel, chaque appréciation, de porter et d'analyser des éléments de situations factuels et objectifs.

Donc à date, je puis vous assurer, Madame Haiti, qu'il n'y a pas de décision de cette nature qui ait été prise, et que le sujet, vous le voyez, est complexe à de multiples égards pour avoir une réponse aussi simple.

M. Alexis Goubert : Vous posiez une question aussi sur l'activité d'imagerie suite à la visite que vous aviez faite.

M^{me} Pascale Haiti : Effectivement, dans ce rapport, nous n'avons pas le détail de chaque service. Lorsque la plupart des établissements publics viennent présenter leurs comptes, nous avons vraiment le détail de chaque service. Là, nous manquons de beaucoup d'éléments.

Lors de notre visite, nous étions au service de l'imagerie et beaucoup de problèmes ont été soulevés. Je n'irai pas dans le détail mais je sais que c'est très compliqué. En effet, ils sont obligés de prendre des prestataires de l'extérieur pour venir renforcer un peu l'équipe et cela coûte beaucoup trop cher. Ils demandent et comprennent qu'il s'agit d'un problème de recrutement.

Il faut savoir que, dans le domaine de la santé, beaucoup de ceux qui sortent de l'école de médecine aiment intégrer l'Hôpital pour plusieurs raisons dont l'expérience puisqu'ils touchent à toutes les pathologies, ce qui renforce leur expérience. Après, libre à eux d'aller dans le privé, mais je pense que c'est vraiment un bon tremplin pour tous ceux qui peuvent, dès qu'ils sortent de l'école de médecine, intégrer l'Hôpital qui fait vraiment une bonne formation déjà pour eux.

Enfin, je sais que la cheffe de service, que j'ai rencontrée deux fois, soulève beaucoup ce problème de manque de personnel, surtout lorsque les urgences (SAMU) sont en ébullition, ils sont en manque de personnel d'interprétation de radio.

On va dire que l'Hôpital doit fonctionner un peu comme un hôtel 7 étoiles, c'est-à-dire qu'il doit tourner au moins 7 jours sur 7 et 24/24 non-stop pour tous les services concernés. Je trouve dommage qu'il ne figure pas à l'intérieur de ce rapport, c'est tout.

M. Alexis Goubert : J'entends votre remarque, néanmoins, je peux peut-être apporter des éléments d'information sur ce cas précis.

Effectivement, quand vous étiez venu courant 2023, le service d'imagerie avait vraiment une situation particulièrement critique puisque sur les 7 postes de médecin radiologue, on était arrivé à un moment donné où l'on avait quasiment plus que deux à trois postes seulement pourvus, alors même que, comme vous l'avez dit, étant un établissement de dernier recours et ayant notre service d'urgence, on a un besoin de maintenir une activité h24 et 7/7 jours et d'avoir des radiologues disponibles sur l'ensemble des plages horaires et tous les jours de l'année.

Cette situation était liée effectivement à un sujet hyper concurrentiel sur la ressource radiologue qui, dans d'autres métiers ou spécialités médicales, à tendance à être considéré juste sous un angle d'activité publique, d'activité privée, et cela c'est historique et on le sait.

Effectivement, chacun a ses forces et faiblesses et il y a effectivement des gens qui se dédient à une carrière hospitalière parce qu'ils voient un intérêt, une force d'un plateau technique important, d'activités complexes et, du coup, ils s'orientent vers cela même si, effectivement, sur l'aspect rémunération, il peut y avoir des différences ; c'est historique et classique.

Maintenant, ce qui distingue l'activité de radiologie, c'est qu'outre cette activité publique et cette activité libérale, est apparu l'activité de radiologie à domicile, c'est-à-dire la téléradiologie. Cette activité de téléradiologie est un nouvel élément. C'est-à-dire que l'on peut être, plus seulement dans une activité

privée dans laquelle on doit quand même investir dans un cabinet privé, etc. La téléradiologie, c'est quoi ? C'est que l'on peut avoir une activité qui n'est ni associée à un plateau technique d'une clinique ou d'un hôpital et on peut être chez soi via une plateforme numérique pour travailler et avoir, du coup, une souplesse de travail extrême et des rémunérations aussi tout à fait extrêmes. Et donc, cette activité tout à fait nouvelle a pu attirer un grand nombre de radiologues et déstabiliser notre hôpital, comme d'autres structures et services de radiologie.

À ce titre, cela nous a amené à interpellier aussi l'ordre des médecins local par rapport à la situation, mais l'on n'a pas forcément tous les retours. Peut-être que le ministre a plus d'éléments par rapport à cela.

Après, ce qui a pu être fait au niveau de l'établissement, c'est bien sûr d'être au plus proche des équipes médicales restantes pour bâtir un projet ensemble. Ce qui a été fait, c'est de chercher à les soulager des activités avec la plus-value la moins importante et c'est typiquement tout ce qui est radiologie standard des urgences qui pourtant sont à faire mais qui ne sont pas forcément l'élément d'attractivité d'un radiologue pour venir chez nous. Ces activités-là ont pu être délestées des radiologues et ont été traitées sous la forme de la télésanté. On a eu recours à la télésanté pour soulager nos propres radiologues et faire en sorte que l'activité d'un radiologue au CHPF soit intéressante, attractive et, en même temps, que l'on réponde aux besoins des urgences. On a donc pu mener cette opération avec succès, c'est-à-dire que les urgentistes sont heureux d'avoir leurs examens de radio en urgence traités et nos radiologues sont contents d'être soulagés de cette activité-là.

Par ailleurs, on a pu aussi soulager nos radiologues pour la partie de la permanence des soins lors de la nuit profonde, c'est-à-dire l'activité qui se déroule entre minuit et 5 heures du matin qui est difficile à soutenir surtout quand on est à effectif réduit. Là aussi, on a fait appel à une activité de téléradiologie pour les soulager de cela et avec plutôt un certain succès et sans surcoût d'ailleurs pour l'établissement.

Grâce à cela notamment — il n'y a pas eu que cela mais je vous donne les principaux éléments —, il se trouve qu'aujourd'hui, on a amélioré la situation puisqu'aujourd'hui on a l'ensemble de l'équipe des radiologues qui est pourvu. On a réussi à re-stabiliser. L'ensemble des postes sont pourvus, c'est-à-dire qu'on a encore beaucoup de contractuels, c'est-à-dire de contrats de relativement courte durée, mais on a quand même réussi à remonter les effectifs de radiologie et du coup recréer un environnement plus favorable. Après, vous savez que c'est un cercle vicieux : plus les radiologues sont peu nombreux, plus l'exercice devient difficile et du coup moins on est attractif pour accueillir de nouveaux radiologues. On a donc réussi aujourd'hui à avoir les 7 postes de radiologue pourvus et à maintenir nos activités.

Au-delà de cela, on a même réussi à se concentrer sur les activités où on est le plus attendu au niveau du territoire, et c'est notamment les activités liées à l'oncologie, c'est-à-dire le scanner et l'IRM. Et par rapport à cela, on n'a pas seulement pourvu nos postes, on a même augmenté nos plages horaires, c'est à dire que, typiquement, l'IRM, qui était ouvert en semaine sur 8 heures par jour tous les jours de la semaine en 2021, 2022 et 2023, est passé à 12 heures, ce qui a permis de réduire d'un tiers ou un peu plus nos délais d'accès à l'IRM.

Après, je ne dis pas que tout est bon, mais on voit une nette évolution entre 2023 et 2024, même si cela reste un défi, dans cet environnement hyper concurrentiel, de maintenir une activité d'imagerie, des équipes et une continuité des soins. C'est vraiment un défi quotidien en continu pour nous et bien sûr la cheffe de service d'imagerie.

À noter aussi, par rapport aux effectifs des radiologues, on a — la cheffe de service en particulier — aussi bien sûr à observer les étudiants en médecine polynésiens qui font actuellement leur formation. Il se trouve que certains ont pris la filière imagerie et cela est plutôt intéressant. Il est possible que l'on accueille certains de ces étudiants l'année prochaine, notamment sous un format d'assistant à temps partagé. Une médecin polynésienne qui est en fin de cursus pourrait peut-être arriver chez nous en fin d'année prochaine et notamment spécialisée dans ce que l'on appelle l'imagerie interventionnelle. Vous savez que l'imagerie, c'est historiquement ce que l'on appelle l'imagerie diagnostique (IRM, scanner

etc.), et, de plus en plus, il y a le développement de ce que l'on appelle l'imagerie interventionnelle pour notamment tout ce qui est de la prise en charge de l'AVC, etc. Ce médecin polynésien s'est donc spécialisé là-dedans et c'est un élément extrêmement intéressant pour nous. De ce fait, on essaie aussi de la capter et de créer l'environnement qui lui sera favorable aussi pour développer cette activité à l'avenir.

M. Cédric Mercadal : On a saisi le Conseil de l'ordre et on a eu une vraie discussion. Ils ont proposé quelque chose et sont en train de travailler dessus : c'est une évolution de la réglementation sur les obligations en matière de déontologie, avec une obligation de 10 % d'activité de terrain et pas qu'en e-imagerie pour pouvoir exercer en réalité. Cela permettra à ces gens-là de donner une quote-part de leur temps à la fonction publique et cela fera du bien au domaine de l'imagerie. En effet, aujourd'hui, on peut assister à 7 ou 8 sur la place minimum qui ne travaillent que de chez eux en dehors de tout cadre et ils le font pour d'autres pays.

M^{me} Pascale Haiti : Toujours dans l'imagerie, nous avons un ancien radiologue qui a été chef de service à l'Hôpital il y a très longtemps et qui est à la retraite, mais qui aujourd'hui est très sollicité par la Nouvelle-Calédonie et même par la métropole. Je ne veux pas citer son nom mais je vais quand même le dire pour que ce soit clair et qu'on ait une discussion transparente : il s'agit du D^r Marjou. La dernière fois, je lui ai posé la question de savoir s'il travaillait avec vu le problème de manque de personnel en radiologie, et il m'a répondu que « non, pas du tout » parce qu'apparemment il n'a pas le droit et ne peut pas travailler. Il avait déjà demandé à faire de la consultation puisque c'est ce qu'il fait : il fait une consultation en visio, puis on lui envoie les radios par internet et il interprète.

À aujourd'hui, je pense qu'il y a d'autres radiologues polynésiens qui sont chez nous et, malheureusement, ils ne peuvent pas intervenir au niveau de l'Hôpital, ce que je trouve dommage, surtout pour ceux qui sont encore en capacité d'interpréter des radios et d'être encore efficaces.

En tous les cas, ils travaillent beaucoup avec la Calédonie et avec la France. Est-ce le cas aussi dans d'autres corps de métier ? C'est François Marjou, je crois.

M. Alexis Goubert : Sur le soutien et les collaborations qui peuvent se nouer entre nos radiologues du territoire, qu'ils soient publics et privés, c'est un sujet historique. D'ailleurs, je crois que le docteur Marjou aussi venait au CHPF avant que les libéraux aient leur propre IRM. Il y avait déjà des partenariats publics-privés où, sur certaines plages horaires du soir notamment, les radiologues libéraux, n'ayant pas leur propre IRM, venaient au CHPF et faisaient physiquement la prise en charge de leur patient. Il y avait donc finalement un dispositif qui était plutôt intéressant pour le patient puisque cela lui permettait une prise en charge et de choisir son médecin, et pour le libéral puisqu'il se trouvait en activité et accédait à un plateau technique lourd. Et c'était intéressant pour nous aussi puisque cela permettait d'optimiser notre plateau technique.

Lorsque l'IRM privé s'est ouverte, on a demandé aux libéraux s'il cherchait à maintenir ce dispositif. Ils avaient décliné, préférant bien sûr se concentrer sur leur propre IRM où ils avaient fait de gros investissements. Dans la situation qu'on a connue ces derniers mois, on a pu avec Caroline Feidt, la cheffe de service d'imagerie, s'interroger à nouveau sur le fait qu'il puisse peut-être y avoir de nouveau un tel dispositif de venue de radiologues chez nous. Des retours qui ont été remontés par Caroline, on comprend que les radiologues libéraux de Polynésie ne sont *a priori* pas intéressés pour venir physiquement dans nos murs sur des plages horaires tardives ou le week-end. En revanche, ils pourraient être intéressés à rester dans leur cabinet libéral en ville et interpréter nos images par télé-imagerie. Cela a été discuté avec Caroline Feidt, notre cheffe du service d'imagerie. Pour l'instant, cela n'a pas obtenu une adhésion extrêmement forte considérant que ce n'était pas ça qu'il fallait mais plutôt une venue physique dans nos murs.

Je peux juste ajouter en termes de collaboration publique-privée que l'on est en train de travailler sur une nouvelle radiologue qui a obtenu un conventionnement. Il s'agit du docteur Prisca Arthur qui vient d'obtenir une convention en début d'année et qui serait intéressée de venir sur certaines plages horaires d'accès à nos plateaux techniques, dans un dispositif qui est un peu comme ce qu'on avait connu il y

avait trois ou quatre ans. On est donc ouvert à cela et on est en train de d'échanger avec elle sur une convention pour lui offrir un accès à l'IRM en l'occurrence, et potentiellement au scanner, accès qui pourrait se faire le vendredi après-midi ou peut-être même le samedi. Ce sont des choses qui sont en train de s'affiner.

M. Cédric Mercadal : Je vais devoir vous abandonner, je suis vraiment désolé. Je sais que ma directrice va répondre aux questions et qu'il n'y a pas de questions là-dessus. Par contre, mes collaborateurs sont tout nouveaux. Ils ne sont pas au courant de tous les dossiers mais ils prendront les questions au cas où et je vous répondrai par écrit autant que de besoin.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : Monsieur le ministre, avant que vous partiez, vous avez fait un audit en arrivant sur tout le fonctionnement du CHPF en 2022-2023, lorsqu'il y a eu les médecins qui ont commencé à faire front. Serait-ce possible d'avoir ce rapport avant la séance ? On ne l'a pas reçu.

M^{me} Pascale Haiti : En fait, cela ne date pas de ce gouvernement.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : Oui, mais je sais que c'est lui qui l'a commandé à l'arrivée.

M. Cédric Mercadal : On n'a pas eu d'audit à part l'audit RH qui a été diligenté là dernièrement, au mois de juillet. On avait demandé à l'IGAS et à l'IGA d'intervenir, ils n'ont jamais répondu, clairement. On avait demandé un accompagnement. D'ailleurs ce n'était pas un audit, c'était une prise de connaissance et un accompagnement. Mais l'État ne nous a jamais répondu sur cette question. Par contre, quand ils étaient venus en février, ils nous avaient dit que dans le cadre de la future convention État-Pays, ils nous accompagneraient sur l'hôpital. On en était là.

En ce qui concerne l'audit qui a été diligenté, c'est un audit RH pour comprendre les demandes de nos professionnels de santé et c'est en cours de

M^{me} Pascale Haiti : Pour aider un peu ma collègue, il y a un audit qui est pas mal et qui a été commandé lorsqu'on a voulu reconduire les conventions État-Pays, il me semble. Ce n'est pas un audit, c'est plutôt un rapport qui est très complet où figure l'Hôpital, la CPS et toute la partie évasan sur l'ensemble de la Polynésie. Je pense que ce n'était pas sous votre gestion mais celle d'avant. C'est une commission qui vient de Paris qui l'a fait, et justement, elle ne comprenait pas pourquoi il y avait une augmentation financière sur les conventions État-Pays-Santé. Ils sont donc venus sur le terrain pour vérifier et c'est la première fois qu'ils font toutes les îles. Le rapport est vraiment très, très complet. Je l'ai lu, il est très gros. On peut l'avoir à l'ARASS à qui j'ai demandé et les données sont quand même récentes.

M. Cédric Mercadal : Vous verrez avec l'ARASS. Mais si vous avez les références du rapport, on se mettra en contact avec l'ARASS.

Je vais vous abandonner, je vous laisse entre de bonnes mains.

M^{me} Claude Panero : On n'a pas répondu à toutes les questions de Madame Haiti-Flosse, notamment sur la dialyse. Vous avez posé la question de savoir combien de patients étaient pris en charge à l'hôpital et selon quelle capacité. On n'a pas les chiffres ici, mais en tête, on a aujourd'hui entre 170 et 177 patients par semaine qui sont accueillis à l'hôpital. Je décompte là les replis et les patients éligibles au centre d'hémodialyse de l'établissement. Notre capacité est de 184 patients sur les 24 postes dont nous disposons à aujourd'hui. Depuis déjà plusieurs années, on travaille à un projet et le sujet des séquençages d'investissement et de leur adoption prend un petit peu de temps. Mais pour autant, on réitérera au budget 2025 le financement du projet d'extension de notre capacité à huit postes. Sachant qu'avant cela, nous avons obtenu sur le budget 2024 un financement pour nous permettre d'acquérir un nouvel osmoseur et donc de sécuriser notre boucle d'eau. Par conséquent, on est sur ce projet et on est en lien très direct avec les équipes et le ministère, surtout l'environnement qui intéresse en effet l'extension des capacités du centre lourd de notre établissement.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Si vous permettez, je vais revenir sur la partie psychiatrie dans le style amélioration avec deux parties : une partie structurelle et une partie perspective. J'ai connu Vaiami nord et Vaiami sud où je visitais les personnes à l'époque, et c'est vrai que c'était une honte. La cellule de crise faisait 1,5 par 2,5 mètres avec un petit matelas en Skai, aucun meuble et un petit trou dans le coin pour les besoins. C'était vraiment terrible à voir ! Il y avait une grande porte très dure et une petite lucarne tout en haut. J'ai visité Tokani à sa création, je vais dire que c'était plus humain. Quelque part, on avait vraiment amélioré les choses.

C'est sûr que les personnes à l'intérieur sont les mêmes : vous avez les « zombies » qui tournent et qui tournent ; et vous avez ceux qui cassent tout, d'où certainement le vandalisme. Mais en fin de compte, ce sont des structures de passage pour aller mieux si on peut dire, c'est un peu comme des foyers d'accueil d'urgence. Or ce n'est pas toujours le cas comme vous le signalez tout à l'heure où parfois le délai de séjour pour certains peut être plus important.

Vous parliez donc de 66 lits. Dès qu'on a une tentative de suicide, c'est normalement la case où on dirige les personnes. De ce que j'ai pu observer, quand on a les moyens, on peut s'en échapper. J'ai connu des personnes ici, la fille même d'un élu important qui a été à la Clinique Paofai par exemple, avec bien sûr le panneau « Interdit aux visites ». Il y a donc des alternatives suivant le statut des personnes. Alors qu'à Vaiami, j'y ai vu des infirmières, des psychologues, des personnes de tout statut.

Après, vous parliez de 216 lits que l'on aurait besoin.

M^{me} Claude Panero : C'est une comparaison avec les ratios métropolitains.

M^{me} Thilda Garbutt-Harehoe : Mais, si on prenait par exemple tous les dossiers de Cotorep, c'est sûr qu'on aurait besoin de beaucoup plus que 216 lits. Et vous parliez tout à l'heure des familles d'accueil thérapeutiques qui ont toujours existé pour un petit nombre d'entre elles. Certaines ont dû fermer parce qu'on arrivait à une maltraitance. Elles ont donc été cataloguées comme telles et on a dû fermer par la DSFE, la DAS à l'époque. Mais on oublie que certaines familles gardent ces malades chez elles et se débrouillent tant bien que mal, avec aussi certainement une partie maltraitance, mais aussi surtout parce qu'elles ont le revenu qu'il faut pour faire tourner la maison.

Et que dire des maladies de démence, telle qu'Alzheimer, qui vont pointer leur nez puisqu'on a une population qui va vieillir ? C'est ce qu'on nous annonce. Je suis dans l'amélioration des choses. Tout ce secteur psychiatrique en perspective, il faudrait y penser et voir, comme on disait, pour ne pas mélanger les personnes puisqu'il y a des degrés différents. Des personnes âgées avec des personnes qui sont comme cela, il ne faut pas les mélanger. Il faudrait donc trouver une disposition de telle manière que certaines chambres ne voient pas tout le monde, mais c'est à réfléchir. On est dans un système où on a transposé Vaiami à un peu mieux mais dans la perspective de tout ce qui va nous arriver là, on aurait besoin d'autres choses. Et quand les familles ont des enfants qui sont en crise où elles sont menacées, elles ne le disent peut-être pas parce que c'est leur enfant et qu'elles veulent en prendre soin jusqu'au bout. Mais elles sont tapées dessus, elles subissent de la maltraitance. On aurait besoin que ces personnes soufflent en accueillant pendant un temps ces personnes. C'est pareil pour les enfants, il y a des enfants où les parents sont tellement derrière en pédopsychiatrie qu'il y a un besoin. Même la DSFE me l'avait dit dans une discussion que certaines familles ont besoin d'un petit moment de répit pour souffler. C'est dans les perspectives. On n'est pas là pour cela, mais dans la conception des futurs bâtiments, il faut y penser.

M^{me} Pauline Niva : Juste pour information, il y aura le congrès des communes qui se fera au mois de septembre, et la thématique retenue concerne la démographie, notamment la baisse de la natalité en Polynésie Française. Lors de notre dernier passage au CHPF, nous avons visité le service de maternité, non nous n'avons pas visité. Vous nous aviez parlé de « pousser les murs » parce qu'il y avait moins de naissance, c'est bien cela ?

Au niveau de la PSG, nous savons que le portefeuille des allocations familiales présente un excédent. Il y a beaucoup d'argent parce que nous cotisons pour les prestations familiales, mais il n'y a pas assez d'enfants pour en bénéficier.

Ma question est la suivante : dans l'organisation ou dans l'objectif de 'Avei'a 2030, parce que, de plus en plus, l'idée dans ce congrès des communes est de faire prendre conscience aux maires de cette démographie où la natalité est vraiment en baisse, donc ils sont en train de fermer des écoles. Voilà, il y a des enjeux économiques structurant derrière tout cela. Donc, pour 'Avei'a 2030 par exemple, je ne dis pas qu'il y aura un *baby-boom* d'ici 5 ans, mais est-ce que dans 'Avei'a 2030 il est prévu, après avoir poussé les murs pour absorber les autres services qui ont besoin d'espace, de remettre ces murs en fonction pour la maternité et pour les naissances à venir ? Ça va venir. Merci.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : En fait, c'était également dans la continuité de ce que disait Thilda. Cela fait longtemps que nous entendons parler de la construction du bâtiment de psychiatrie, etc. Vous prévoyez de l'ouvrir quand ?

M^{me} Claude Panero : Alors, je vais peut-être répondre à cette question, qui est effectivement plus courte à poser. Il faut bien prendre conscience que le rattachement, ou en tout cas l'officialisation du rattachement du PSM au CHPF, ne date que de quelques semaines, puisque nous avons eu cette décision ministérielle au mois de juillet. Mais à aujourd'hui, j'avais encore un comité de pilotage hier sur ce sujet, et nous avons un rétroplanning qui pourrait être de l'ordre de la fin du premier quadrimestre de l'année prochaine. En effet, le sujet de la livraison, la réception du certificat de conformité, bref, il y a toute une série d'opérations techniques. Nous devons également mener des opérations techniques sur le bâtiment lui-même pour le connecter véritablement avec le MCO. Comme vous le savez peut-être, ou comme vous auriez pu avoir l'occasion de le visiter, il y a des tunnels qui connectent la logistique et les flux de l'hôpital. Donc, il y a un temps de préparation technique à opérer, ainsi que la préparation des budgets.

Dans nos prévisions, nous souhaitons vraiment essayer de l'ouvrir le plus rapidement possible, mais cette date, pour le moment ne peut pas encore être officialisée. Cependant, notre espoir serait de l'ouvrir à la fin du premier quadrimestre de l'année 2025.

Pour répondre aussi aux remarques pertinentes de Madame Garbutt, je dirais que tout l'enjeu, à travers du pôle de santé mentale, est de ne pas faire du CHPF l'hôpital qui centralise la santé mentale au moment de son ouverture. L'enjeu pour demain, que je pense que le ministre porte également à travers le schéma d'organisation sanitaire ou un plan de santé mentale à rénover, est de mettre en réseau tous les acteurs autour de la santé mentale, y compris les communes. Ce sont aujourd'hui des enjeux qui concernent tous les acteurs publics. Que ce soit les familles thérapeutiques ou les structures médico-sociales, l'idée est vraiment de faire en sorte que l'hôpital rayonne, parce qu'il y a des sujets d'hospitalisation. Nous sommes un peu sur le sujet plus terminal d'une prise en charge lorsqu'on hospitalise. Mais, l'enjeu pour la Polynésie est probablement d'animer tout ce réseau, y compris sur les archipels éloignés.

Au-delà de l'ouverture des activités du PCM telles qu'elles ont été initialement prévues, il y aura probablement des enjeux encore plus grands, qui dépasseront le CHPF et susciteront probablement des travaux avec l'ensemble des tutelles.

Pour répondre à la question que tu poses, Pauline, le projet d'établissement aujourd'hui est un projet qui pose une perspective pour la Politique publique hospitalière à échéance 2030, à date des éléments démographiques et des indicateurs épidémiologiques que nous avons.

Bien évidemment, il est malléable et possible de « l'avenanter » dès lors où nous aurons des courbes démographiques ou épidémiologiques différentes. C'est quelque chose qui va évidemment bouger. Cependant, ce que pose le projet d'établissement, c'est plutôt le constat d'un vieillissement de la population et, par conséquent, d'ouvrir de nouvelles activités, comme la gériatrie, autour des nouvelles activités que nous devons déployer, ou des services de médecine polyvalente pour traiter la poly pathologie de personnes âgées.

En somme, il y a des sujets qui, aujourd'hui, nous intéressent pour la réalité des prises en charge et des flux de patients. Mais bien évidemment, c'est un projet et un hôpital adaptable à toute situation, et les choses pourront aisément bouger si nécessaire.

M^{me} Teave Boudouani-Chaumette : La gériatrie devient-elle une actualité vu le vieillissement de la population ?

M. Alexis Goubert : On observe effectivement un vieillissement de la population. Je n'ai plus le chiffre en tête, mais notre patientèle hospitalisée, presque tous les, un ou deux ans, prend un an de plus. C'est bien l'illustration que, rien que pour nos patients hospitalisés, les patients sont de plus en plus âgés quand ils viennent nous consulter, et c'est quelque chose qui s'observe aussi dans la population générale.

Nous avons un souci parce que médicalement, les prises en charge de patients âgés sont complexes, souvent polyopathologiques. Ces prises en charge doivent être maillées de manière cohérente et collaborative. Ce n'est pas juste un pneumologue d'un côté et un neurologue de l'autre ; c'est des prises en charges qui doivent vraiment être menées.

À ce stade, nous n'en sommes pas encore là, bien sûr, mais cela figure dans le suivi du vieillissement de la population, notamment pour la prise en charge des personnes âgées, que ce soit à travers des maladies telles que l'Alzheimer ou des pathologies du vieillissement et à la polypathologie d'un corps qui se dégrade. C'est bien sûr quelque chose qui figure dans le projet de l'établissement, mais avec une approche progressive, en escalier. La première approche étant de constituer rapidement, et nous avons un projet par rapport à cela, de créer une équipe mobile de gériatrie. Il ne s'agit pas de créer des lits de gériatrie, mais bien de former une équipe mobile pour que ces personnes aient des interlocuteurs qui considèrent l'ensemble de leurs maux. C'est quelque chose qui devrait se déployer, on l'espère, avec un coût raisonnable, parce qu'il ne s'agit pas de créer des lits, mais simplement d'adapter notre prise en charge aux spécificités de ces patients.

Et dans ce cadre-là, nous espérons une adaptation de nos prises en charges dès l'année prochaine, au travers de ce projet d'une équipe mobile de gériatrie. À terme, bien sûr, se posera peut-être le souci à la fois des lits de gériatrie à l'hôpital, mais aussi au niveau territorial. Je pense que ce sont des choses qui seront probablement discutées dans le cadre des travaux que mènera le ministère sur le nouveau schéma d'organisation sanitaire. Sur les structures d'amont ou d'aval, nous savons que dans les pays qui ont une population qui vieillit, notre population reste relativement jeune en comparaison à d'autres pays. Ces pays, avec une population beaucoup plus vieille, ont parfois opté pour des structures spécialisées, notamment pour la prise en charge de l'Alzheimer ou d'autres pathologies de ce type. Il est donc possible que le SOS, figurera aussi d'autres structures, en dehors de l'hôpital, qui viendraient compléter les prises en charges spécialisées en gériatrie que pourrait offrir le CHPF.

Pour répondre à toutes les questions que vous pourriez poser, il y a celle de Pascale Haiti Flosse sur les décès, à laquelle nous n'avons pas encore répondu. En 2023, le CHPF a enregistré 459 décès, un chiffre qui ne figurait effectivement pas les éléments que vous avez reçus. Sur ces 459 décès, je n'ai pas les détails à vous présenter ici, mais trois grands domaines ressortent comme principales causes de décès : en premier lieu, les maladies cardiovasculaires, en second lieu, l'oncologie et en troisième, les pathologies respiratoires. Ce sont les grands domaines qui conduisent malheureusement à un décès que l'on peut observer parmi les décès enregistrés en 2023. Cette tendance de 459 décès est effectivement plutôt dans la tendance historique.

M^{me} Claude Panero : En ce qui concerne la moyenne des décès, elle reste assez constante et linéaire. Notre établissement enregistre une moyenne de, environ 1.5 par jour pour l'année 2023. Dans les années précédentes, nous étions parfois à 1,8. Ainsi, nous sommes à peu près à 2 décès par jour à l'hôpital aujourd'hui et de façon assez constante.

Je reviens aussi parce qu'on est transparent sur l'ensemble de nos réponses. Pour le questionnaire sur les causes, je n'ai pas cette information pour l'instant, mais nous nous documenterons à ce sujet. Sachez

que la politique qualité et gestion des risques sont vraiment des choses qui me tiennent à cœur à l'hôpital. L'année dernière, j'ai demandé à la direction de la qualité de documenter un organigramme de la qualité au sein de notre établissement.

Nous aurons le 11 septembre un comité de pilotage de la qualité à l'échelle institutionnelle, avec l'ensemble des équipes médicales concernées, parce que je souhaite vraiment que la qualité soit au cœur de l'activité des services de soins et du suivi des cadres de santé. C'est vraiment quelque chose qui est extrêmement important. Nous sommes très organisés et bien outillés, mais il y a aujourd'hui un besoin d'appropriation institutionnelle encore plus grand sur ces enjeux de la qualité.

Nous faisons de la qualité, je vous rassure, à l'hôpital, et nous suivons la qualité. Cependant, d'un point de vue d'appropriation institutionnelle, l'idée serait peut-être, pourquoi pas, de lancer des années institutionnelles autour de la qualité, comme par exemple la prise en charge de la douleur, et de faire que tous les services se mobilisent autour de cette thématique. Il y a donc aujourd'hui un véritable besoin de faire vivre ces enjeux institutionnels. Mais sur le point spécifique qui a été indiqué, je demanderai néanmoins des précisions.

M. Alexis Goubert : Et j'ai aussi une dernière réponse à une question qui a été posée. Je n'avais pas le chiffre en tête, c'était par rapport à l'hospitel, concernant les chambres indisponibles à date.

À date, il y a trois chambres indisponibles, dont deux chambres PMR. Ce n'est pas un nombre colossal, c'est beaucoup moins important que le nombre de chambres indisponibles que nous avons pu observer en 2022-2023. En effet, de gros travaux ont été menés, et parmi ces trois chambres indisponibles, une pourrait probablement être remise en état rapidement. En revanche, les deux autres, qui font l'objet de problèmes de canalisation d'eau, nécessitent des travaux plus importants, et la disponibilité de ces chambres risque d'être plus lointaine.

M^{me} Pauline Niva : Petite question Madame la directrice, est-ce qu'ils ont la télé et le wifi maintenant ?

M^{me} Claude Panero : La télé oui, mais pas encore dans les chambres individuelles. En revanche, le Wifi est toujours en cours d'analyse par la direction du système d'information.

M^{me} Patricia Pahio-Jennings : J'ai quelques questions également. Tout d'abord, nous avons parlé des difficultés de recouvrement des créances, notamment pour les personnes qui ne sont pas affiliées à un quelconque régime de la CPS. Cependant, nous n'avons pas précisé : mais quelle est la part des créances irrécouvrables dues par les touristes de passage pour leur prise en charge au niveau du service des urgences et des journées d'hospitalisation ?

Ensuite, ma deuxième question concerne un paragraphe à la page 4 de notre rapport, concernant les services d'accueils des urgences, qui sont en souffrance en raison du nombre de personnes qui viennent consulter. L'engorgement n'est pas possible là-bas, et l'activité nocturne est également densifiée, ce qui épuiserait l'équipe soignante. Parallèlement, nous savons qu'il y a la maison médicale de garde, mais elle n'est pas présente tous les soirs. Cela pourrait peut-être aider l'équipe du service des urgences. Je voudrais savoir quel budget finance la maison médicale de garde. Est-ce que c'est le budget du SAMU ? Quel est le coût de leurs services ?

Et j'ai une autre question par rapport au SAUVE (Service d'accueil d'urgence vital) qui vient juste d'être mis en place. Ce service permet le désengorgement des box du service des urgences. Va-t-il donc être pérennisé étant donné que c'est un service indispensable, nécessaire et important ? Ou est-ce juste par rapport aux JO qu'il a été mis en place ?

Et par rapport à Tokani, on a beaucoup parlé du personnel qui travaille dans le service même, mais on a oublié de parler du personnel du service des urgences qui prend également en charge et qui se retrouve parfois en phase aigüe de ces patients qui consultent. Il n'y a que le personnel du service d'hospitalisation qui touche une prime de risque alors que le personnel du service des urgences qui se

retrouve aussi face à des crises de démence, face aux alcooliques, etc., eux n'ont pas de prime de risque. Qu'en pensez-vous, la prise en charge de cette indemnité par rapport au personnel va-t-il coûter plus cher par rapport au budget du SAMU ?

M^{me} Claude Panero : On vient de questionner le responsable du service de la facturation pour qu'il puisse nous donner réponse à la première question que vous avez posée, parce que je n'ai pas l'information précise de savoir quelle est, dans les créanciers recouvrables ou potentiellement irrécouvrables de l'établissement, la part de celles qui sont afférentes aux touristes étrangers. On l'a donc questionné, on va essayer de vous donner cette indication sachant que par ailleurs, il faut appeler le trésorier et l'agent comptable puisque c'est lui qui a ces données. J'espère qu'on l'aura avant la fin de la commission. Sinon, on vous fera passer l'information.

Sur le sujet du SAMU, vous venez de parler de la SAUVE. La SAUVE, c'est effectivement pour le SAMU un renfort de personnel extrêmement important qui est venu du coup conforter l'idée qu'il fallait effectivement pouvoir appuyer l'augmentation de la prise en charge des patients aux urgences puisqu'effectivement elle est continue, elle est progressive. Et effectivement, le chef du service des urgences a prôné à la fois la création de cette unité ou de ce service d'accueil des urgences vital parce qu'un territoire comme le nôtre, pour un service d'accueil du niveau du nôtre, doit avoir ce type d'offre de soins. C'est une première chose.

C'est aussi la possibilité qu'il a de diminuer d'une certaine façon le délai d'attente aux urgences lorsqu'il faut effectivement opérer la sélection primaire avec le médecin régulateur ou l'infirmier de régulation à l'accueil des urgences, savoir où sont les priorités. Cela a donc un impact également favorable sur la diminution du délai d'attente aux urgences.

Et pour la question qui est posée de savoir si ce service sera pérennisé, puisqu'effectivement c'est un effort financier de 155 millions F CFP qui a été accordé par la Polynésie au CHPF pour permettre la mise en place de cette filière, je n'ai pas la réponse parce qu'elle est plutôt ministérielle. Mais je sais que le ministre a toujours manifesté son souhait de vouloir pérenniser cette activité, parce qu'elle répond effectivement à un besoin important sur la prise en charge vitale, et elle a aussi des impacts favorables sur finalement toute la pénibilité du travail et les sentiments de fatigabilité qui sont exprimés aujourd'hui par ce personnel.

Pour ce qui concerne la maison médicale de garde, où pointe-t-elle dans le budget du CHPF ? En fait, la maison médicale de garde est financée par un contrat d'objectifs et de moyens qu'un financement dédié de la CPS qui, jusqu'au 31 décembre 2023, donnait à notre établissement de quoi financer des médecins généralistes. Ces derniers venaient, en continuité de la filière des urgences, le week-end et à des heures dédiées, la nuit et certains jours de la semaine où nous observons des pics d'afflux patients. Ils venaient effectivement désengorger la filière urgences pour finalement prendre en charge des patients de ce que l'on appelle un petit peu la bobologie. Vous le savez, le week-end, il y a peu de médecins généralistes dont les dispensaires et cabinets de consultation sont ouverts. Ce dispositif avait donc été mis en place pour désengorger la filière des urgences.

Il est advenu que ce sujet de la maison médicale de garde, c'est un dossier qui a été repris en charge par l'ARASS par le besoin que nous avons au moment de renouveler cette convention, et en tout cas ce contrat qui est passé entre la CPS et le CHPF mais pour des accords qui leur sont un petit peu supra. Il y avait besoin d'un appel d'offres et puis surtout d'avoir un enjeu au travers de la réglementation sur les urgences de régulation de la permanence des soins en ville à l'échelle générale du territoire. Il y a donc des projets de texte qui ont été préparés par le ministère de la santé sur ce sujet et qui devraient sans doute rentrer dans un processus d'analyse et d'instruction. Mais l'ARASS et le ministère a des projets de texte sur ces sujets qui viendront régler le sujet de la permanence des soins en ville de façon à ce que, là où le CHPF a toujours pensé, que ce n'était pas à lui de porter en propre une maison médicale de garde, qui est donc une convention entre la CPS et un « cabinet médical ». Nous n'étions, nous, qu'un effecteur prêtant les locaux dans la continuité de la filière des soins.

Comme il y a eu cette problématique, en 2024, il a été décidé de rompre la convention avec la maison médicale de garde et de questionner la permanence en ville au travers de ce texte, et, dans l'intervalle d'un appel à projets ou d'un appel à une consultation générale, de demander au CHPF d'assurer cette activité que nous avons du coup baptisé « Filière courte des urgences » sur laquelle nous mobilisons, avec un même financement que nous accorde la CPS et qui coûte, je crois, 24 millions. Nous gérons la filière courte des urgences avec des personnels de l'hôpital, soit des vacataires, soit des personnels postés. Nous assurons aujourd'hui la filière courte des urgences à l'espoir et en l'attente que ce projet puisse être repris par les structures qui seront dédiées et qui sans doute viendront resurgir du projet de texte qui est en préparation sur les urgences au sens large et également des soins de l'aide médicale d'urgence.

Et l'indemnité, je rappellerai simplement que l'unité de Tokani, pour les motifs qui ont été dits et dont j'ai compris puisque je fus à un moment donné, en ma fonction de directrice, appelée à venir les rencontrer lorsqu'une problématique s'était posée sur le reversement d'indemnités de sujétions spéciales, puisqu'ils touchent une indemnité de sujétions spéciales qui avait été obtenue à la faveur, je crois, d'un conflit social. Il était donc advenu ensuite qu'un trésorier avait estimé que quand on touche une indemnité de sujétions spéciales, on n'a pas droit à des heures supplémentaires et on ne pouvait pas toucher l'une et l'autre. Cela avait donc donné lieu à beaucoup de problématiques. Je m'étais rendue à Tokani et j'y vais souvent pour parler au personnel et leur indiquer que j'allais chercher à régler cette question. Finalement, la question a été réglée parce que vous le savez, dans le modèle de structuration des rémunérations de l'établissement, les personnels en garde perçoivent ce qu'on appelle des indemnités supplémentaires dites « structurelles », qui ne sont pas des indemnités supplémentaires au sens où elles dépasseraient les heures légales, mais c'est simplement la structure de travailler 36 heures, 48 heures, etc. C'est cela qui fait que l'on génère des heures supplémentaires structurelles. Quoi qu'il en soit, ils perçoivent effectivement cette indemnité pour les risques auxquels ils peuvent être exposés dans le cadre de cette activité.

Aujourd'hui, la prise en charge d'une urgence psychiatrique fait l'objet d'une équipe de liaison entre le département de la psychiatrie. Il y a une équipe de liaison qui vient aux urgences et qui traite avec le personnel des urgences, et avec d'ailleurs aussi un box dédié aujourd'hui puisque nous avons, en 2022 je crois, porté un box spécifique pour que précisément une prise en charge de ce *team* ne vienne pas porter atteinte à la prise en charge ou perturber la prise en charge des autres patients dans les box. Nous avons créé un box spécifique qui permet cette prise en charge et un gros travail collaboratif a été mené entre le service de la psychiatrie et le service des urgences pour mobiliser une équipe de liaison. Cela veut dire qu'il y a des médecins-psychiatres, des infirmiers qui se déplacent lorsqu'on est confronté à ce type de prise en charge. Donc, est-ce que cela aussi c'est un enjeu que l'on a au travers d'une indemnité ? Je ne le crois pas parce que cela fait partie, je dirai — et parce que c'est traité aussi en liaison avec les équipes de la psychiatrie —, du courant de l'activité des urgences. On sait aussi que dans le cadre du pôle de santé mentale, il y aura probablement à un moment donné le sujet d'organiser une filière sur le pôle de santé mentale de prise en charge des urgences psychiatriques.

Donc voilà, ces sujets-là sont en train de s'organiser, de se préparer, de se réfléchir, et donc je n'ai pas d'idées arrêtées là-dessus. Et je n'ai surtout pas le pouvoir d'en décider.

EXAMEN DU PROJET DE DÉLIBÉRATION

*[La procédure d'examen simplifiée est approuvée à l'unanimité avec 9 voix pour (dont 2 procurations) *.]*

** 10 h 51 : Départ de Mme Rachelle FLORES, qui donne procuration à Mme Patricia PAHIO-JENNINGS (APF 8744 du 30-8-2024)*

Sur l'intitulé

Amendement n° 1 (APF 8368 du 21-8-2024) déposé par M^{mes} Sylvana Tiatoa et Patricia Pahio-Jennings

Vote sur l'amendement :
Adopté à l'unanimité avec 9 voix pour (dont 2 procurations)

Article 1^{er}

Amendement n° 2 (APF 8369 du 21-8-2024) déposé par M^{mes} Sylvana Tiatoa et Patricia Pahio-Jennings

Article 2

Amendement n° 3 (APF 8370 du 21-8-2024) déposé par M^{mes} Sylvana Tiatoa et Patricia Pahio-Jennings

Article 11

Amendement n° 4 (APF 8371 du 21-8-2024) déposé par M^{mes} Sylvana Tiatoa et Patricia Pahio-Jennings

Article 12

Amendement n° 5 (APF 8372 du 21-8-2024) déposé par M^{mes} Sylvana Tiatoa et Patricia Pahio-Jennings

Vote sur les amendements (n^{os} APF 8369, 8370, 8371, 8372)
et sur l'ensemble du projet de délibération amendé :
Adoptés à l'unanimité avec 9 voix pour (dont 2 procurations)

(L'ordre du jour étant épuisé, la réunion de la commission s'achève à 11 h 42.)

LA PRÉSIDENTE,

Rachelle Flores