



ASSEMBLÉE DE LA  
POLYNÉSIE FRANÇAISE

# RAPPORT



## Mission d'information

Portant sur les conditions de prise  
en charge des patients bénéficiant  
d'une évacuation sanitaire inter-îles



*À la mémoire de Hoane...*

# LES MEMBRES DE LA MISSION D'INFORMATION



**Mesdames Sylvana PUHETINI et Éliane TEVAHITUA**, représentantes à l'assemblée, respectivement vice-présidente et membre de la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi ont été désignées comme rapporteuses de cette mission d'information.



**Mesdames Nicole SANQUER, Virginie BRUANT, Béatrice LUCAS, Vaitea LE GAYIC, Romilda TAHIATA, Vaiata PERRY-FRIEDMAN et monsieur Frédéric RIVETA, représentants à l'assemblée ont été désignés comme membres de cette mission d'information.**

# SOMMAIRE

<b>PRÉFACE</b> .....	<b>8</b>
<b>MISSION D'INFORMATION</b> .....	<b>11</b>
<b>SYNTHÈSE</b> .....	<b>15</b>
<b>PRÉCONISATIONS</b> .....	<b>18</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>24</b>
<b>PARTIE 1 - LES ÉVACUATIONS SANITAIRES : UN DISPOSITIF INDISPENSABLE MAIS INSUFFISAMMENT GARANT DE LA CONTINUITÉ DES SOINS</b>	<b>28</b>
<b>1) LES ÉVASANS, UN DISPOSITIF INDISPENSABLE FACE AUX INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS</b> .....	<b>29</b>
<b>1.1)</b> Des inégalités d'offre de soins liées à la forte dispersion géographique de la population .....	29
<b>1.2)</b> Des inégalités d'accès aux soins liées aux transports sanitaires et aux distances à parcourir .....	34
<b>2) LES RÉALITÉS DE L'INÉGALITÉ TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS</b> .....	<b>43</b>
<b>2.1)</b> Des écarts de développement et l'instabilité chronique des personnels des formations sanitaires dans les îles excentrées .....	43
<b>2.2)</b> Des Consultations Spécialisées Avancées (CSA) trop surchargées pour être accessibles à tous .....	47
<b>3) LES INÉGALITÉS PAR ARCHIPEL</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1)</b> Archipel des Îles Sous-le-Vent .....	57
<b>3.2)</b> Archipel des Australes .....	62
<b>3.3)</b> Archipel des Marquises .....	63
<b>3.4)</b> Archipel des Tuamotu-Gambier.....	68
<b>3.5)</b> Le cas de Moorea .....	74
<b>PARTIE 2 - LES ÉVACUATIONS SANITAIRES : UNE MISE EN ŒUVRE COUTEUSE QUI NE GARANTIT PAS SUFFISAMMENT L'ACCÈS À L'OFFRE DE SOINS</b>	<b>76</b>
<b>1) LA SANTÉ, UNE ANCIENNE COMPÉTENCE TERRITORIALE HÉRITÉE DE L'ÉTAT SANS COMPENSATION DES CHARGES</b> .....	<b>77</b>
<b>2) ORIGINE ET NATURE DES ÉVASANS</b> .....	<b>81</b>
<b>2.1)</b> Les évacuations sanitaires inter-îles, un dispositif ancien mais qui relève d'une organisation et d'une mise en œuvre relativement récentes .....	81
<b>2.2)</b> Les évasans inter-îles, une mission de service public non explicitement organisée et reconnue par le législateur polynésien .....	83
<b>2.3)</b> Les évasans inter-îles, une potentielle responsabilité de l'État ? .....	88
<b>3) LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉVACUATIONS SANITAIRES ET LEURS ÉCUEILS</b> .....	<b>95</b>
<b>3.1)</b> Les évasans d'urgence .....	97
<b>3.2)</b> Des délais de prise en charge trop longs .....	108
<b>3.3)</b> Les évasans programmées .....	111
<b>3.4)</b> Les évasans psychiatriques .....	113

<b>4) LE NOUVEAU RÔLE À JOUER DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS COMMUNAUX.....</b>	<b>113</b>
<b>4.1) Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, une récente compétence désormais confiée aux communes par le CGCT .....</b>	<b>114</b>
<b>4.2) Les transports sanitaires à la charge des communes .....</b>	<b>114</b>
<b>4.3) Les frais funéraires à la charge des communes .....</b>	<b>115</b>
<b>4.4) Les difficultés sociales soulevées par les évacuations sanitaires .....</b>	<b>117</b>

## **PARTIE 3 - QUELS REMÈDES POUR TENDRE VERS UNE ÉGALITÉ TERRITORIALE DE L'ACCÈS AUX SOINS DANS CHAQUE ARCHIPEL ?** **121**

<b>1) CONFORTER LES ÉQUILIBRES FINANCIERS DE LA PROTECTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE (PSG).....</b>	<b>124</b>
<b>2) OPTIMISER LA GOUVERNANCE SANITAIRE ET L'ORGANISATION DES SOINS .....</b>	<b>125</b>
<b>3) RENFORCER LA PRÉVENTION SANITAIRE.....</b>	<b>128</b>
<b>4) AMÉLIORER LE TRANSPORT SANITAIRE .....</b>	<b>129</b>
<b>5) DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE .....</b>	<b>133</b>
<b>6) PALLIER LA CARENCE DES SOIGNANTS DANS LES ARCHIPELS.....</b>	<b>135</b>

## **CONCLUSION .....** **138**

## **LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES .....** **140**

## **LISTE DES ANNEXES .....** **151**

<i>ANNEXE 1 – 3 fiches jointes à la préface.....</i>	<i>152</i>
<i>ANNEXE 2 – Lettre de cadrage.....</i>	<i>162</i>
<i>ANNEXE 3 – Les formations sanitaires de la Direction de la santé .....</i>	<i>165</i>
<i>ANNEXE 4 – Les différentes catégories de formations sanitaires .....</i>	<i>170</i>
<i>ANNEXE 5 – Les aérodromes de Polynésie française.....</i>	<i>173</i>
<i>ANNEXE 6 – Missions dans les îles .....</i>	<i>178</i>
<i>ANNEXE 7 – Textes comparés des différents régimes de la protection sociale généralisée ouvrant aux évacuations sanitaires interinsulaires .....</i>	<i>196</i>
<i>ANNEXE 8 – Formulaire de demande d'évacuation sanitaire programmée .....</i>	<i>200</i>
<i>ANNEXE 9 – Bon de réquisition pour une évacuation sanitaire interinsulaire .....</i>	<i>201</i>
<i>ANNEXE 10 – Les différentes catégories de véhicules terrestres dédiés au transport sanitaire.....</i>	<i>202</i>
<i>ANNEXE 11 – Agrément de transport de passager dans le cadre des transports sanitaires ou médicaux urgents dans l'archipel des îles Marquises.....</i>	<i>204</i>
<i>ANNEXE 12 - Convention du 1<sup>er</sup> mars 2017 modifiée par avenant du 1<sup>er</sup> avril 2019 relative aux évacuations sanitaires urgentes conclue entre la CPS et Air Archipels.....</i>	<i>205</i>
<i>ANNEXE 13 – Convention provisoire du 19 juillet 2019 relative aux évacuations d'urgence conclue entre TNH et la CPS .....</i>	<i>220</i>
<i>ANNEXE 14 – Convention relative aux évacuations d'urgence conclue entre les forces armées et la CPS.....</i>	<i>229</i>
<i>ANNEXE 15 – Convention relative aux évacuations urgentes des non ressortissants de la CPS conclue entre le CHPF et la compagnie Air Archipels .....</i>	<i>238</i>
<i>ANNEXE 16 - Convention relative au transport sanitaire conclue entre la commune de Nuku Hiva et la Direction de la santé.....</i>	<i>244</i>

## **BIBLIOGRAPHIE .....** **247**

## **REMERCIEMENTS .....** **249**

# PRÉFACE

« Dans un contexte de dispersion géographique des îles, de transition épidémiologique et d'évolutions thérapeutiques et technologiques importantes, le système de santé polynésien, notamment l'offre de soins, doit s'adapter aux nouveaux besoins de la population, le développement des maladies chroniques devenant les causes majeures de mortalité et de morbidité... 70 % des Polynésiens sont en surpoids dont 40 % au stade de l'obésité, et une très forte mortalité prématurée est à déplorer. Durant la seule période 2005-2010, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs ont représenté à elles seules plus de la moitié des causes de décès (52 %)¹ .»

C'est en ces termes que les « Orientations stratégiques 2016-2025 » de la politique de santé de la Polynésie française ont été présentées et adoptées en séance plénière de l'assemblée le 16 février 2016. Elles viennent formaliser les fondements stratégiques qui constitueront le socle de la politique de santé sur dix ans, dont le Schéma d'organisation sanitaire (SOS) ainsi que la réforme de la PSG en cours de construction sont les déclinaisons opérationnelles.

L'un des principes d'action que sous-tendent ces Orientations stratégiques de la politique de santé est d'appliquer « les obligations et les principes du Droit à la Santé, avec une attention particulière accordée aux **groupes de population confrontés à des difficultés dans l'accès à la santé** ». Ce Droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'homme qui garantit notamment « **un accès égal et en temps voulu aux services de santé de base** ».

Quant au SOS quinquennal² qui se veut pragmatique, il prévoit d'« **améliorer la santé primaire dans les Archipels** », notamment par :

<b>1</b> La création de l'Établissement Polynésien de soins primaires lequel « permettra une allocation de moyens plus ciblée et une réactivité plus forte vers les îles »	<b>2</b> Un Service hospitalier public unifié	<b>3</b> Des « dispositifs d'incitation à l'installation de libéraux » et de « rotation de médecins ou autres professionnels dans les zones restant non couvertes »	<b>4</b> « Le renforcement des équipements de transport sanitaire » et « la nécessité de rendre effective les rotations hélicoportées de Taravao et Moorea vers le Centre Hospitalier de la Polynésie française »
---	--	--	--

Certains objectifs visés par le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 ont pu être réalisés tels que « faire de l'infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation » (axe 2 ; 2.1), « couvrir les zones sans médecin par une offre itinérante de médecins et paramédicaux » (axe 2 ; 2.1.6). Mais, le recrutement de médecins fixes reste ardu et laborieux pour la Direction de la santé, ceux-ci ainsi que les autres personnels de santé demeurent très réticents face à l'isolement et au manque de moyens dans les îles.

Malgré les grands principes énoncés dans ces deux documents de référence, l'accès aux soins demeure restreint dans les archipels éloignés lesquels sont souvent exposés à une pénurie de soignants et de matériel sanitaire performant pour traiter des pathologies dans l'urgence ou en simple suivi de contrôle de maladies chroniques. Ces défaillances amènent le personnel soignant en poste à recourir aux évacuations sanitaires (évasan). En fonction du degré d'urgence des cas pathologiques, les évasans sont soit programmées par vol régulier ou urgentes avec des coûts relativement élevés.

1) Rapport N° 10-2016 du 21 janvier 2016 relatif à un projet de délibération portant approbation des Orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé.

2) Rapport N° 11-2016 du 21 janvier 2016 relatif à un projet de délibération portant approbation du Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021



Aux Marquises et aux Tuamotu notamment, les patients sont évacués d'une île à une autre par bonitier ou « poti mārara ». Le défaut de moyens adaptés entraînerait plusieurs décès, voire une dizaine par an. Ces mauvaises conditions de transport et les délais d'acheminement excessivement longs lors des évacuations sanitaires ont souvent été mis en exergue ou dénoncés par les élus de l'assemblée, les médias et les citoyens au travers des réseaux sociaux. Par conséquent,



### **L'OFFRE DE SOINS ET L'ACCÈS AUX SOINS DES RÉSIDENTS DES ÎLES ÉLOIGNÉES DEMEURENT UNE PRÉOCCUPATION DE LONGUE DATE DES REPRÉSENTANTS DE L'ASSEMBLÉE DE POLYNÉSIE <sup>3</sup>.**

La problématique liée à la prise en charge sanitaire et aux conditions de mise en oeuvre des évacuations sanitaires des habitants des îles autres que Tahiti, notamment des archipels éloignés, est un souci majeur et récurrent des élus de l'assemblée qui n'ont de cesse au cours de leurs mandats d'interpeller les gouvernements successifs durant ces 15 dernières années par une quinzaine de questions orales et écrites. De manière récurrente, les questions portaient sur :

- La pénurie chronique de personnels soignants dans les archipels des Australes, des Tuamotu-Gambier, des Marquises ;
- L'objectif non atteint, dans les archipels éloignés, d'un médecin par tranche de population de 1000 habitants prévu par le schéma d'organisation sanitaire ;
- Les conditions hasardeuses des évasans inter-îles par bonitiers aux îles Marquises et Tuamotu-Gambier ;
- Le manque de communication entre la CPS, la Direction de la santé et Air Tahiti entraînant des difficultés administratives au retour programmé de patients dans leur île ;
- La disparition alarmante des hélicoptères du ciel polynésien notamment dans l'archipel des Marquises ;
- La situation sinistrée de l'unique hôpital des Marquises et les événements dramatiques survenus lors d'évacuations sanitaires ;
- Les départs prématurés de médecins en poste dans les formations sanitaires publiques des îles.

En résumé de ces questions adressées au gouvernement, les élus sont unanimes à déplorer et à s'inquiéter des difficultés liées à la prise en charge des patients évasanés, notamment des décès survenus dans des conditions de délais trop longs et de transports effroyables. Ces questions récurrentes dans l'hémicycle mettent en lumière la nécessité urgente, impérative d'améliorer cette prise en charge sanitaire. Les représentants ne sont pourtant pas les seuls à s'émouvoir de cette situation sanitaire dans les archipels éloignés. De manière concomitante, la presse locale s'empare de ces problématiques dans sa rubrique des faits divers.



### **UNE SITUATION SANITAIRE DONT LES MÉDIAS LOCAUX ET NATIONAUX SE FONT RÉGULIÈREMENT L'ÉCHO<sup>4</sup>.**

Depuis 2014, pas moins de 26 articles de presse y sont consacrés dans lesquels les médias mettent en exergue :

- Les mauvaises conditions de transport des patients ;
- La pénurie de personnel soignant ou de matériel sanitaire dans les îles ;
- Le recours aux forces armées pour effectuer des évacuations sanitaires urgentes.

Ces différentes questions parlementaires et publications médiatiques montrent également que les transporteurs sont des acteurs indispensables dans le processus d'évacuation sanitaire. De leurs interventions rapides dépend en partie le sort des personnes évasanées en urgence vitale.

.....  
3) ANNEXE 1 - 1 : Questions des représentants sur les évasans inter-îles entre 2005 et 2020

4) ANNEXE 1 - 2 : Articles de presse sur les évasans inter-îles



## DES ÉVACUATIONS SANITAIRES SOUMISES AUX PRESTATIONS DES TRANSPORTEURS AÉRIENS<sup>5</sup>.

Brièvement, les transports sanitaires par voie aérienne en Polynésie sont assurés par :

- La société anonyme **Air Tahiti** qui dispose de 9 ATR et d'un réseau couvrant 48 îles. À noter qu'elle n'est pas conventionnée avec la CPS ;
- Filiale d'Air Tahiti, **Air Archipels** effectue en vertu d'une convention avec la CPS, un grand nombre de ses vols dans le cadre d'évacuations sanitaires urgentes. C'est le principal prestataire des services de santé. Elle dispose de 5 avions (3 beechcrafts, 2 twin otter) et 19 pilotes ;
- **La composante aérienne des forces armées** qui comprend des unités de l'armée de l'air et de la marine nationale : l'escadron de transport 82 « Maine », équipé de deux avions tactiques CN235-200 CASA ; la flotille 25F disposant de 5 avions Falcon 200 Guardian, dont 2 sont détachés en Nouvelle- Calédonie ; la flotille 35F composée de 2 hélicoptères Dauphin N3+ ;
- Depuis le retrait des sociétés **Polynésia Hélicoptères** et **Tahiti Hélicoptère** faute de rentabilité, la société **Tahiti Nui Helicopters** a pris le relais et obtenu en 2018, une licence de transporteur aérien lui permettant notamment d'assurer des évacuations sanitaires, notamment dans les zones éloignées<sup>6</sup>.

Ces différentes observations liminaires présentent un aperçu global de l'offre de soins et des conditions dans lesquelles se déroulent les évacuations sanitaires dans les archipels éloignés. Elles mettent en exergue une prise de conscience collective et la nécessité d'améliorer la prise en charge sanitaire en raison notamment des patients résidant dans les îles, en particulier quand des décès surviennent au détour de délais de transport trop longs, relayés tant par la presse que les réseaux sociaux.

Elles ont conduit l'assemblée de la Polynésie française à faire la lumière sur ces problématiques sanitaires récurrentes et à diligenter une mission d'information<sup>7</sup> eu égard à sa mission d'évaluation des politiques publiques<sup>8</sup> et de force de propositions au bénéfice des Polynésiens, notamment des patients évasanés des îles éloignées de Tahiti.

.....  
5) ANNEXE 1-3 : Les transporteurs aériens

6) Arrêté n° 933 CM du 14/05/2018 + Arrêté n° 703 CM du 20/04/2018 - admission temporaire d'un hélicoptère pour évacuations sanitaires

7) Article 59-2 de la délibération n° 2005-59 APF du 13 mai 2005 modifiée portant du règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française.

8) En décembre 2016, l'assemblée de la Polynésie française a institué la commission d'évaluation des politiques publiques chargée de réaliser des travaux d'évaluation portant sur des politiques publiques dont le champ dépasse les compétences d'une seule commission législative. Les articles 67-9 et suivants du règlement intérieur fixent la composition et le fonctionnement de cette commission.

# MISSION D'INFORMATION

**P**ar lettre datée du 6 novembre 2018 adressée au Président de l'assemblée de la Polynésie française<sup>9</sup>, les rapporteures Mesdames Sylvana PUHETINI et Éliane TEVAHITUA ont sollicité la création d'une mission d'information relative à l'accueil et à la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles, suite au décès en août 2018 dans l'archipel des Marquises d'un habitant de Ua Pou âgé de 79 ans victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) après six heures de transport par piste puis par bonitier, dans des conditions effroyables. Loin d'être un cas isolé, ce type d'événement tragique donnerait lieu à plusieurs décès par an dans les archipels éloignés.

Cette demande de création d'une mission d'information a été examinée à l'occasion de la séance de la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi du jeudi 29 août 2019. Les membres de cette commission se sont prononcés sur l'objet, l'opportunité, la durée et la composition de la mission et ont défini son périmètre, les personnes ressources à auditionner et les sources d'information. Évoquant les conditions périlleuses dans lesquelles se déroulent certaines évacuations sanitaires par mer, les rapporteures considèrent que : « *Dans un pays comme le nôtre, ce sont des choses inadmissibles, c'est cela qui a motivé la demande de création de cette mission, parce qu'il y a des personnes décédées, ce sont des gens des îles et c'est une situation qu'on ne peut pas laisser passer au niveau de notre commission*<sup>10</sup> ».

Intitulée « *Mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles en Polynésie française* », elle traite des évacuations sanitaires urgentes mais également des évacuations sanitaires programmées qui représentent la majorité des évacuations mises en œuvre à l'intérieur du territoire polynésien. Elle ne concerne pas les évacuations sanitaires internationales vers la France ou encore vers la Nouvelle-Zélande qui ont déjà fait l'objet d'une évaluation par notre assemblée<sup>11</sup>.

La durée prévisionnelle est fixée à 6 mois en raison de la nécessité d'analyser l'offre de soins dans les archipels mais elle demeure tributaire de la disponibilité des personnes auditionnées ainsi que des déplacements éventuels.

En application de l'article 59-2 du règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française, la création de la mission d'information est officialisée par lettre de cadrage du 9 septembre 2019<sup>12</sup>. Les auditions ont débuté le 19 septembre 2019 dans les locaux de l'assemblée, trois semaines avant le drame du petit HOANE dont le décès a bouleversé les Polynésiens et convaincu les rapporteures du caractère primordial de cette mission d'information.

9) Lettre N°114/2018/GTH/C AB/ET/et portant demande de création d'une mission d'information relative à l'accueil et à la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter îles.

10) Extrait du PV de la séance de la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi du jeudi 29 août 2019.

11) Rapport de la mission d'information sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande, publié en mars 2018. Rapporteurs : Mme Armelle MERCERON et M. Jules IENFA.

12) ANNEXE 2 - Lettre de cadrage relative à la mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles en Polynésie française

## → Périimètre de la mission

Afin de mener au mieux les travaux de la mission d'information dans un délai raisonnable, une attention particulière est prêtée à la délimitation du sujet. Celui-ci doit répondre aux problématiques soulevées sans s'étendre à des sujets connexes qui ne relèvent pas d'une réponse directe aux questions soulevées. Le sujet est donc sérié et doit répondre aux objectifs recherchés par les rapporteurs.

À la différence de l'objet de la mission d'information créée en 2017 portant *sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande*, les objectifs poursuivis par cette mission d'information visent un périmètre d'étude distinct en ce qu'ils incluent une analyse budgétaire, financière et médicale du dispositif d'évasans en limitant son champ au territoire géographique de la Polynésie française. En 2018, les évasans inter-îles ont coûté 1,6 milliard F CFP hors dépenses de soins tandis que les évasans internationales, aux deux-tiers à destination de la France, auront coûté 3,6 milliards F CFP hors dépenses de soins. Le périmètre d'étude proposée consiste :

- *D'une part, à analyser le dispositif réglementaire, les ressources budgétaires, humaines et logistiques existants ainsi que les conditions de mise en oeuvre des évasans inter-îles programmées et d'urgence dans les archipels éloignés de Tahiti (Australes, Tuamotu-Gambier, Marquises) et*
- *D'autre part, à formuler des propositions d'amélioration voire de réforme du dispositif existant afin de pallier les défaillances constatées pouvant conduire jusqu'au décès prématuré du patient.*

Les évacuations sanitaires financées par le budget de la CPS cernent les flux de patients transportés dans le cadre de l'urgence<sup>13,14</sup> mais aussi, de façon programmée<sup>15</sup> pour bénéficier d'une consultation, d'un examen spécialisé ou d'une hospitalisation lorsque cela n'est pas envisageable sur leur lieu de résidence.

Ainsi, le recours aux évacuations sanitaires ne peut être assimilé uniquement à l'urgence vitale ou à la gravité des motifs médicaux dès lors que la majorité des cas d'évasan inter-îles résultent du défaut de possibilité de réaliser les soins sur le lieu de résidence du patient. En effet, les services sanitaires offerts dans les îles ne sont pas exhaustifs en raison de la faible représentation de certaines disciplines ou activités médicales principalement due à l'isolement et du nombre peu important des populations résidentes.

Disposant d'un territoire vaste et d'une démographie vieillissante, la population de la Polynésie française présente des pathologies spécifiques, appelant une politique de santé adaptée du Pays qui bénéficie d'une compétence exclusive en la matière sauf pour les évasans d'urgence où l'État intervient en matière de secours aux populations, comme dans le cas des épidémies de grippe H1N1 survenue en 2009.

Le Pays apparaît donc tenu d'organiser des conditions de prise en charge sanitaire permettant de répondre à des cas urgents dans les îles isolées (AVC, brûlés, accidents de la voie publique, blessures d'une certaine gravité, leptospirose, infections graves, parturientes, etc.). Bien qu'il reste compétent en matière sanitaire, l'État est également un acteur incontournable car selon les dispositions de la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer, il est tenu d'engager en concertation avec les territoires concernés des politiques publiques adaptées et permettant de résorber les écarts de développement en matière sanitaire et d'accès aux soins. La continuité territoriale s'entend du renforcement de la cohésion entre les différents territoires de la République, notamment les territoires d'outre-mer, et de la mise en place ou du maintien d'une offre de transports continus et réguliers à l'intérieur de ces territoires et entre ces territoires et la France hexagonale.

.....  
13) L'évacuation sanitaire **urgente** est sollicitée par le médecin de l'île ou le SMUR qui déclenche l'évacuation sanitaire et assure les démarches administratives. Il se charge également d'adresser une réquisition de transport au fournisseur.

14) Selon le schéma d'organisation sanitaire (SOS) prorogé jusqu'en 2012 par la délibération n° 2008-75 du 8 décembre 2008, la situation d'urgence sanitaire se définit comme étant « **un état morbide dont l'apparition soudaine et inopinée lui donne une intensité telle qu'elle réclame une réponse immédiate** ».

15) L'évacuation sanitaire **programmée** du patient est sollicitée par son médecin traitant auprès de la CPS pour un acte ou un examen non réalisable sur le lieu de résidence du patient. Après avis favorable du médecin conseil de la CPS., un bon de transport aller-retour est expédié au médecin traitant qui a effectué la demande.

## → Objectifs de la mission

Les travaux de la mission d'information ont pour objet :



D'analyser le dispositif d'évacuation sanitaire inter-îles urgente et programmée



D'identifier les causes de dysfonctionnement conduisant à l'inefficacité du dispositif



D'émettre des préconisations permettant d'améliorer et/ou de réformer le dispositif existant



De vérifier si les missions médicales déconcentrées contribuent à diminuer les évacuations en urgence, plus onéreuses que les programmées, et à contrario si l'absence ou la diminution des missions médicales déconcentrées sont facteurs de croissance des évacuations notamment urgentes

Ils doivent permettre en finalité :



De diminuer les morts évitables, limiter les séquelles et les handicaps



De prévoir un schéma d'organisation de l'évacuation sanitaire d'urgence par archipel



De mettre en place un réseau de prise en charge adapté aux urgences entre Tahiti et les îles mais également entre chaque île (en sollicitant le concours de l'Etat en application de la loi EROM)

## → Déroulement de la mission

Les auditions conduites tant dans les locaux des commissions à l'assemblée qu'à l'extérieur des murs de l'institution, se sont étalées sur 6 mois, du 19 septembre 2019 au 10 mars 2020, en fonction des disponibilités dans le calendrier des travaux parlementaires locaux (session budgétaire) et des personnes ou entités auditionnées.

Les auditions inaugurales ont débuté le 19 septembre 2019, au détour d'une séance plénière, avec les représentants-maires et représentants-conseillers municipaux des archipels des Tuamotu-Gambier en premier, puis des Australes, ensuite des Marquises et enfin des Îles Sous-le-Vent. Le dénominateur commun qui ressort de cette série d'auditions introductive est le sentiment de **profond désarroi et de solitude des édiles face à leurs obligations et responsabilités en matière de secours et leur impuissance devant les nombreuses faiblesses du système sanitaire.**

Au fur et à mesure des auditions, il est apparu nécessaire aux rapporteuses de devoir se déplacer dans les archipels pour vérifier la véracité des propos et mieux comprendre les difficultés de terrain rencontrées tant par les Maires et leurs conseils municipaux que les pompiers et les personnels soignants. Par conséquent, les rapporteuses se sont rendues :

- Du 2 au 7 décembre 2019 aux Îles Sous-le-Vent (sauf Maupiti) et du 7 au 9 décembre 2019 à Tikehau et Rangiroa, accompagnées de M<sup>me</sup> Béatrice LUCAS, représentante membre de la mission d'information ;
- Du 6 au 15 janvier 2020 aux Australes (sauf Rapa) ;
- Du 17 au 31 janvier 2020 aux Marquises Nord et Sud ;
- Du 9 au 11 février 2020 à Hao et du 11 au 15 février 2020 aux Gambier.

En se rendant dans les archipels à leur rencontre, les rapporteuses ont ainsi voulu considérer le monde des évasans inter-îles sous l'angle du besoin journalier et de la réalité du terrain, au lieu de n'auditionner que les experts sanitaires, les techniciens des services administratifs et des établissements publics du Pays et les transporteurs. Ce faisant, elles ont voulu « échanger la perspective de la frégate contre celle du bernard l'hermite<sup>16</sup> » afin de prendre la mesure des problèmes liés aux évasans sur le terrain des archipels éloignés.

Ce constat de visu et *in situ* a permis - après plus de **110 heures d'auditions réalisées sur 54 jours auprès de 438 personnes** (SAMU, personnels de santé, élus municipaux, pompiers, forces armées, CPS, transporteurs aériens, maritimes, hébergeurs conventionnés, etc.) - de recenser les contraintes spécifiques à chaque archipel et même au plus près de Tahiti (cas de Moorea-Maiao) sans omettre la situation de l'hôpital de Taravao.

De surcroît, la mission a organisé une consultation citoyenne par voie numérique auprès du grand public par le biais d'un questionnaire sur la page *Facebook* de l'assemblée en novembre 2019. Elle a reçu 32 réponses d'internautes, majoritairement de personnels de santé qui déplorent les mêmes difficultés vis-à-vis du dispositif des évasans.

Dès les premières auditions, il est vite apparu aux rapporteuses que le souhait initial de ne pas s'étendre aux sujets connexes est difficilement conciliable car la problématique des évasans est imbriquée à celles de l'offre de santé, de l'accès aux soins dans les archipels éloignés et de la protection sociale généralisée. Se surajoute en amont l'état de santé morbide de la population générale dont les pathologies sont essentiellement à l'origine des transferts sanitaires.

Et enfin, les auditions ont pris fin le 10 mars 2020. Le vœu initial des rapporteuses de restituer le rapport de mission dans un délai raisonnable de 3 mois après la fin des auditions, aura été dévoyé. La rédaction du rapport a pâti d'un an de retard en raison des lenteurs au niveau du SAJCE<sup>17</sup>, suivies du départ inopiné et intempestif de sa cheffe de service en août 2020 sans que le rapport ne soit rendu, ni après. Après plusieurs mois d'attente en pure perte, les rapporteuses ont dû pallier à cette situation et rédiger le rapport à partir de la mi-mai 2021, avec le concours précieux d'une secrétaire du SAJCE.

.....  
16) Pour reprendre une formule empruntée au romancier américain Henri Miller.

17) Le service des affaires juridiques, du contrôle et de l'évaluation de l'assemblée de Polynésie

# SYNTHÈSE

Située dans le Pacifique Sud sur une ZEE de 5,5 millions de km<sup>2</sup>, la Polynésie française est composée de cinq archipels regroupant 118 îles dont 76 sont habitées. Elle compte 280 000 habitants environ. 87 % de sa population habite les îles de la Société et 13 % les archipels des Tuamotu-Gambier, des Australes, des Marquises. Les inégalités d'offre de soins sont intimement liées à la répartition géographique de la population.

Avec près de 68 % de la population, l'île de Tahiti concentre à elle seule, plus des 4/5<sup>ème</sup> des professions médicales conventionnées avec la CPS ainsi que 70 % des pharmacies mais également 6 établissements hospitaliers sur les neuf existants en Polynésie française dont le CHPF. La prise en charge sanitaire de la population située dans les archipels des Îles Sous-le-Vent, des Marquises, des Australes et des Tuamotu-Gambier est essentiellement assurée par la Direction de la santé.

Les trois hôpitaux périphériques situés à Moorea, Uturoa et à Taiohae ne disposant pas des moyens techniques suffisants pour répondre à tous les besoins sanitaires de leur bassin de population, il est fait recours aux consultations spécialisées avancées (CSA) et aux évacuations sanitaires (évasans) lesquelles sont principalement assurées par le CHPF dont font partie intégrante le SAMU et le seul centre SMUR de Polynésie. L'offre de soins est particulièrement dégradée aux Australes, aux Tuamotu Gambier et aux Marquises qui enregistre la densité des médecins généralistes et des infirmiers la plus basse de France.

Pour atténuer les inégalités d'offre de soins, il conviendrait d'une part, d'examiner les statistiques d'évasans par spécialité afin de justifier l'affectation de praticiens hospitaliers supplémentaires dans les hôpitaux périphériques de Nuku Hiva et de Raiatea et d'autre part, d'accroître le niveau d'offres de soins secondaires sur l'île de Hao.

Quant aux inégalités d'accès aux soins, elles sont liées aux infrastructures aéroportuaires, portuaires et routières insuffisantes ainsi qu'aux distances à parcourir. Seuls 47 aérodromes publics bénéficient d'une desserte aérienne régulière par Air Tahiti. Parmi eux, 33 aérodromes sont totalement inaccessibles de nuit sauf par hélicoptère Dauphin de l'Armée. Or, la population située à plus de 500 km de Tahiti représente plus de 10 % de la population totale et réside aux Marquises, aux Australes, aux Tuamotu-Gambier.

Les principales difficultés touchent les dessertes intra-communales, intra-archipels ou encore lorsque les aérodromes sont inaccessibles de nuit. La prise en charge du transport sanitaire par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) s'effectue à partir de l'aérodrome de l'île la plus proche du patient et non de son domicile. De ce fait, les transports de malades de leur domicile jusqu'à l'aéroport sont réalisés pour les plus vulnérables par les sapeurs-pompiers et imputés sur le budget communal. De surcroît, les défauts de balisage et d'extension des pistes pour permettre l'atterrissage des aéronefs de nuit génèrent la réalisation de nombreuses évacuations sanitaires urgentes par les forces armées à des prix très prohibitifs pour les comptes sociaux.

Pour réduire les inégalités d'accès aux soins, il importe de clarifier avec la CPS la prise en charge financière des transports terrestres et maritimes entre le domicile du patient et l'aérodrome et d'imputer ces dépenses sur un fonds du transport sanitaire abondé par l'État sur la base de l'article L 1803-4 du code des transports. Par ailleurs, le Pays doit doter ses aérodromes d'un balisage télécommandé, prioriser les travaux d'extension des pistes des aérodromes d'Ua Pou et Ua Huka et améliorer les infrastructures portuaires et routières, notamment aux Marquises.

Quant à la défection des postes dans les formations sanitaires excentrées, les rapporteuses proposent de pallier l'insuffisance chronique de médecins (i) en y redéployant ceux de la subdivision des Tuamotu Gambier basés à Papeete, (ii) en développant les consultations avancées de médecins généralistes dans les îles dépourvues de centre médical, (iii) en doublant les postes de médecins dans les centres médicaux ou (iiii) en associant les médecins libéraux au tableau des astreintes de nuit et de week-end.

Il est également nécessaire d'indemniser à leur juste valeur les personnels de santé exerçant en milieu isolé, d'attribuer leur recrutement au seul ministre en charge de la santé et d'en confier la gestion à un opérateur unique, le CHPF, dans la perspective du futur établissement hospitalier public unifié auquel devrait être intégré également l'établissement public de soins primaires. Cet opérateur unique sera chargé de faciliter leur formation continue obligatoire et de mettre en place un plan de prévention de l'épuisement professionnel.

En matière de CSA, environ 10 000 actes sont réalisés chaque année et ont contribué à diminuer les évacuations urgentes de 14 % ainsi que les évacuations non urgentes liées à des consultations de médecins spécialistes dans le cadre du suivi de longue maladie. Ce dispositif adapté aux besoins des patients au regard de la dispersion géographique et démographique de la Polynésie française mérite d'être développé. Son financement devrait être pérennisé et la gestion du réseau inter-îles confiée à un opérateur unique, le CHPF.

En 2018, 100 évacuations interinsulaires environ ont lieu chaque jour en Polynésie au profit de 17 421 patients par an et coûtent près de 2 milliards F CFP par an. Les 10 % d'évacuations urgentes grèvent le tiers (33 %) de ce montant à raison des frais de transport. Par ailleurs, les évacuations interinsulaires représentent 2 % de la consommation de biens et de soins médicaux en Polynésie. L'augmentation du coût de 40 %, de 2006 à 2013, est liée pour moitié à l'augmentation des tarifs aériens (21 %), au nombre des patients (6,5 %) et à une augmentation des demandes d'entente préalable (11 %) provenant des CSA et de l'offre limitée des soins primaires.

Pour améliorer l'organisation actuelle des évacuations interinsulaires et garantir une meilleure accessibilité aux soins d'urgence, les rapporteuses recommandent d'adopter une loi du pays relative à l'aide médicale urgente qui définit les missions, l'organisation et les moyens dédiés aux évacuations sanitaires et crée officiellement le SAMU.

Pour ce faire, une stratégie publique de l'aide médicale d'urgence doit être définie avec l'État dans le cadre de plans de convergence ainsi qu'un fonds de continuité du transport interinsulaire sanitaire où seront imputées les dépenses inhérentes aux transports sanitaires terrestres, maritimes et aériens auxquelles l'État doit apporter sa contribution. À défaut d'hélicoptères civils dédiés au secours et au titre de la solidarité et de l'égalité nationale, **les évacuations urgentes par l'armée devraient être réalisées à titre gratuit.**

Pour répondre à l'indisponibilité fréquente des compagnies aériennes, les rapporteuses recommandent de mettre en place un appel d'offres avec un cahier des charges permettant d'identifier les besoins des évacuations d'urgence et de doter les communes dépourvues d'aérodrome, de bateaux médicalisés pour la réalisation des évacuations d'urgence.

Afin d'optimiser l'organisation des évacuations, il serait opportun (i) de mutualiser les déplacements des patients vers le CHPF pour la réalisation des examens médicaux programmés, (ii) de désigner le SAMU comme opérateur unique, (iii) de définir les critères d'éligibilité au mode de prise en charge (EVASAN, CSA ou télé-médecine) des patients en fonction des motifs de consultation, du diagnostic et de l'offre de soins et (iiii) d'encadrer les évacuations programmées pour prévenir les abus.



Au niveau des secours sanitaires assumés par les communes, les rapporteuses préconisent de clarifier leurs missions d'assistance et de secours et d'imputer à la CPS la prise en charge des frais liés aux transports sanitaires et aux services funéraires qu'elles réalisent.

Pour atténuer les difficultés sociales liées aux évasans, il convient (i) d'instaurer un numéro d'appel d'astreinte à la CPS, (ii) de réglementer les tarifs de transport par voie aérienne des dépouilles mortelles, (iii) d'imputer ces dépenses sur le fonds de continuité du transport insulaire sanitaire et (iiii) d'améliorer la prise en charge des patients évasanés aux urgences du CHPF et de leurs accompagnateurs.

Afin de préserver les capacités financières de la Protection sociale généralisée (PSG) à couvrir sanitairelement les îles éloignées ou difficiles d'accès, le remboursement et la prise en charge par l'État des frais médicaux des patients atteints de cancers, émergeant sur la liste des maladies radio-induites de la loi Morin, sont indispensables.

En vue de mettre un terme à l'organisation bicéphale des soins dans le secteur public, les rapporteuses soulignent l'importance de regrouper tous les hôpitaux publics ainsi que le futur Établissement polynésien de soins primaires en un seul et unique Établissement hospitalier et sanitaire public.

Dans le but de freiner la croissance continue des patients en longue maladie, il est important d'une part, (i) de légiférer sur une diminution du taux de sucre dans les aliments vendus en Polynésie française et (ii) de revenir à une fiscalité comportementale plus dissuasive et d'autre part, (iii) d'interdire la publicité directe ou indirecte en faveur des produits et boissons sucrés, du tabac et de l'alcool, au titre du droit à la protection de la santé.

L'accès et l'offre de soins des archipels éloignés doivent pouvoir bénéficier du développement de la télémédecine, appuyé par le soutien technique et financier de l'État, par l'élaboration d'un schéma directeur de la télémédecine en Polynésie française et par l'installation d'une salle de visioconférence au CHPF.

Pour pallier, sur le moyen et long terme, la carence de soignants en Polynésie française et à fortiori dans les archipels, les rapporteuses recommandent d'accompagner les étudiants polynésiens en médecine, en odontologie, en pharmacie actuellement en formation dans l'hexagone et de prioriser leur intégration dans les structures de soins et d'hospitalisations publiques du Pays. L'évolution statutaire du CHPF en CHU permettra d'ouvrir un cycle entier de formation de médecine générale en Polynésie.

# PRÉCONISATIONS

<b>AXE 1</b>	<b>Réduire les inégalités d'offre de soins liées à la répartition géographique de la population</b>
<b>1</b>	Réaliser un examen des évacuations sanitaires par spécialité au sein des hôpitaux périphériques de Nuku Hiva et de Raiatea pour justifier d'un renforcement de l'offre de soins par l'affectation de praticiens hospitaliers supplémentaires
<b>2</b>	Imputer le coût du transport intra-archipels des résidents pour la réalisation de mammographies sur le fonds de continuité territoriale de transport sanitaire
<b>3</b>	Accroître le niveau d'offres de soins secondaires sur l'île de Hao
<b>AXE 2</b>	<b>Réduire les inégalités d'accès aux soins liées aux infrastructures aéroportuaires, portuaires et routières et aux distances à parcourir</b>
<b>4</b>	Clarifier les conditions de prise en charge financières des transports terrestres et maritimes entre le domicile du patient et l'aérodrome
<b>5</b>	Conclure des conventions d'hébergement avec des pensions de famille de Raivavae, Tubuai, Nuku Hiva et Hiva Oa pour la gestion des évacués programmés depuis Rapa, Tahuata et Fatu Hiva
<b>6</b>	Garantir une prise en charge financière équitable du transport des patients du domicile à l'aérodrome entre les assurés sociaux des différents archipels et imputer ces dépenses sur le fonds du transport sanitaire
<b>7</b>	Solliciter le concours financier de l'État sur la base de l'article L 1803-4 du code des transports
<b>8</b>	Doter les aérodromes d'un système de balisage télécommandé
<b>9</b>	Prioriser les travaux d'études d'extension des pistes des aérodromes d'Ua Pou et Ua Huka et transférer la subdivision de l'équipement des aérodromes territoriaux (DEQSAT) à la Direction de l'Aviation Civile (Pays)
<b>10</b>	Construire une digue à Tahuata et améliorer celle d'Omoa à Fatu Hiva pour garantir aux patients des conditions d'embarquement et de débarquement sécurisées
<b>11</b>	Installer des dispositifs réfléchissants au sol sur la route jusqu'à l'aérodrome de Terre Déserte pour sécuriser le transport de nuit des patients
<b>12</b>	Doter au moins une formation sanitaire par île d'une chambre froide afin de conserver le corps des défunts dans des conditions humaines et sanitaires décentes
<b>AXE 3</b>	<b>Lutter contre les déficits récurrents de personnels soignants et améliorer leurs conditions de recrutement et d'exercice</b>
<b>13</b>	Redéployer les médecins de la subdivision des Tuamotu-Gambier basés à Papeete dans les formations sanitaires isolées et programmer des consultations avancées de médecins généralistes dans les îles dépourvues de centre médical
<b>14</b>	Dans les îles dépourvues de médecins libéraux, doubler les postes de médecins dans les centres médicaux. Dans les îles pourvues de médecins libéraux, les associer au tableau des astreintes de nuit et le week-end
<b>15</b>	Indemniser à leur juste valeur le temps de travail et le niveau de responsabilité des personnels de santé exerçant en milieu isolé dans les îles

16	Transférer la procédure de recrutement des personnels de santé au ministre en charge de la santé et confier à un opérateur unique (le CHPF) tous les recrutements des personnels de santé du secteur public et les concours inhérents
17	Faire bénéficier les personnels soignants exerçant en poste isolé de la formation continue obligatoire, d'un plan de prévention de l'épuisement professionnel avec la médecine du travail et de postes d'infirmier dans les secteurs identifiés manquants.
<b>AXE 4</b>	<b>Pallier l'insuffisance du quota actuel de consultations spécialisées avancées (CSA)</b>
18	Réaliser des études d'incidence de l'absence de CSA sur le nombre d'évasans programmés et urgents par île
19	Développer les CSA au sein de chaque île pour éviter de générer des déplacements de patients
20	Pérenniser leur financement
21	Confier à un opérateur unique, le CHPF, la gestion du réseau inter-îles
22	Déconcentrer les CSA de gynécologie - obstétrique sur Tahuata et Fatu Hiva et pour ce faire revoir la programmation des rotations de la navette maritime TE ATA O HIVA sur ces deux îles sans aéroport
<b>AXE 5</b>	<b>Améliorer la prise en charge sanitaire aux ISLV</b>
23	Créer une antenne SMUR à l'hôpital de Raiatea
24	Baser à Uturoa un hélicoptère sanitaire disponible 24 heures sur 24
25	Implanter l'héliport le plus près possible de l'hôpital d'Uturoa
26	Recruter deux médecins urgentistes pour l'ensemble des Îles Sous-le-Vent
27	Développer 3 lits en unité de surveillance continue avec des professionnels dédiés
28	Créer un poste d'infirmier en psychiatrie
29	Ouvrir un centre de secours à Parea-Huahine
30	Faciliter l'installation d'une sage-femme à Tahaa
31	Acquérir un vecteur maritime agréé pour le transport sanitaire entre Tahaa et Raiatea
<b>AXE 6</b>	<b>Améliorer la prise en charge sanitaire aux Marquises</b>
32	Consulter les Maires préalablement à l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire, notamment l'organisation des évasans aux Marquises
33	Créer une antenne SMUR à l'hôpital de Taiohae
34	Baser à Taiohae un hélicoptère sanitaire disponible 24 heures sur 24
35	Implanter l'héliport le plus près possible de l'hôpital

36	Acquérir un vecteur maritime agréé pour le transport sanitaire dans le groupe Nord des Marquises
37	Renforcer les équipements logistiques (routes, digues, quais, aérodromes, etc.)
<b>AXE 7</b>	<b>Organiser les évacuations sanitaires interinsulaire</b>
38	Adopter une loi du pays relative à l'aide médicale urgente qui définit l'évacuation sanitaire interinsulaire, crée officiellement le SAMU, révisé le schéma des transports sanitaires aériens. Cette loi du pays aura vocation à fixer les missions, l'organisation et les moyens dédiés aux évacuations sanitaires par le CHPF afin de garantir une meilleure accessibilité aux soins d'urgence
39	Étendre la mutualisation des réseaux de secours et de soins d'urgences (15 et 18)
40	Rétablir le financement des enseignements et formations du CESU à l'égard des agents de santé des îles
41	Définir et intégrer une stratégie publique de l'aide médicale d'urgence dans le cadre de plans de convergence
42	Créer un fonds de continuité du transport interinsulaire sanitaire et imputer les dépenses du transport sanitaire d'urgence sur ce fonds
<b>AXE 8</b>	<b>Réguler les transports sanitaires</b>
43	Définir un protocole de prise en charge des urgences sanitaires par les pompiers communaux et rendre obligatoire la présence d'un accompagnateur médical des patients transportés en urgence par voie maritime
44	Développer des relais SMUR dans les principales structures de la santé où le bassin de population est important (Taravao, Afareaitu, Taiohae, Raiatea)
45	Définir un schéma territorial des évacuations sanitaires d'urgence et accroître la disponibilité des vecteurs aériens et maritimes
46	Créer une unité spécialisée dans les évacuations sanitaires au sein des forces armées et renégocier les conditions de leur intervention en Polynésie française (Règle des 4 I)
<b>AXE 9</b>	<b>Pallier l'indisponibilité fréquente des compagnies aériennes</b>
47	Mettre en place un appel d'offres avec un cahier des charges permettant d'identifier les besoins des évasans d'urgence
48	Dans les délais les plus brefs, conclure une convention avec la société TNH pour organiser les évasans d'urgence sur Moorea
49	Prévoir les aménagements dédiés aux transports sanitaires sur le TE ATA O HIVA et sur les navires bénéficiant notamment d'incitations fiscales à l'investissement (TEREVAU et AREMITI)
50	Doter les communes dépourvues d'aérodrome, de bateau médicalisé pour la réalisation des évasans d'urgence

<b>AXE 10</b>	<b>Améliorer l'organisation des évacuations programmées</b>
51	Mutualiser les déplacements des patients au CHPF pour la réalisation des examens médicaux
52	Mettre en place un opérateur unique basé au SAMU pour les évacuations programmées de tous les archipels
53	Définir un protocole édictant les critères d'éligibilité des patients aux évacuations, CSA ou à la télé-médecine
54	Encadrer, contrôler les évacuations programmées pour prévenir les abus
<b>AXE 11</b>	<b>Soutenir les secours sanitaires assurés par les communes</b>
55	Clarifier les missions d'assistance et de secours des services de secours
56	Imputer les frais de déplacements des agents communaux pour l'accompagnement des évacuations psychiatriques sur le fonds de continuité territoriale de transport interinsulaire
57	Faire assurer l'accompagnement des évacuations psychiatriques des non-résidents d'une commune par la gendarmerie
58	Intégrer les sapeurs-pompiers communaux aux formations aux gestes d'urgence du CESU
59	Imputer à la CPS la prise en charge des frais engagés par les communes réalisant des transports sanitaires
60	Revoir la dotation du FIP aux communes réalisant des évacuations sanitaires
61	Réactiver la commission d'évaluation des charges des compétences transférées aux communes
62	Imputer à la CPS la prise en charge des frais engagés par les communes réalisant des services funéraires
<b>AXE 12</b>	<b>Atténuer les difficultés sociales soulevées par les évacuations sanitaires</b>
63	Instaurer un numéro d'appel d'astreinte à la CPS dédié à la gestion des situations d'urgence des évacuations
64	Règlementer les tarifs de transport par voie aérienne des dépouilles mortelles et imputer ces dépenses sur le Fonds de continuité du transport insulaire sanitaire
65	Maintenir les droits sociaux des personnes décédées pour assurer la gestion des frais funéraires et de rapatriement
66	Améliorer la prise en charge des patients évacués aux urgences du CHPF
<b>AXE 13</b>	<b>Conforter les équilibres financiers de la PSG et la couverture médicale des Polynésiens</b>
67	Faire rembourser et prendre en charge par l'État les frais médicaux des patients atteints de cancers émergeant à la liste des maladies radio-induites de la loi Morin
68	Organiser une couverture médicale à 100 % du territoire pour les Polynésiens en situation de précarité

69	Instaurer une loi annuelle de finances sanitaires et sociales votée par l'assemblée lors de la prochaine session budgétaire
<b>AXE 14</b>	<b>Optimiser la gouvernance sanitaire et l'organisation des soins</b>
70	Bâtir l'Établissement polynésien de soins primaires
71	Regrouper tous les hôpitaux publics ainsi que le futur Établissement polynésien de soins primaires en un seul et unique Établissement hospitalier et sanitaire public
72	Mutualiser les laboratoires et pharmacies publics
73	Officialiser le réseau périnatal polynésien piloté par le département mère-enfant du CHPF
<b>AXE 15</b>	<b>Renforcer la prévention sanitaire</b>
74	Légiférer sur une diminution du taux de sucre dans les aliments vendus en Polynésie française et revenir à une fiscalité comportementale plus dissuasive
75	Interdire la publicité directe ou indirecte en faveur des produits et boissons sucrés, du tabac et de l'alcool, au titre du droit à la protection de la santé
76	Prendre des mesures en faveur des agriculteurs dans tous les archipels afin de réduire les cas gravissimes de leptospirose
<b>AXE 16</b>	<b>Améliorer les transports sanitaires</b>
77	Rétablir les astreintes des contrôleurs aériens à Moorea
78	Confier la coordination des évacuations urgentes et programmées au SAMU
79	Poursuivre les aides à l'investissement visant à améliorer l'offre de soins dans les îles
80	À défaut d'hélicoptères civils dédiés au secours, obtenir la gratuité des évacuations urgentes réalisées par l'Armée au titre de la solidarité et de l'égalité nationales
81	Au titre de la continuité territoriale, obtenir la prise en charge par l'État d'une partie du surcoût des frais de transport des transports sanitaires maritimes et aériens
<b>AXE 17</b>	<b>Développer la télémédecine</b>
82	Requérir le concours technique des agences nationales du numérique en santé
83	Demander le soutien financier de l'État au développement de la télémédecine dans les formations sanitaires publiques des archipels
84	Élaborer le schéma directeur de la télémédecine en Polynésie française
85	Installer une salle de visioconférence au CHPF

<b>AXE 18</b>	<b>Pallier la carence des soignants dans les archipels</b>
<b>86</b>	Confier au CHPF le recrutement et la gestion prévisionnelle des postes dans les formations sanitaires publiques
<b>87</b>	Suivre le cursus des étudiants polynésiens en médecine, en odontologie, en pharmacie actuellement en formation dans l'hexagone et prioriser leur intégration dans les structures de soins et d'hospitalisations publiques du Pays
<b>88</b>	Majorer la bourse des étudiants polynésiens qui reviennent exercer au pays
<b>89</b>	Faire évoluer le statut du CHPF en CHU et ouvrir un cycle entier de formation de médecine générale en Polynésie en partenariat avec les facultés métropolitaines, notamment Bordeaux et Tours, et avec les facultés océaniques, notamment en Nouvelle-Zélande et à Fidji
<b>90</b>	Homogénéiser les délégations de tâches et renforcer la formation des professionnels de santé

# INTRODUCTION

Le système de santé polynésien est singulier en raison de la dispersion géographique de la Polynésie française qui s'étend sur un domaine maritime<sup>18</sup> de 5,5 millions de km<sup>2</sup> aussi grand que l'Europe, et d'une population de 281 674 habitants<sup>19</sup> résidant sur 76 îles. Cette immense étendue géographique parsemée d'îlots de population est de fait génératrice de surcoûts à l'occasion de transferts sanitaires dès lors que la protection sociale généralisée (PSG) doit garantir l'égal accès aux soins de tous les Polynésiens où qu'ils résident.

Il requiert un maillage sanitaire structurel où cohabitent aux extrêmes, les postes de secours rudimentaires en équipements d'une vallée isolée des Marquises ou d'un atoll des Tuamotu, et le centre hospitalier territorial de dernier recours de Taaone, qui est à bien des égards aussi performant que celui d'un pays développé. Ce maillage repose en grande partie sur les formations sanitaires de la Direction de la santé qui déploie sur 58 îles ses 126 structures de santé dont 4 hôpitaux secondaires, des centres médicaux, des centres dentaires, des dispensaires et des postes de secours sur l'ensemble du pays.

Le maillage territorial est également aéroportuaire. La présence ou non d'infrastructures aéroportuaires dans les îles habitées des 5 archipels conditionne les délais d'accès à l'aérodrome et à l'établissement hospitalier les plus proches et par conséquent, les délais de prise en charge et l'efficacité des soins prodigués. Plus les distances sont longues, plus l'accès aux soins est compliqué et inégal.

Ces maillages sanitaire et aéroportuaire ont le mérite d'exister mais sont néanmoins perfectibles. Du fait de la spécialisation croissante de la médecine, du vieillissement de la population, des modifications des modes de vie et du développement des maladies non-transmissibles, chroniques et des pathologies cancéreuses, le système de santé polynésien laisse une part prépondérante aux évacuations sanitaires afin d'assurer au mieux un égal accès à l'offre de soins à l'ensemble des Polynésiens. Si les trois-quarts résident à Tahiti, près de 87 000 habitants résident hors de Tahiti sur un océan d'îles<sup>20</sup>.

.....  
18) Art. 1<sup>er</sup> ali. 1<sup>er</sup> de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française : « La Polynésie française comprend les îles-du-Vent, les îles sous-le-Vent, les îles Tuamotu, les îles Gambier, les îles Marquises et les îles Australes, ainsi que les espaces maritimes adjacents. »

19) Au dernier recensement de 2017.

20) Pour paraphraser l'écrivain océanien Epeli Hau'ofa qui désigne l'Océanie sous l'appellation de « mer d'îles » plutôt que la dénomination plus occidentale « d'îles perdues dans l'océan Pacifique ».



Collectivité d'outre-mer, la Polynésie française bénéficie, par la loi organique de 2004, d'un statut d'autonomie interne à spécialité législative. Compétente en matière sanitaire<sup>21</sup>, elle doit garantir aux populations les plus éloignées de Tahiti et du CHPF<sup>22</sup>, un accès aux soins d'urgence comme programmés de manière aussi équitable et adaptée que possible afin de réduire les inégalités sociales et territoriales en matière sanitaire ; améliorer la prise en charge des patients mais également développer la prévention des facteurs de risques, sources de morbidité évitable et de mortalité prématurée importante.

Bien que la PSG constitue l'élément primordial favorisant l'accès aux soins<sup>23</sup> puisqu'elle supprime l'obstacle financier des frais médicaux et pharmaceutiques inhérents, bénéficier de structures de soins spécialisées et adaptées aux pathologies est plus ardu au fur et à mesure que la résidence des patients s'éloigne de Tahiti.

Les moyens logistiques actuels mis à disposition par les prestataires de la CPS, Air Archipels, Tahiti Nui Helicopters<sup>24</sup> n'apparaissent manifestement pas suffisants pour répondre 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 aux demandes de transports sanitaires d'urgence déclenchées par le médecin régulateur du SAMU. Les transports sanitaires d'urgence dont les moyens aériens, maritimes et terrestres doivent être disponibles dans des délais compatibles avec l'état de santé du patient souffrent d'un manque d'évaluation.

L'obligation, non suivie de sanctions, de mettre uniquement à disposition un seul aéronef et son équipage pour répondre aux besoins d'un bassin de population de 280 000 personnes n'apparaît plus compatible avec les nouvelles exigences que requièrent la continuité du service public en matière de soins<sup>25</sup> dès lors que les patients polynésiens tombent malades dans leur île et commune de résidence où qu'ils se trouvent sur le territoire de la Polynésie et ce, à n'importe quelle heure du jour comme de la nuit<sup>26</sup>.

.....  
21) Le décret n° 57-812 du 22 juillet 1957 pris consécutivement à l'adoption de la loi-cadre Defferre n° 56-619 du 23 juin 1956 dota le territoire d'un statut qui attribua à l'assemblée territoriale le pouvoir d'adopter des délibérations réglementant des matières relevant de la compétence du Parlement. Parmi ces matières se trouvait l'hygiène et la salubrité publique (article 40 22°). C'est sur ce fondement qu'un arrêté gubernatorial du 28 septembre 1956 créa la Caisse de compensation des prestations familiales et qu'un autre arrêté du même jour mit en œuvre le régime des prestations familiales au profit des travailleurs salariés.

22) Le CHPF est le seul établissement hospitalier en Polynésie française à disposer d'un panel complet des disciplines médicales et chirurgicales sur la Polynésie française (*réanimation, pédiatrie et néo-natale, cardiologie, neurologie urgente (AVC)*) et le seul établissement ayant vocation à accueillir et à prendre en charge toutes les urgences et en particulier les plus lourdes engageant le pronostic vital des usagers. De ce fait, le rôle et la place du CHPF en qualité d'établissement de recours unique sur l'espace polynésien apparaissent essentiels pour répondre aux besoins des évasans inter-îles qu'elle qu'en soit la nature, la gravité ou l'urgence.

23) Art. 1<sup>er</sup> de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française : « *La protection sociale généralisée est instaurée sur le territoire de la Polynésie française. Elle comprend les assurances sociales, les accidents du travail et les maladies professionnelles, les prestations familiales et l'aide sociale. Les assurances sociales recouvrent l'assurance maladie, l'assurance maternité, l'assurance invalidité, l'assurance vieillesse, l'assurance décès. L'aide sociale comprend l'aide médicale, l'aide aux personnes âgées, l'aide aux personnes handicapées, l'aide à l'enfance.* »

24) Les évacuations sanitaires urgentes par vol spécial sont réalisées par deux compagnies aériennes ayant passé une convention tarifaire avec la CPS : la société Air Archipels, filiale du groupe Air Tahiti qui exploite 3 avions de type Beechcraft King 200 et la société Tahiti Nui Helicopters (TNH) qui exploite 4 hélicoptères (2EC 135 et 2 AS 350B2) sur deux bases (Tahiti et Bora Bora). En cas de non-réponse de ces deux sociétés et dans le cadre de la règle des 4 i appliquée par les forces armées (Indisponible, Inadapté, Insuffisant, Inexistant), le recours aux moyens militaires est possible : Hélicoptère Dauphin, Avions Casa et Gardian. En 2019 ce sont 20 % des vols qui seront réalisés par ces moyens pour un coût de 300 MF CFP sur les 650 MF CFP du coût global annuel des évasans urgentes.

25) La continuité des soins vise à permettre aux patients de ne pas subir de rupture ou de défaillance dans sa prise en charge par des professionnels de santé et au sein des établissements, organismes ou service de santé et ce quel que soit les circonstances.

26) Les vols de nuit s'entendent pour tout vol effectué en totalité ou partie dans des heures comprises entre le coucher du soleil + 15 minutes au lever du soleil - 15 minutes (Définition de la nuit aéronautique).

En outre, les indicateurs de santé témoignent de la prévalence des maladies chroniques non transmissibles (MNT), **principales pourvoyeuses d'évasans**. Ces MNT, qui désignent notamment les maladies cardiovasculaires développées par des patients obèses ou hypertendus, le diabète, les cancers et les maladies respiratoires, évoluent lentement en longue maladie et aboutissent à des complications morbides<sup>27</sup> dispendieuses en assurance maladie. Durant la seule période 2005-2010, les maladies cardiovasculaires et les cancers représentaient plus de la moitié des causes de décès. L'obésité et le surpoids touchent une frange importante de la population. 70 % des personnes sont en surpoids dont 40 % au stade de l'obésité, et une très forte mortalité prématurée est à déplorer<sup>28</sup>.

L'accès et l'offre de soins doivent s'adapter à ces fléaux sanitaires récents hérités d'un modèle économique récent installé à partir des années soixante, venu se substituer à l'économie traditionnelle de subsistance en quasi autarcie alimentaire dans laquelle vivaient jusque-là, les Polynésiens. L'évolution physique de ces derniers et la dégradation de leur santé au cours des 60 dernières années de bouleversements économiques et sociétaux sont d'ailleurs patentes dans les reportages d'archives de la chaîne nationale Polynésie première<sup>29</sup>.

Cette prévalence élevée des maladies chroniques est également révélatrice d'une politique de santé restée trop longtemps orientée vers le curatif au détriment de la prévention et de l'éducation à la santé<sup>30</sup>. Par conséquent, les besoins d'accès aux soins auront vocation à augmenter dans les années à venir.

Conformément à la lettre de cadrage, la mission d'information a permis aux rapporteuses, aux termes des visites dans chaque archipel et des auditions, de prendre le pouls des réalités du terrain, liées aux évacuations sanitaires ainsi que leurs multiples conséquences sur l'accès à l'offre de soins. Les faits constatés sur le terrain font état de difficultés récurrentes et persistantes aussi bien dans les archipels les plus éloignés qu'à Moorea pourtant située à 7 minutes de vol de Tahiti :

**L'accès comme l'offre de soins sont perçus comme ne répondant pas correctement aux besoins de la population tandis que les conditions et les délais de transports sanitaires sont sévèrement jugés comme totalement inadaptés à l'état du patient. Les patients étant pour les uns « traités comme du bétail » et pour les autres « recueillis au petit bonheur la chance comme des naufragés à l'accueil des formations sanitaires après avoir navigué sans aucun autre accompagnement que le pêcheur<sup>31</sup> ».**

Indispensables, ces composantes du système de santé ne garantissent pas, à l'échelle territoriale, un accès effectif aux soins programmés ou d'urgence dans des conditions de délais et de transports acceptables malgré une mobilisation conséquente de moyens financiers, humains et matériels du Pays mais également par les régimes sociaux de la CPS et de manière plus récente par les communes.

En effet, les réalités du terrain font état de zones territoriales sous-médicalisées où certains habitants ne disposent même pas de la possibilité d'accéder à la consultation d'un médecin généraliste afin de leur accorder un suivi médical essentiel et prévenir des situations d'urgences nécessitant la mobilisation de personnels médicaux performants ainsi que des vecteurs aériens adaptés et disponibles.

.....  
27) Pour exemple, l'insuffisance rénale chronique qui complique le diabète et l'hypertension artérielle exige une dialyse à vie, à moins d'une greffe rénale.

28) Le 20 janvier 2016, devant les représentants de l'assemblée membres de la commission de la santé, le directeur de la CPS parlait **d'état de santé inquiétant** avec des comportements alimentaires et des modes de vie délétères, un taux d'obésité important touchant 40 % de la population de 16 ans et plus ainsi que des actions de prévention insuffisantes. Ces comportements alimentaires se traduisent bien souvent par un excès de consommation de graisses animales, de sel et de sucres et entraînent quatre modifications métaboliques majorant le risque de MNT. Alliés à la sédentarité et au manque d'exercices physiques, ces comportements alimentaires provoquent des maladies cardiovasculaires ainsi que le diabète et l'obésité.

29) D'un peuple beau et svelte vivant en harmonie avec la nature et tirant sa subsistance quotidienne de cette même nature nourricière et généreuse, les générations d'aujourd'hui sont devenues obèses, diabétiques ou cancéreuses.

30) Les exigences de prévention dans les objectifs de santé publique relèvent d'un objectif constitutionnel. CC n° 90-283 DC, 8 janvier 1991, Lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, Rec. p. 11.

31) Il s'agit de pêcheurs dont les bonitiers servent occasionnellement au transport de patients évasans.

Des exemples les plus marquants, issus des propos recueillis lors des auditions, font état de criants ressentis sur la possibilité de disposer de diagnostics médicaux fiables de personnel suffisamment qualifié pour évaluer toutes les situations exigées par la médecine.

Par ailleurs, les rapporteuses de la mission ont également constaté que, faute de développer des relais SMUR<sup>32</sup> au sein des structures sanitaires où le bassin de population est important selon un plan global d'accès aux soins pour en garantir une meilleure continuité, les pompiers communaux professionnels comme volontaires apparaissent se substituer de plus en plus dans leurs missions quotidiennes aux urgentistes, ambulanciers, radiologues, psychiatres, brancardiers dès lors qu'ils sont plus faciles à mobiliser que les acteurs de santé.

En effet, les formations sanitaires dans les îles éloignées de Tahiti et Moorea ne disposent plus d'aucun moyen de transport dédié aux patients ; les ambulances étant désormais acquises uniquement par les communes.

De ce fait, les budgets communaux se trouvent ainsi grevés par des dépenses importantes de fonctionnement pour lesquelles aucune recette correspondante n'est prévue alors que la CPS prend en charge les dépenses liées aux évacuations sanitaires d'urgence réalisées par les forces armées à des tarifs pourtant très prohibitifs.

Il est également à déplorer que de nombreuses familles endeuillées rencontrent de trop lourdes contraintes financières pour rapatrier le corps de leur défunt évasané par voie aérienne et prétendre à faire leur deuil dans des délais raisonnables.

L'organisation de la prise en charge sanitaire des assurés sociaux des îles autres que Tahiti doit donc être nécessairement reconsidérée dès lors que l'égal accès aux soins implique que les personnes puissent être effectivement prises en charge par un professionnel de santé au regard de son état de santé.

Il suppose ainsi en amont une adéquation entre d'une part, les besoins de santé, et d'autre part, l'offre de soins sur l'ensemble du territoire en passant notamment par des mesures de planification et d'organisation des soins qui concernent en premier lieu les soins de proximité mais également les soins d'urgence.

**Les évacuations sanitaires inter-îles présentent donc un enjeu majeur en ce qu'elles doivent tout à la fois garantir aux populations des archipels éloignés un accès effectif aux soins programmés ou d'urgence mais à un coût supportable pour la collectivité.**

Si la solution des évacuations sanitaires demeure un dispositif essentiel, celles-ci souffrent d'une absence de coordination globale qui ne garantit pas la continuité des soins dans des conditions optimales alors que le droit à la protection de la santé devrait être effectif pour tous *in fine*.

.....  
32) Les services d'aide médicale d'urgence (SAMU) peuvent faire appel aux services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR) pour assurer la prise en charge médicale et le transport des patients vers un établissement de santé dont l'état relève d'une situation d'urgence. Ces services dont l'implantation est déterminée dans un schéma d'organisation de soins peuvent être basés soit au sein d'établissements de santé mais également disposer des antennes en dehors. Les SMUR sont considérés comme une modalité de l'activité de soins de médecine d'urgence et doivent selon la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999 modifiée ainsi que l'arrêté n° 162 CM du 9 février 2001 pris pour son application être agréée par le Président de la Polynésie française.



# **PARTIE 1**

**LES ÉVACUATIONS SANITAIRES :  
UN DISPOSITIF INDISPENSABLE MAIS  
INSUFFISAMMENT GARANT DE LA  
CONTINUITÉ DES SOINS**

**P**our résoudre les difficultés liées à son insularité et à son éclatement géographique, la solution retenue par la Polynésie afin de garantir un accès aux soins a été celle de privilégier les évacuations sanitaires programmées comme d'urgence de ses ressortissants vers Tahiti pour répondre à leurs besoins de santé secondaires et tertiaires.

Si cette solution demeure perfectible, la forte disparité des délais de prise en charge de l'aide médicale d'urgence et des conditions de transports sanitaires n'apparaît toutefois plus acceptable ni acceptée par une population en quête d'équité sanitaire.

De ce fait, les évacuations sanitaires occupent une place de premier ordre dans le système de soins polynésien dont il convient de mesurer la portée, de définir l'objet et son organisation ainsi que ces différentes formes.

## 1) LES ÉVASANS, UN DISPOSITIF INDISPENSABLE FACE AUX INÉGALITÉS TERRITORIALES D'ACCÈS AUX SOINS

### 1.1) Des inégalités d'offre de soins liées à la forte dispersion géographique de la population

En Polynésie française, la répartition géographique de l'offre de santé<sup>33</sup> demeure depuis son origine profondément déséquilibrée en raison de la répartition irrégulière de sa population sur l'étendue de son territoire divisé en 5 archipels et composé de 118<sup>34</sup> îles principales (dont 76 habitées) représentant 3 600 km<sup>2</sup> de terres émergées (un peu moins grande qu'un département, la Corse) sur un domaine maritime de près de 5,5 millions de km<sup>2</sup> aussi vaste que l'Europe.

Fortement inégale, la densité de la population a naturellement impliqué au fil du temps une carte sanitaire originale et organisée autour du service public dans la plupart des îles. Elle est caractérisée par la dispersion des infrastructures sanitaires où plusieurs niveaux de soins coexistent et laisse, de ce fait, une part prépondérante aux évacuations sanitaires inter-îles.

## ZOOM SUR LA RÉPARTITION DE LA POPULATION EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

L'archipel de la Société est un ensemble de huit îles principales réparties en deux groupes distants d'environ 200 km :

**Les Îles du Vent**, composées de deux îles principales (Tahiti et Moorea-Maiao) sont, de loin les plus peuplées : elles regroupent 75 % de la population et 51,7 % des emplois ;

**Les Îles Sous-le-Vent** (principalement Raiatea, Bora Bora, Maupiti, Huahine, Tahaa) constituent le second pôle démographique et économique du territoire et le principal pôle touristique. Elles regroupent 12 % de la population et 13 % des emplois. Le niveau de développement des infrastructures de communication, permet des échanges permanents avec Tahiti.

**L'archipel des Marquises** situé à 1400 km au nord-est de Tahiti est constitué de six îles principales (Nuku Hiva, Hiva Oa, Fatu Hiva, Ua Pou, Tahuata, Ua Huka), volcaniques, sans barrière corallienne. L'archipel regroupe 3,6 % de la population et 3,3 % des emplois.

.....  
33) Actuellement régie par la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020, l'organisation sanitaire de la Polynésie française repose sur deux principaux outils, le **schéma d'organisation sanitaire** qui prévoit la création, la modification ou la suppression des établissements hospitaliers, des activités de soins et des équipements lourds et le **la carte sanitaire** qui fixe la liste des activités de soins et équipements matériels lourds soumis à autorisation, ainsi que les indices de besoins, lesquels permettent de calculer le nombre de lits, de places ou d'équipements matériels lourds à autoriser pour satisfaire les besoins de la population.

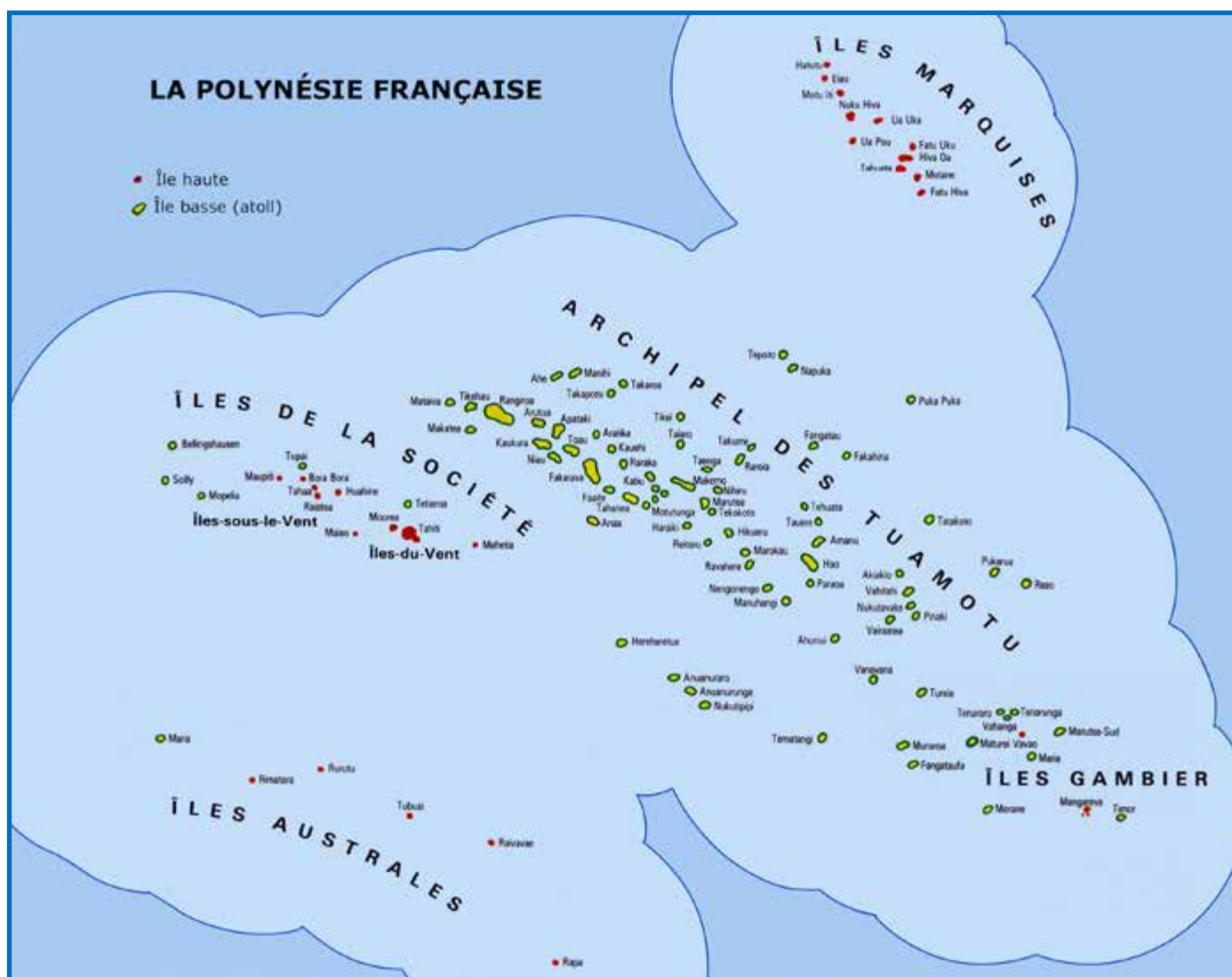
34) Sources ISPF.

**L'archipel volcanique des Australes** est situé à environ 600 km au sud-est des Îles du Vent, comprend cinq îles habitées (Rurutu, Tubuai, Raivavae, Rimatara et Rapa). Hormis les rochers de Marotiri proches de cette île, Rapa à 1300 km au sud-est de Tahiti, est le point le plus austral de la Polynésie et n'est accessible que par bateau. Cet archipel est plus faiblement peuplé (2,6 % de la population polynésienne).

**L'archipel corallien des Tuamotu** est constitué, à quelques exceptions près (Makatea), d'atolls coralliens disposés en deux lignes parallèles de presque 1200 km. Ses (environ) 80 îles et atolls, dont presque la moitié est inhabitée, ont une superficie totale de 775 km<sup>2</sup>. Ils représentent 6 % de la population de la Polynésie et 6,4% des emplois. Les plus grands atolls sont Rangiroa, Fakarava, Makemo et Hao.

**L'archipel volcanique des Gambier** se situe à 1700 km au sud-est de Tahiti, comprend les îles principales de Mangareva, Aukena, Taravai, Akamaru et le petit atoll inhabité de Temoe. De petite taille et faiblement peuplé, cet archipel représente 0.4 % de la population.

Graphique 1 : Carte de la Polynésie française



En outre, avec près de 68 % de la population du territoire<sup>35</sup>, l'île de Tahiti concentre à elle seule, 82 % des médecins généralistes, 67 % des infirmiers, 87 % des dentistes, 80 % des sages-femmes conventionnés<sup>36</sup> avec la CPS, ainsi que 70 % des pharmacies mais également six établissements hospitaliers<sup>37</sup> sur les neuf existant en Polynésie française, notamment le CHPF qui a vocation à accueillir et à prendre en charge toutes les urgences et en particulier les plus lourdes engageant le pronostic vital. Il est le seul établissement hospitalier à disposer d'un panel complet des disciplines médicales et chirurgicales en Polynésie française (réanimation, pédiatrie et néonatalogie, cardiologie, neurologie urgente (AVC), neurochirurgie).

**Tableau 1 : Personnels médicaux conventionnés par la CPS**

	Zone 1 Nord de Tahiti	Zone 2 Sud de Tahiti	Zone 3 Moorea sauf Maiao	Zone 4 Îles Sous-le- Vent sauf Maupiti	Zone 5 Maiao, Maupiti, Tuamotu Gambier Marquises Australes	Total
<b>Population</b>	189 517		17 463	34 107	34 831	275 918
<i>Dont population de plus de 60 ans</i>	23 255		2 395	4 371	4 104	34 125
<b>Nombre d'îles</b>	1		1	4		118
<b>Établissements de santé</b>	5	1	1	1	1	-
<b>Pédicure/ Podologue</b>	4	0	1	0	0	5
<b>Dentiste</b>	59	7	4	6	2	78
<b>Infirmier</b>	62	32	10	14	22	140
<b>Kinésithérapeute</b>	57	18	7	11	7	100
<b>Médecin</b>	135	30	11	21	4	201
<b>Orthophoniste</b>	38	10	4	9	1	62
<b>Pharmacie</b>	23	8	3	6	4	44
<b>Sage-femme</b>	22	10	2	6	0	40
<b>Total</b>	400	115	42	73	40	670
	515		42	113		
	76,9 %		6,2 %	16,9 %		100 %

Sources : ISPF et CPS (2020)

35) Selon les données issues du recensement réalisé en 2017 par l'ISPF.

36) Selon la liste des professionnels de santé conventionnés publiée par la CPS sur son site internet.

37) Le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF), l'hôpital de Taravao, le Centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelles Te Tiare, la clinique Cardella, la clinique Paofai et la clinique Mamao (structure de chirurgie ambulatoire).

La répartition très hétérogène de l'offre de soins conventionnée à l'échelle du pays témoigne d'une préférence marquée des professionnels libéraux<sup>38</sup> pour les zones plus peuplées de Tahiti Nord, Moorea et les Îles Sous-le-Vent.

De ce fait, la prise en charge sanitaire de la population des archipels des Marquises, des Australes et des Tuamotu-Gambier est essentiellement assurée par la Direction de la santé<sup>39</sup> grâce à ses formations sanitaires (hôpitaux périphériques, centres médicaux, infirmeries, dispensaires, postes de secours) réparties sur l'ensemble du territoire<sup>40</sup> et de manière plus récente, par les communes, qui au titre de la sécurité civile assurent les premiers secours à la population par le biais de pompiers professionnels ou volontaires. Les formations sanitaires répondent à une hiérarchisation des soins établie en fonction de la situation de l'île et de la densité géographique de la population. Chaque île habitée de manière permanente dispose d'un correspondant santé. À juste titre, les médecins-inspecteurs de la Direction de la santé résument le système de soins polynésien<sup>41</sup> par :

*Un niveau de proximité immédiate porté quasi exclusivement par le secteur public aux Australes, Marquises et Tuamotu-Gambier, et par les secteurs public et libéral aux Îles-sous-le-vent. Il inclut les soins de santé primaires et les équipements permettant la prise en charge du patient dans l'attente d'un transfert vers un niveau supérieur*

*Un niveau de proximité renforcée répondant aux besoins d'hospitalisation des patients (un hôpital aux Îles-sous-le-vent, un aux Marquises);*

*Un niveau territorial assurant des activités de soins spécialisés de dernier recours : le centre hospitalier de la Polynésie française basé à Tahiti. Trois cliniques privées et les professionnels libéraux complètent l'offre de soins.*

Bien que le schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016-2021 retienne des mesures incitatives pour faciliter l'installation des libéraux dans les îles éloignées, aucune augmentation significative de praticiens conventionnés ne démontre sur le terrain ses premiers effets. De ce fait, la Direction de la santé demeure le principal prescripteur des évacuations sanitaires.

Les trois hôpitaux périphériques situés à Moorea, Uturoa et à Taiohae ne disposent pas des moyens techniques suffisants pour répondre à tous les besoins sanitaires de la population, même si des améliorations se poursuivent, les urgences sanitaires sont principalement assurées par le CHPF qui reste l'organisateur principal des évacuations sanitaires d'urgence dès lors qu'il héberge le SAMU et le seul centre SMUR du territoire et réalise près de 90 % des consultations spécialisées avancées.

38) Selon les données publiées par la CPS, seuls 4 médecins généralistes conventionnés sont recensés dans cette zone, 2 médecins généralistes sont basés sur Rangiroa tandis que les 2 autres sont basés sur Nuku Hiva. Bien que le SOS 2016-2021 retienne des mesures incitatives pour faciliter l'installation des libéraux dans les îles, aucun impact significatif n'a été constaté sur le terrain.

39) ANNEXE 3 – Les formations sanitaires de la Direction de la santé

40) ANNEXE 4 – Les différentes catégories de formations sanitaires

41) État de santé et organisation sanitaire : L'offre de soins spécialisée dans les archipels polynésiens éloignés de Tahiti. Actualité et dossier en santé publique, N° 91, juin 2015. Par Bruno Cojan et Xavier Malatre, médecins inspecteurs de santé publique, Direction de la santé, et Frédéric Labrousse, Responsable du Réseau inter-îles, CHPF.



En effet, bien que les hôpitaux d'Uturoa et de Taiohae couvrent une activité de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) ces établissements ne disposent pas de médecins spécialistes dans toutes les disciplines<sup>42</sup>. Par conséquent, dans les disciplines manquantes, ils bénéficient de la venue en consultations avancées de spécialistes<sup>43</sup> majoritairement issus du CHPF. Ces hôpitaux disposent désormais d'un scanner pour appuyer leurs diagnostics, depuis le 11 mars 2019 pour le premier et le 19 avril 2021 pour le second.

Quant à l'hôpital de Moorea, il n'offre pas d'activité de chirurgie et d'obstétrique (les accouchements ne peuvent plus avoir lieu depuis la fermeture du centre de naissance en 2015), mais effectue les examens biomédicaux ou de radiographie.

De ce fait, les rapporteuses de la mission préconisent qu'une étude sur les motifs d'évacuations sanitaires réalisées par l'hôpital Louis Rollin à Nuku Hiva et par l'hôpital d'Uturoa soit menée pour examiner la possibilité de substituer des évacuations sanitaires et des consultations spécialisées avancées par la présence sur place d'un spécialiste sachant que le coût d'un praticien hospitalier s'évalue à 12 MF CFP/an.

En effet, l'ouverture d'un centre médico-obstétrical à l'hôpital d'Uturoa a permis de diminuer les CSA réalisées par le CHPF selon les informations transmises aux rapporteuses de la mission.

.....  
 • À souligner cependant que l'hôpital d'Uturoa bénéficie depuis 2019 de la possibilité de dispenser  
 • des soins oncologiques de proximité dans le cadre d'un partenariat entre le Pays, le CHPF et la CPS  
 • et permet de ce fait de diminuer des évacuations conformément au SOS 2016-2021 de la Polynésie  
 • française qui préconise la prise en charge des patients au plus près de leur domicile.  
 • .....

En outre, la provenance essentielle des patients de l'hôpital d'Uturoa, depuis les Îles Sous-le-Vent (Huahine, Tahaa, Bora Bora, Maupiti), démontre que l'établissement ne joue pas son rôle d'hôpital de proximité des autres archipels.

S'agissant de l'hôpital Louis Rollin, s'il faut saluer le fait que les mammographies peuvent être réalisées depuis 2018 à Taiohae, force a été de constater par les rapporteuses que les examens réalisés restent principalement au profit des résidentes de Nuku Hiva en raison des coûts de transport inter-îles élevés demeurant à la charge des résidentes des autres îles (Ua Huka, Ua Pou, Hiva Oa, Tahuata et Fatu Hiva). De ce fait, sur 125 mammographies réalisées en 2018 sur 124 patientes, 117 provenaient de Nuku Hiva et seulement 4 de Ua Pou, 2 de Ua Huka et 1 de Hiva Oa.

Le même phénomène est observé aux Îles Sous-le-Vent. Les mammographies effectuées à l'hôpital d'Uturoa concernent à 81 % des résidentes de Raiatea.

**Tableau 2 : Actes de mammographie aux îles Sous-le-Vent en 2018 et 2019**

HÔPITAL D'UTUROA	2018	2019	TOTAL
Raiatea	166	133	299
Tahaa	9	7	16
Bora Bora	1	-	1
Huahine	7	3	10
Maupiti	7	3	10
<b>TOTAL</b>	<b>190</b>	<b>146</b>	<b>336</b>

.....  
 42) L'hôpital d'Uturoa dispose d'un cardiologue mais qui ne peut répondre à tous les besoins des *Raromata'i*. La réalisation d'un test d'effort nécessite ainsi un délai d'attente de 3 à 4 mois.

43) Gynécologue-obstétricien, cardiologue, ophtalmologue, pneumologue, psychiatre, urologue et pédopsychiatre.

Les rapporteuses de la mission préconisent la prise en charge des coûts du transport intra-archipels pour la réalisation des mammographies aux hôpitaux de Nuku Hiva et de Raiatea par le fonds de continuité territoriale de transport sanitaire.

À l’opposé, aux îles Tuamotu-Gambier où réside un bassin de population équivalent à celui de Moorea, et au double de celui des îles Marquises, aucun établissement hospitalier périphérique n’existe pour répondre aux besoins de soins secondaires urgents de la population alors que la commune de Hao :

- possède un aéroport permettant de supporter les atterrissages de gros porteurs de jour comme de nuit et se situe stratégiquement au centre de l’archipel ;
- ancienne base arrière de Moruroa, où 4000 militaires et civils ont vécu pendant la période des essais nucléaires, disposait d’un hôpital militaire avec bloc opératoire, aujourd’hui détruit.

Au terme de ce chapitre 1.1. consacré aux inégalités d’offre de soins liées à la répartition géographique de la population, les rapporteurs font les recommandations suivantes :

## AXE 1

### RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D’OFFRE DE SOINS LIÉES À LA RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DE LA POPULATION



- 1** Réaliser un examen des évacuations sanitaires par spécialité au sein des hôpitaux périphériques de Nuku Hiva et de Raiatea pour justifier d’un renforcement de l’offre de soins par l’affectation de praticiens hospitaliers supplémentaires
- 2** Imputer le coût du transport intra-archipels des résidents pour la réalisation de mammographies sur le fonds de continuité territoriale de transport sanitaire
- 3** Accroître le niveau d’offres de soins secondaires sur l’île de Hao

#### 1.2) Des inégalités d’accès aux soins liées aux transports sanitaires et aux distances à parcourir

Si la dispersion géographique des îles présente l’avantage d’offrir un domaine maritime très vaste doté de ressources biologiques et minérales, elle présente un inconvénient majeur dès lors que seuls 47 aérodromes publics bénéficient d’une desserte aérienne régulière par le groupe Air Tahiti<sup>44</sup> pour répondre aux nécessités de déplacement des habitants.

La population située à plus de 500 km de Tahiti représente 27 788 habitants, selon les données du dernier recensement de 2017, soit plus de 10 % de la population totale de la Polynésie française. Ces habitants résident aux îles Marquises (9346 habitants), aux îles Australes (6965 habitants), aux îles Gambier (1535 habitants) et sur une partie des îles Tuamotu (9942 habitants).

.....  
44) Le groupe Air Tahiti comprend plusieurs sociétés dont Air Tahiti, Air Archipels et la société Immobilière de Tahiti. Il dispose également des participations au sein de Bora Bora Navette (97 %), Air Tahiti Nui (3, 43 %) et le Kia Ora Village (4,3 %). Air Tahiti et sa filiale Air Archipels exploitent une flotte composée de : 7 ATR-72 ( 68 places, 480 km/h, charge maximale en soute 1 650 kg, charge marchande tonnes 7,2 tonnes), 2 ATR-42 (48 places, 520 km/heure, charge maximale en soute 1 500 kg, charge marchande 5,2 tonnes), 2 Twin Otter DHC6-300 ( capacité de 19 sièges, 270 km/heure, charge maximale en soute 351 kg) dont un appartient au gouvernement de la Polynésie française, 3 Beechcraft King Air B200 (capacité de 8 sièges, vitesse de 520 km/heure, charge maximale en soute de 386 kg).

Cette situation constitue une spécificité territoriale majeure et génère des difficultés d'ordre logistique dans l'accès aux soins compte tenu de l'absence de continuité territoriale inter-îles à l'échelle de l'ensemble du territoire. Les principales difficultés concernent les dessertes intérieures :

- Intra-communales : transport au sein d'une commune disposant de plusieurs îles comme dans l'archipel des Tuamotu-Gambier et mais également entre vallées eu égard à l'état des routes comme dans l'archipel des îles Marquises et ;
- Intra-archipels notamment pour les communes habitées de plus de 500 habitants ne disposant pas d'aérodromes telles que Tahuata, Fatu Hiva et Rapa ou encore ;
- Lorsque les aérodromes sont inaccessibles de nuit : Maupiti, Rimatarā, Hiva Oa, Ua Pou, Ua Huka et la plupart des dessertes des Tuamotu sauf Rangiroa, Fakarava, Hao.

.....  
• Le Pays ne dispose pas d'aide financière directe de la part de l'État à la continuité territoriale intérieure telle que prévue par l'article L 1803-4 du code des transports pour équilibrer l'économie des transports sanitaires interinsulaire.  
.....

Par ailleurs, bien que les textes relatifs aux différents régimes sociaux de la PSG prévoient la prise en charge de l'hébergement et du transport sanitaire du domicile du patient jusqu'à la formation sanitaire adaptée<sup>45</sup>, il en est tout autrement dans la pratique.

La prise en charge du transport pour les évases programmées et les consultations spécialisées avancées s'effectuent à partir de l'aérodrome de l'île la plus proche du patient et non de son domicile sauf pour certains cas donnant lieu à remboursement, ce qui génère une iniquité. En outre, la prolongation des séjours induite par l'indisponibilité des places sur les vols réguliers d'Air Tahiti ou encore des transporteurs maritimes au retour d'évasés renchérit les frais d'hébergement et de nourriture qui restent à la charge entière des familles.

Selon les lieux de résidence, ces frais peuvent représenter des dépenses considérables pour le budget des familles. Il en va notamment ainsi pour les habitants de :

- Rikitea dont le transport entre l'île principale et l'aéroport de Totegegīe situé sur un motu reste à leur charge tout comme la prise en charge d'hébergement en cas d'indisponibilité de places sur les vols retour ;
- Rapa dont la prise en charge du transport maritime de l'île jusqu'à l'aérodrome de Raivavae ne donne pas lieu à un remboursement ;
- Des Tuamotu qui ne bénéficient pas de prise en charge du transport de l'aérodrome à leur domicile ;
- Fatu Hiva et Tahuata lorsque les patients ne peuvent obtenir à la date de fin de leur évase une place disponible sur le vol de retour Papeete-Hiva Oa mais également à Atuona si la navette Te Ata O Hiva ne peut assurer le retour sur Omoa. Il en va de même sur Nuku Hiva, pour la réalisation d'examens médicaux à l'hôpital de Taiohae (mammographie et échographie). De ce fait, des assurés sociaux de Tahuata comme Fatu Hiva sont amenés à refuser des évases car cela engendre des dépenses de séjour trop importantes pour les familles.

.....  
45) « Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent régime comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, quel que soit le moyen d'acheminement et par la voie la plus directe, sur la base de tarifs homologués par la caisse de prévoyance sociale. »

Ainsi, selon la CPS, le refus de prise en charge de ces transports résulterait des difficultés d'interprétation des textes adoptés dès lors que les évasans programmées comme les consultations spécialisées avancées ne relèveraient pas du transport sanitaire mais du taxi sanitaire dont la prise en charge financière incombe à tout un chacun pour se rendre auprès de son médecin. À la lecture des textes, cette interprétation demeure très discutable et nécessite d'être clarifiée car si l'on suit le raisonnement retenu par la Caisse la prise en charge des frais d'hébergement sur Papeete et de transport aérien des évasans programmées devrait également être imputée aux familles. Or, tel n'est pas le cas. De ce fait, les transports de particuliers de leur domicile jusqu'à l'aéroport sont amenés à être réalisés pour les plus vulnérables par les pompiers et imputés sur le budget des communes.

## ZOOM SUR L'ARTICLE L 1803-4 DU CODE DES TRANSPORTS

En 2009, la politique de continuité territoriale est codifiée dans le code des transports et définie ainsi : « Elle tend à rapprocher les conditions d'accès de la population aux services publics de transport, de formation, de santé et de communication de celles de la métropole, en tenant compte de la situation géographique, économique et sociale particulière de chaque collectivité territoriale d'outre-mer ».

Comme l'indique le rapport d'information du 3 octobre 2019 fait au nom de la délégation outre-mer sur la continuité territoriale dans les outre-mer par M. Lenaïck ADAM, M<sup>me</sup> Nathalie BASSIRE, M<sup>me</sup> Monica MICHEL et M<sup>me</sup> Nicole SANQUER, députés, **assurer l'indivisibilité du territoire passe par la possibilité pour tous les résidents ultra-marins de pouvoir circuler, se former, être soignés, sur tous les points du territoire.**

Plusieurs dispositifs ont donc été mis en place dans le domaine des déplacements afin de garantir ce principe parmi lesquels figure l'aide à la continuité territoriale entre les collectivités et l'Hexagone mais d'autres mesures ont dû être adaptées aux réalités des territoires.

**L'article L 1803-4 du code des transports prévoit l'éligibilité de l'aide à la continuité territoriale dans les transports intérieurs sous conditions de difficultés d'accès du territoire :**

« (...) L'aide à la continuité territoriale peut aussi financer une partie des titres de transport entre les collectivités mentionnées à l'article L. 1803-2 à l'intérieur d'une même zone géographique ou **à l'intérieur d'une même collectivité, en raison des difficultés particulières d'accès à une partie de son territoire.** Un arrêté conjoint du ministre chargé des transports et du ministre chargé de l'outre-mer définit les déplacements éligibles à cette aide en application du présent alinéa. »

Seule la Guyane en bénéficie à ce jour<sup>46</sup>. Cette continuité territoriale intérieure impose à la compagnie aérienne desservant ces escales des obligations de service publics. Ainsi Air Guyane doit respecter une obligation de continuité de service en réalisant un minimum de rotations sur ces destinations et la mise à disposition d'une capacité minimale de sièges. Elle doit aussi proposer un tarif de base et un tarif réduit.

Les deux soutiens conjoints de l'État et de la collectivité sur la desserte intérieure permettent une réduction notable des prix<sup>47</sup>.

En matière de transport sanitaire, les principales problématiques reposent sur les distances à parcourir, la disponibilité des moyens aériens de nuit et la qualité des infrastructures aéroportuaires<sup>48</sup>.

46) Afin de désenclaver les communes à l'intérieur de la Guyane, très isolées, l'arrêté du 13 décembre 2010 a fixé les liaisons aériennes éligibles aux déplacements intérieurs : Cayenne-Maripasoula, Cayenne-Grand-Santi, Cayenne-Saul, Saint-Laurent-du-Maroni-Grand-Santi, Saul-Maripasoula.

47) À titre d'exemple, pour les passagers du Cayenne-Maripasoula le tarif s'élève à 124,88 euros TTC pour un aller-retour alors que le prix réel devrait atteindre 405 euros selon un audit mené par la compagnie Air Guyane.

48) ANNEXE 5 – Les aérodromes de Polynésie française

En effet, le défaut de balisage et la nécessité de procéder à des extensions des pistes (Ua Pou et Ua Huka notamment) pour permettre l'atterrissage de nuit des aéronefs génère la réalisation de nombreuses évacuations sanitaires urgentes par les forces armées à des prix très prohibitifs pour la collectivité, les aérodromes sont soumis aux règles de sécurité aériennes relevant de la compétence de l'État, voire de l'Union européenne.

Bien que l'amélioration du balisage des pistes d'aérodromes ait été identifiée comme un point à améliorer dans les orientations retenues par le schéma directeur interinsulaire 2015-2025<sup>49</sup>, force est de constater que ces mesures n'ont toujours pas été déployées à ce jour pour rendre les vols possibles de nuit et accroître l'amplitude horaire des évacuations sanitaires réalisables par Air Archipels.

Selon les auditions menées par les rapporteuses, les travaux de balisages des pistes se heurtent en premier lieu à leurs coûts d'investissement qui s'élèveraient à près de 200 000 000 F CFP par aérodrome<sup>50</sup> (en incluant le redimensionnement électrique qu'imposent les équipements électroniques pour installer des télécommandes automatiques) mais surtout au coût de fonctionnement généré par la maintenance (vétusté prématurée en raison de la corrosion par le sel marin et de l'insolation, qui nécessite un entretien fréquent et régulier), alors que les aérodromes n'assurent aucun vol régulier de nuit, ces derniers étant fermés. Par conséquent, le choix en faveur des balises mobiles correspondant au minimum exigé par les forces armées semble avoir été privilégié.

En outre, il a été porté à la connaissance des rapporteuses, que quand bien même le balisage permanent des pistes serait effectif, les horaires d'ouverture des services d'État du contrôle aérien<sup>51</sup> rendent impossible l'atterrissage des aéronefs d'Air Archipels faute pour les agents dédiés de disposer d'un téléphone de service ainsi que d'un régime d'indemnisation en cas de déplacement. Tel est notamment le cas de Moorea hébergeant pourtant une population permanente de près de 18 000 habitants et multipliée par deux lors des week-ends où les policiers municipaux (*muto'i*) sont fréquemment sollicités pour se rendre au domicile des contrôleurs et solliciter leur intervention.

S'agissant des agents AFIS<sup>52</sup> du Pays et selon les informations transmises aux rapporteuses, leurs services sont fermés la nuit. Néanmoins, ces agents restent joignables et se déplacent pour la réalisation d'un évéas.

Cette organisation administrative basée sur des horaires d'ouverture de jour apparaît fortement préjudiciable pour répondre aux besoins sanitaires d'urgence dès lors que cela conditionne la transmission de paramètres d'accessibilité essentiels pour confirmer que la piste et le balisage nocturne sont opérationnels et permettent *in fine* la réalisation d'évacuations sanitaires de nuit ou de réaliser des escales techniques ainsi que des ravitaillements en carburant lors d'évéasans à programmer sur des longues distances comme aux îles Marquises ou encore à Rapa.

Toutefois, selon les informations transmises aux rapporteuses, plusieurs aérodromes seraient dotés de systèmes de balisage télécommandés d'ancienne génération installés par l'État et qui permettraient de pallier les contraintes de disponibilité des personnels.

Bien que l'hôpital d'Afareaitu dispose d'une hélistation moderne dans le cadre de la prise en charge des accouchements de Moorea, cette dernière est insuffisamment exploitée faute de disposer d'un hélicoptère dédié aux évéasans d'urgence. En effet, la convention conclue par la CPS avec la société TNH<sup>53</sup> n'inclut pas dans les accords tarifaires négociés un forfait mensuel couvrant les frais fixes de la société à l'instar de la société Air Archipels. De ce fait, cette dernière répond aux demandes de la CPS selon la disponibilité de ses pilotes.

.....  
49) Voir B7 – L'amélioration des conditions d'évéasans : le balisage des pistes.

50) Ces investissements sont à la charge du Pays même si leur amortissement est imputé sur la taxe aéroportuaire.

51) Les contrôleurs aériens de l'aérodrome de Moorea relèvent de la tutelle de l'État.

52) Aerodrome Flight Information Service. Ce service d'information et d'alerte est rendu dans certains aéroports, en l'absence de contrôleurs aériens (quand le trafic est faible ou à des horaires non couverts par le contrôle aérien). Les agents AFIS fournissent aux pilotes le service d'information (paramètres météo, information sur l'aérodrome, trafic en cours...) et assure l'alerte en cas de risques ou d'accident (<http://www.aeroport.fr>).

53) La société Tahiti Nui Helicopters dispose d'une base située à l'aéroport de Tahiti Faaa et une base à Bora Bora (station de Pago) ce qui lui permet de développer son activité de transport de personnes en Polynésie française et plus particulièrement sur l'archipel de la société.

Par ailleurs, la priorisation et la réalisation de l'extension des pistes se justifieraient par le fait que la conduite des investissements opérationnels à réaliser ne relève pas directement de la Direction de l'aviation civile mais de la subdivision des aérodromes territoriaux de la Direction de l'équipement qui relève d'une autre tutelle administrative.

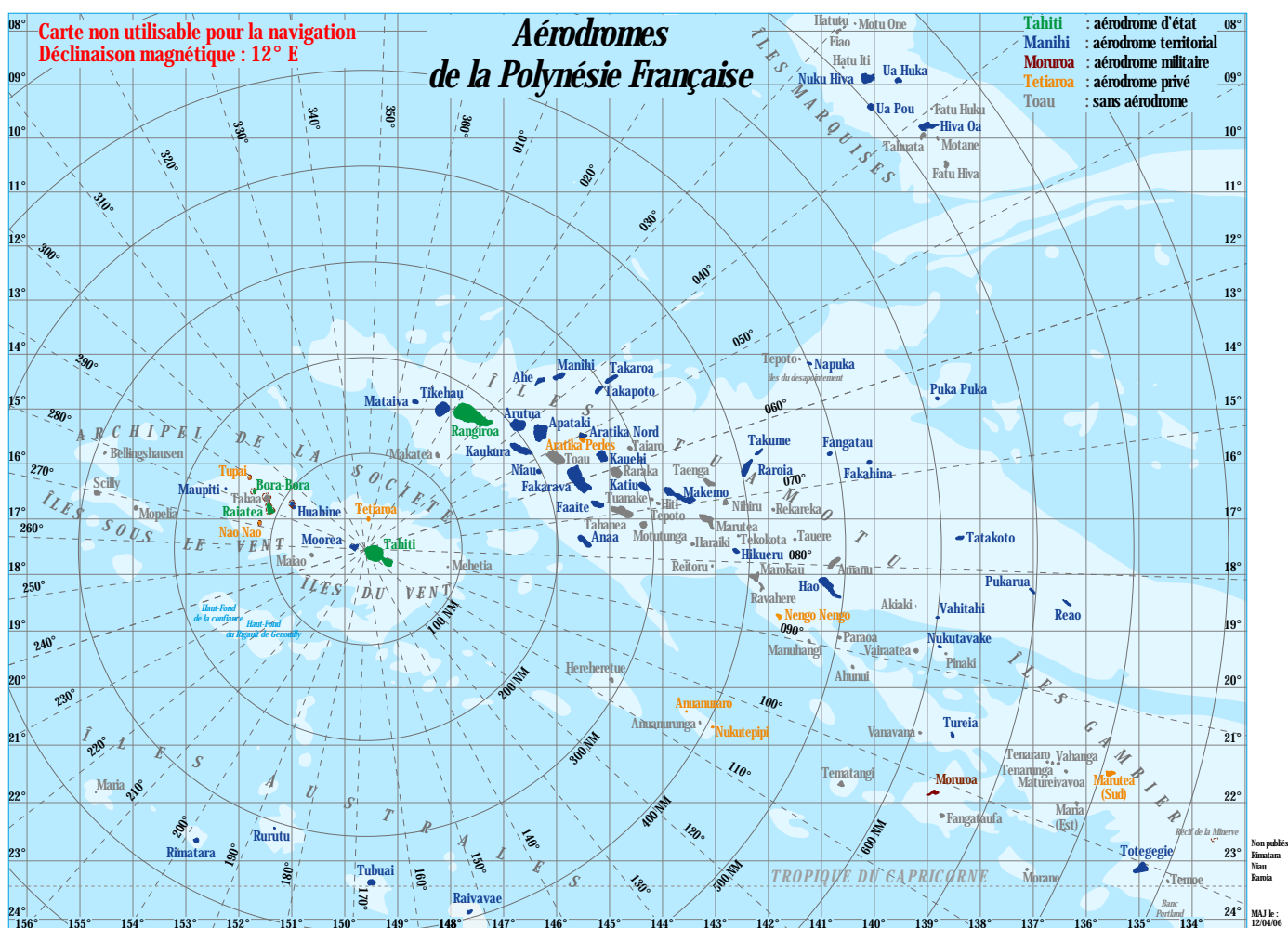
Toutefois, et compte tenu des difficultés récurrentes soulevées par les compagnies aériennes (Air Tahiti comme Air archipels) concernant les altiports d'Ua Pou et Ua Huka ayant conduit à des suspensions de vols<sup>54</sup>, les rapporteurs de la mission sollicitent que les travaux d'études d'extension des pistes de ces aérodromes soient priorités compte tenu du bassin de population concerné et de la présence d'un hôpital périphérique à Nuku Hiva.

Tableau 3 : Données sur les aérodromes

- 47** aérodromes publics en Polynésie française : 1 État - 46 Pays <sup>55</sup>
- 1** aérodrome militaire
- 8** aérodromes privés
- 21** aérodromes équipés avec balisage sommaire « 6 balises »
- 33** aérodromes totalement inaccessibles de nuit sauf en Hélicoptère Dauphin par l'armée.



Graphique 2 : Carte SEAC des aérodromes de Polynésie



54) Les pilotes aériens disposent de l'opportunité de refuser d'atterrir sur une piste s'ils jugent que les moyens de sécurité mis en œuvre par l'exploitant sont insuffisants (balisage, arbre, etc.).

55) En incluant le transfert des exploitations des aérodromes de Bora Bora, Rangiroa et Raiatea

Outre l'amélioration de la qualité des infrastructures aéroportuaires, il convient également de veiller à la sécurisation des quais dans les îles dépourvues d'aérodrome de manière à ce que les armateurs puissent en toute sécurité embarquer et débarquer les patients dans des conditions sécurisées.

Aussi cocasses que puissent paraître les sauts acrobatiques des passagers embarquant sur la navette maritime Te Ata o Hiva ou empruntant le canot pneumatique de sauvetage pour éviter d'exposer le navire à des risques d'échouage sur le quai, faute de digue, ces situations apparaissent relever d'un temps révolu. Elles sont fortement accidentogènes pour les habitants comme pour les visiteurs se rendant sur l'île. Les fractures des membres inférieurs de plusieurs habitants ont donné lieu à plusieurs évacuations sanitaires d'urgence qui doivent interpeller le gouvernement sur la nécessité de construire une digue dans les meilleurs délais. Les rapporteuses ont d'ailleurs fait l'expérience à Fatu Hiva et Tahuata de ces conditions périlleuses d'embarquement et de débarquement.

Les conditions d'éclairage et l'état des routes fréquentées doivent être également faire l'objet d'une attention particulière afin d'améliorer la sécurité des conducteurs des patients évasanés de nuit. Le caractère sinueux de la route située entre Taiohae et l'aérodrome de Nuku a Taha-Terre Déserte dont le parcours nécessite une durée de 1 h 30 de jour présente **une forte dangerosité de nuit** compte tenu de l'absence d'éclairage et du nombre important de **360 virages** en l'absence de dispositifs réfléchissants et de barrières de renfort mais également de la divagation des chevaux.



*Routes Marquises*

Enfin, en termes d'infrastructures, il a également été souligné aux rapporteuses lors de la mission, la nécessité de doter les formations sanitaires de chambre froide afin de pouvoir conserver les corps des défunts dans l'attente de la disponibilité d'un vol régulier. En effet, selon les personnes auditionnées au cours de la mission dans les îles, les méthodes de conservation des dépouilles sont de nature à porter atteinte à la dignité humaine dans certains cas.

## ZOOM SUR LA SITUATION SANITAIRE EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

(La suppression de l'Observatoire de la santé à partir de 2004 a limité la production de données de santé)

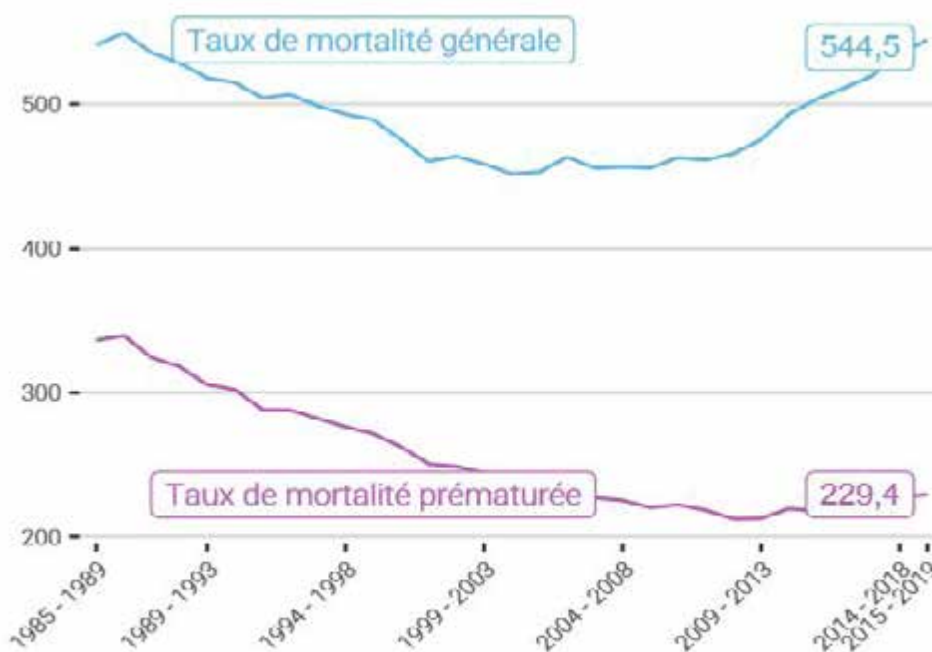
Selon les données et études établies par la Direction de la santé sur l'analyse des causes de décès en Polynésie française, le taux de mortalité de la population générale a diminué de 2,3 % en moyenne par an entre 1984 et 2010, mais ce dernier s'inscrit depuis lors à la hausse à raison du vieillissement de la population selon les données publiées par l'ISPF. Sur la période 2015-2019 le taux de mortalité est de 549,8 décès pour 100 000 habitants alors que le taux le plus haut enregistré était de 451,6 sur la période 1999-2003.

Par ailleurs, cette même étude dresse une situation sanitaire qui reste préoccupante, et en particulier pour les pathologies liées aux comportements à risque telles que les maladies cardio-vasculaires, les tumeurs, et les causes externes de blessure (accidents de transport, suicides, noyades, etc.) qui ont été responsables de 6 décès sur 10 sur la période 2005-2010.

De surcroît, le diagnostic dressé par le document portant Orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé de la Polynésie française est sans fard sur la situation sanitaire. Si l'espérance de vie des Polynésiens s'améliore, concomitamment l'évolution des maladies génère des enjeux préoccupants pour la santé publique. Ainsi, la situation épidémiologique prend des tendances similaires à celles des pays développés avec :

« L'augmentation de l'espérance de vie (76 ans en 2013 contre 53 ans en 1952) ; le recul de la mortalité liée aux maladies infectieuses ; le développement des maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale...) devenant les causes majeures de mortalité et de morbidité ; l'apparition de nouveaux risques pour la santé publique (maladies émergentes, pollutions environnementales...) souvent causés par l'homme ».

Graphique 3 : Évolution des taux de mortalités de 1985 à 2019 en Polynésie française



Source : Etat civil 2019



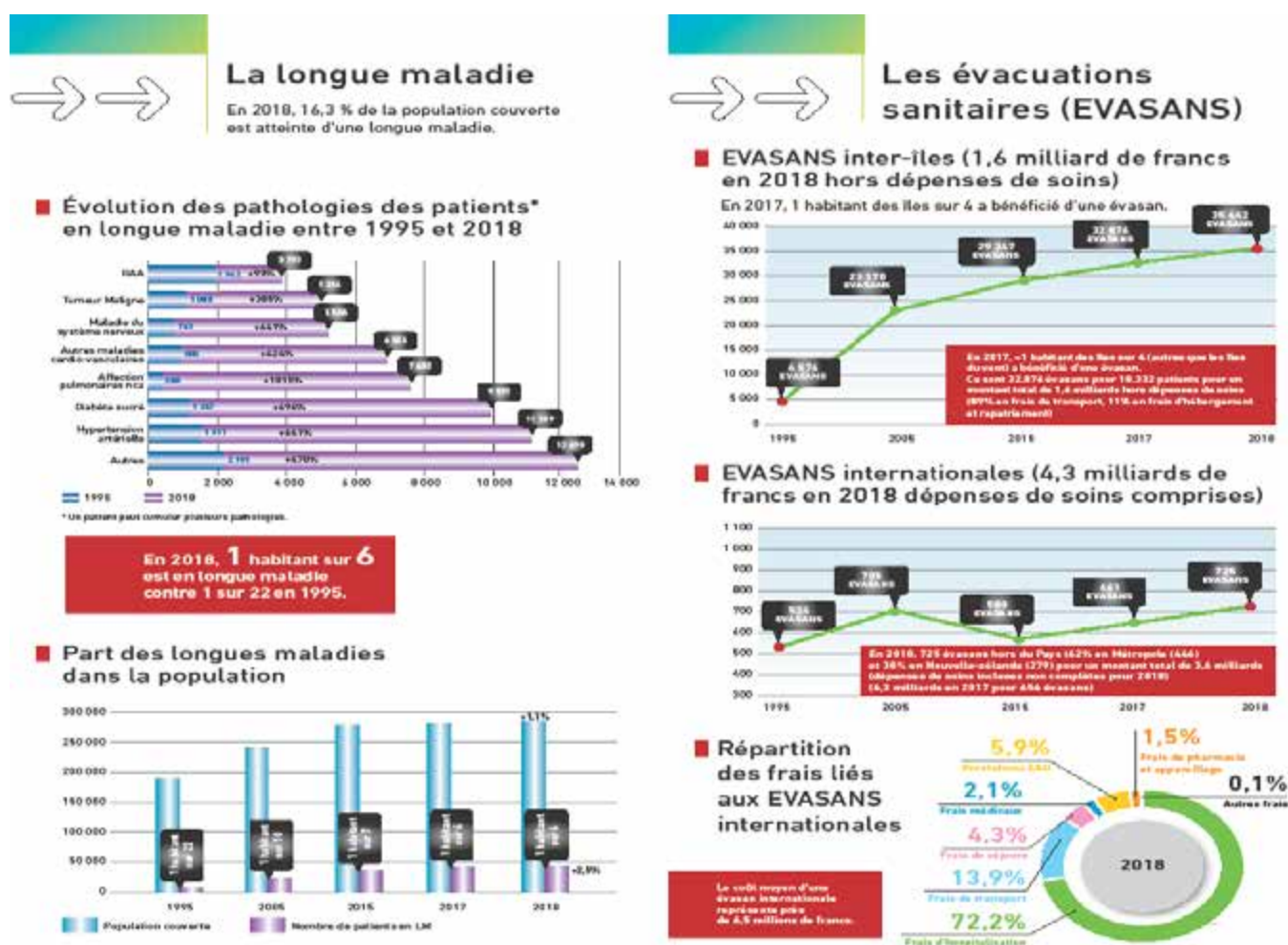
Les besoins et les coûts de santé iront croissants en raison du vieillissement de la population. Il importe d'anticiper les réponses aux besoins d'accompagnement et d'hébergement des personnes âgées comme cela a été signalé aux rapporteurs lors de l'audition de la communauté médicale de l'hôpital d'Uturoa.

Selon les chiffres-clés de la PSG au 31 décembre 2018 mis en ligne par la CPS, **1 Polynésien sur 6 est en longue maladie en 2018** contre 1 sur 22 en 1995. Sur une population générale estimée à 278 000 habitants environ, la CPS recensait **plus de 46 300 polynésiens en longue maladie** contre 5836 en 1994, soit une augmentation en 24 ans de près de 800 % correspondant à 405 000 patients supplémentaires.

**Ces 46 300 Polynésiens en longue maladie qui représentent 16,3 % de la population générale consomment à eux seuls la moitié des dépenses de l'assurance maladie, c'est-à-dire 26 milliards de F CFP environ.** Ces dépenses sont amenées à croître, car le nombre de Polynésiens en longue maladie augmente de **3 000 nouveaux cas chaque année.**

**Cette situation est intenable et risque de mettre en péril l'équilibre de notre PSG.**

Graphique 4 : Évolution de la longue maladie et des évacuations sanitaires de 1995 à 2018



- Malgré une offre de santé d'apparence très généreuse, compte tenu de l'éclatement et de l'étendue géographique de la Polynésie française, celle-ci souffre en réalité d'une insuffisance de moyens humains et financiers pour garantir la continuité et la permanence des soins dûs au patient, ce qui génère une augmentation des demandes d'évacuations sanitaires sur Tahiti.
- Cette offre de santé risque également d'être encore plus mise à mal si les politiques publiques sanitaires ne parviennent pas à freiner l'évolution exponentielle des patients en longue maladie.

## AXE 2

### RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS LIÉES AUX INFRASTRUCTURES AÉROPORTUAIRES, PORTUAIRES ET ROUTIÈRES ET AUX DISTANCES À PARCOURIR

**4** Clarifier les conditions de prise en charge financière des transport terrestres et maritimes entre le domicile du patient et l'aérodrome

**5** Conclure des conventions d'hébergement avec des pensions de famille de Raivavae, Tubuai, Nuku Hiva et Hiva Oa pour la gestion des évacués programmés depuis Rapa, Tahuata et Fatu Hiva

**6** Garantir une prise en charge financière équitable du transport des patients du domicile à l'aérodrome entre les assurés sociaux des différents archipels et imputer ces dépenses sur le fonds du transport sanitaire

**7** Solliciter le concours financier de l'État sur la base de l'article L 1803-4 du code des transports

**8** Doter les aérodromes d'un système de balisage télécommandé

**9** Prioriser les travaux d'études d'extension des pistes des aérodromes d'Ua pou et Ua Huka et transférer la subdivision de l'équipement des aérodromes territoriaux (DÉQSAT) à la Direction de l'Aviation civile Pays

**10** Construire une digue à Tahuata et améliorer celle d'Omoa à Fatu Hiva pour garantir aux patients des conditions d'embarquement et de débarquement sécurisées

**11** Installer des dispositifs réfléchissants au sol sur la route jusqu'à l'aérodrome de Terre Déserte pour sécuriser le transport de nuit des patients

**12** Doter au moins une formation sanitaire par île d'une chambre froide afin de conserver le corps des défunts dans des conditions humaines et sanitaires décentes



## 2) LES RÉALITÉS DE L'INÉGALITÉ TERRITORIALE DE L'OFFRE DE SOINS

S'agissant des centres médicaux et infirmeries, les inégalités de l'offre de soins constatées par les rapporteuses portent sur les équipements, notamment en matériels permettant de réaliser des actes médicaux essentiels (radiologie). Il en va de même en matière de moyens humains. Les sous-effectifs et les postes vacants non pourvus par des personnels itinérants peuvent conduire à des situations d'astreinte permanente de personnels de santé exerçant en postes isolés et d'épuisement professionnel, contrairement aux dispensaires d'Uturoa situé à proximité du service d'urgence de l'hôpital d'Uturoa ou encore de l'antenne de télé-médecine de la Subdivision des Tuamotu-Gambier située à Papeete.

### 2.1) Des écarts de développement et l'instabilité chronique des personnels des formations sanitaires dans les îles excentrées

Les conditions de recrutement et de prises de fonction participent pour une grande part à l'instabilité chronique des agents de la Direction de la santé en poste dans les îles éloignées. Les déclarations des personnels de santé auditionnés par les rapporteuses illustrent ce problème récurrent :

- *« Le problème des contrats ? Il faut que ça passe par les bureaux, là où ça bloque le plus souvent c'est à la DGRH de la fonction publique. Parce qu'il y a beaucoup d'intermédiaires avant. Le minimum pour recruter quelqu'un, en tout cas un médecin, c'est minimum plus de deux mois. Il y a trop d'intermédiaires et il y a un manque parfois d'informations. En tout cas, il y a une succession d'intermédiaires et les gens se lassent.*
- *J'ai failli ne pas venir ici parce que je travaille en métropole, ça a traîné jusqu'à un moment où j'ai une vie en France que je suis en train d'abandonner pour venir travailler ici. On me dit « attendez, c'est encore à la signature du Président. »*
- *Il y en a même un qui est venu et qui est reparti. Son contrat ne correspondait pas à ce qu'on avait annoncé parce qu'ils n'envoient pas ton contrat. Il faut que tu viennes signer ton contrat et qu'arrivé à Tahiti, ce n'est pas du tout ce qu'on t'avait expliqué, le salaire n'est pas la même chose. C'était un chirurgien.*
- *J'ai un médecin qui est venu, qui n'est pas à l'échelon qu'il aurait dû être pour une histoire de papier qu'il n'a pas transmis en première intention, ça met du temps à digérer, on a une démarche administrative extrêmement lourde ici.*
- *Au-delà de ça, vous avez un médecin qui est retraité, vous n'allez pas le payer comme un jeune qui sort de l'internat. »*

La procédure et les conditions de recrutement du personnel médical rencontrent de nombreuses difficultés de longue date dans les îles excentrées de Tahiti en raison de l'insuffisance de mesures incitatives pour compenser les conditions d'exercice, d'isolement et d'astreinte permanente qu'induit la pratique de la médecine en poste isolé.

En effet, malgré un vivier de médecins intéressés pour venir exercer en Polynésie, la complexité de la procédure administrative ainsi que les conditions de recrutement offertes finissent bien souvent par les rebuter. Il en résulte, d'une manière générale, un turn over très important (1 ou 2 ans) que la Direction de la santé peine à contrecarrer d'autant que la maîtrise des procédures incombe à la Direction générale des ressources humaines de la Polynésie française.

Ainsi, des médecins peuvent se déplacer jusqu'en Polynésie française et refuser de signer leur contrat au motif qu'il ne retient pas les mêmes conditions d'embauche que celles initialement proposées. De même, il est parfois constaté que les médecins refusent d'exercer jusqu'au terme de leur contrat du fait qu'ils perçoivent trop tardivement leur rémunération (jusqu'à 5 mois) ainsi que leurs diverses indemnités. Une fois affectés dans les îles, ces difficultés se renchérissent dès lors que les personnels de santé ne peuvent ni accéder à des formations, ni à des remplacements quand ils s'absentent.

De plus, il ne peut être occulté que les conditions d'exercice spécifiques des îles induisent une astreinte permanente et continue si les postes ne sont pas doublés. Ainsi, un médecin qui aura géré les urgences de nuit devra dès le lendemain matin assurer les consultations et les soins, hormis le fait qu'il percevra son premier salaire cinq mois après sa prise de fonction et sera indemnisé tardivement des astreintes effectuées.

Le régime actuel d'indemnisation des astreintes de nuit<sup>56</sup> nécessite manifestement d'être revalorisé eu égard aux contraintes qu'impliquent les conditions d'exercice dans un centre médical isolé d'un archipel éloigné comparé à ceux de Tahiti qui ferment à 15 h 30. La différence est ainsi frappante entre les médecins affectés à la subdivision des Tuamotu-Gambier et ceux à Rikitea ou à Hao d'autant que ces îles ne disposent d'aucun médecin libéral.

Ainsi, des auditions tenues par les rapporteuses, il ressort que la stabilisation des équipes médicales dans les îles, repose sur l'amélioration des conditions de recrutement qui n'apparaissent pas à la hauteur de la disponibilité et de l'investissement permanent que requiert l'affectation dans une île éloignée et souvent dépourvue de moyens sanitaires modernes. Les attentes des personnels de santé portent principalement sur :

- ◆ Les délais de recrutement trop longs (6 à 8 semaines dans le meilleur des cas contre 5 jours en Nouvelle-Calédonie<sup>57</sup> et en Guyane) ;
- ◆ Le nombre trop important de pièces requises pour construire un dossier de recrutement (18 pièces dont 2 nécessitent d'être datées de moins de 3 mois) ;
- ◆ La délivrance tardive des billets d'avion ;
- ◆ Les multiples actes administratifs liés au recrutement qui justifient de trop nombreux échanges courriels, et *in fine* un arbitrage par un ministre autre que celui de la santé ;
- ◆ L'indemnité d'isolement ;
- ◆ Les conditions de logement sur le lieu de travail ;
- ◆ L'indemnisation du régime des gardes et astreinte ;
- ◆ Les conditions de reprise d'ancienneté ;
- ◆ L'impossibilité de doubler les postes, faute de logement disponible ;
- ◆ Les difficultés de remplacement en cas d'absences (formation<sup>58</sup>, congés annuels, arrêt maladie).

Ces constats faits sur le terrain par les rapporteuses sont corrélés par l'état des lieux effectué par la Direction de la santé. En 2018, celle-ci a procédé à environ 300 recrutements (renouvellement inclus) toutes filières confondues, par le biais de trois cellules administratives hors intervention de la cellule recrutement :

*« Il y a en moyenne 3 échanges courriels par candidat entre la cellule recrutement et la structure émettrice de la demande de recrutement avant le recrutement effectif du candidat => en moyenne 1 000 courriels rédigés par la cellule recrutement. »<sup>59</sup>*

Cet état des lieux met en exergue :

- ➔ Une faible anticipation des futurs postes vacants (vision au mieux à 2 mois) ;
- ➔ Une absence de rigueur dans la collecte des pièces et la rédaction des actes ;
- ➔ Une méconnaissance persistante des délais nécessaires pour instruire des dossiers ;
- ➔ Un manque de maîtrise des outils internes et notamment du DUOG<sup>60</sup> ;
- ➔ Des délais d'anticipation plus importants pour les recrutements à l'extérieur de la Polynésie.

Ainsi, il s'écoule « 2 mois à minima avant prise de fonction pour la transmission du dossier complet car il faut prévoir la réquisition pour le billet d'avion qui attend la validation du contrat par le Président de la Polynésie française ». Avant la signature de son contrat et sa prise de fonction effective, un futur agent devra franchir pas moins de dix étapes dans la procédure de recrutement.

.....

56) Un médecin perçoit une indemnisation de 9000 F CFP pour une astreinte de nuit en semaine.

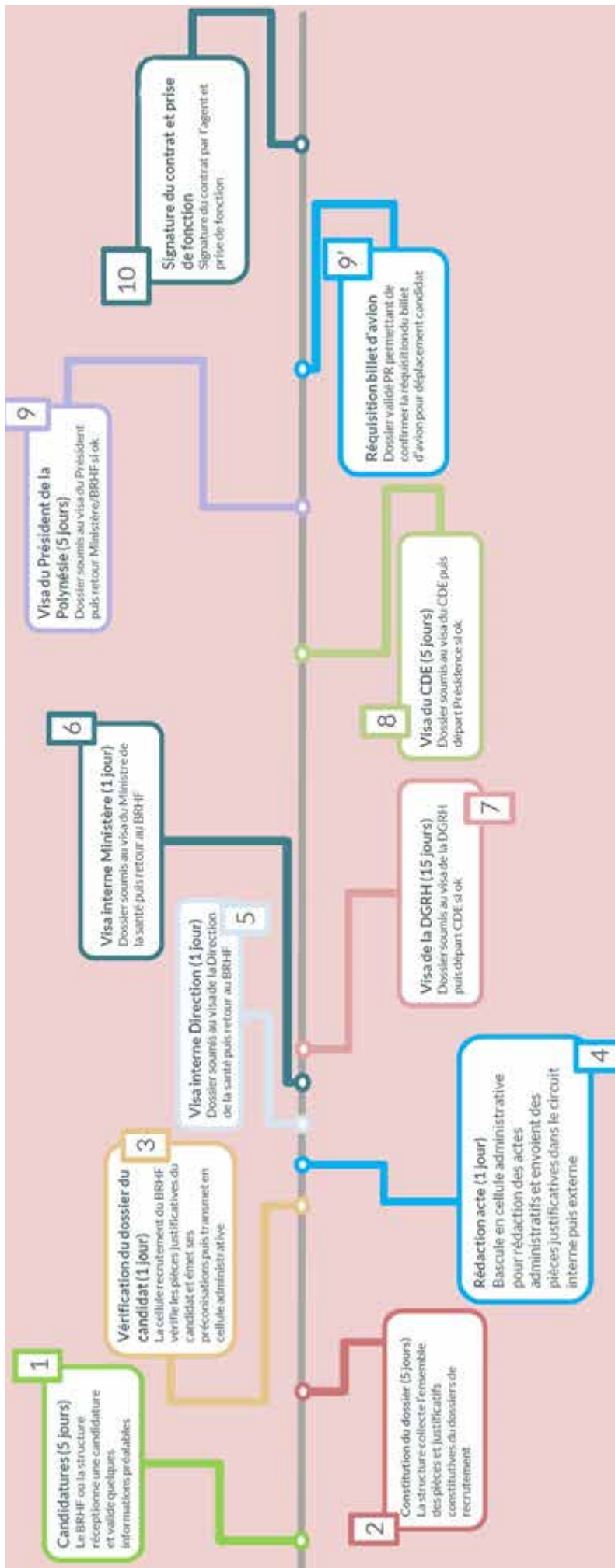
57) En Nouvelle – Calédonie, les recrutements des personnels médicaux s'effectuent sur la production de leur CV. Par ailleurs, les conditions de rémunération sont plus attractives.

58) Les formations sont difficilement accessibles par le personnel de santé exerçant en poste isolé dès lors qu'il n'est jamais remplacé. De ce fait ces derniers se rendent aux formations sur leur jour de congés. **Parmi les formations sollicitées figurent la formation sur la leptospirose et aux premiers secours.**

59) PowerPoint « Perspectives de recrutement 2019 à la Direction de la santé ».

60) Le document unique d'organisation et de gestion (DUOG) est un tableau de bord qui facilite la gestion et le pilotage d'un service.

Tableau 4 : Processus de recrutement à la Direction de la santé



À ces délais internes entre service instructeur et service de recrutement, s'ajoute le parcours de chaque dossier de recrutement qui doit obtenir les visas impératifs de deux autorités de contrôle du Pays, en l'occurrence :

- ◆ La direction générale des ressources humaines (DGRH) qui vérifie la légalité des projets d'actes (projets de contrat, arrêtés...) pendant un laps de temps de 15 jours ;
- ◆ Le contrôleur des dépenses engagées (CDE) pour vérifier la légalité des imputations budgétaires inscrites dans le projet de contrat pendant 5 jours.

Pour pallier les difficultés de recrutement, la Polynésie française a imaginé un contrat spécifique de personnels itinérants (5 médecins, 18 infirmiers, 15 auxiliaires de soins) qui bien qu'il présente le mérite d'exister ne permet pas toujours de pallier les besoins des postes non pourvus.

Les difficultés de recrutement engendrent une carence récurrente de personnel et de nombreuses difficultés à médicaliser les îles excentrées, ce qui génère des évacuations sanitaires évitables sur Tahiti tandis que le personnel paramédical insuffisamment formé ou qualifié pour poser un diagnostic ou pour faire face à toutes les situations médicales, parent aux malheurs du quotidien comme ils le peuvent en démultipliant les évènements pour des raisons pas toujours justifiées ou, pire, en omettant de les déclencher alors qu'elles s'avèreraient nécessaires.

.....  
: Ces complications génèrent **un épuisement professionnel et un stress permanent pour les** :  
: **personnels de santé** qui doivent, quelles que soient les circonstances, faire face seuls à des :  
: situations sanitaires **qui ne relèvent aucunement de leur ressort compte tenu de leur niveau** :  
: **de compétences.** :  
.....

Faute de présence de la sécurité civile et de moyens de transport, des personnels de santé sur Tahuata ont ainsi été amenés avec l'aide de la population à prendre en charge le cadavre mutilé d'un touriste décédé après une importante chute de plusieurs dizaines de mètres et à devoir effectuer des actes importants de reconstruction faciale pour qu'il puisse être présenté à son épouse. Après une longue attente, le défunt a finalement été transporté par speed-boat le lendemain matin directement à la morgue d'Atuona grâce à l'intervention volontaire d'un habitant de Nuku Hiva. Choqués et épuisés, les personnels de santé ont dû assurer les consultations de jour dès le lendemain.

Clairement, les conditions d'exercice, le manque d'effectif et les caractéristiques des postes des personnels soignants génèrent une réelle souffrance psychique des personnels exerçant en poste isolé et les conduisent à un épuisement professionnel<sup>61</sup>.

Sur ce point, les rapporteuses de la mission alertent particulièrement le ministre en charge de la santé sur la nécessité de prendre en considération l'état de santé des agents exerçant de manière prolongée en poste isolé qui font véritablement face à des situations d'épuisement professionnel ou *burn out*<sup>62</sup> et de doubler certains postes d'infirmière en sollicitant la création de postes CEAPF sur les secteurs identifiés.

.....  
61) Selon la Haute Autorité de la Santé (HAS), le burn out professionnel se traduit par un syndrome caractérisé par un état de fatigue extrême, tant physique que mentale, attribué à la profession exercée et aux conditions de son exercice.

62) Selon l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS), en matière de santé et de sécurité au travail, le burn out identifié initialement parmi les personnels soignants, est un « syndrome d'épuisement professionnel » regroupant « un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante. Il se caractérise par 3 dimensions :

- l'épuisement émotionnel : sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles,
- la dépersonnalisation ou le cynisme : insensibilité au monde environnant, déshumanisation de la relation à l'autre (les usagers, clients ou patients deviennent des objets), vision négative des autres et du travail,
- le sentiment de non-accomplissement personnel au travail : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, dépréciation de ses résultats, sentiment de gâchis... ».

Au terme de ce chapitre 2.1. sur les écarts de développement et l'instabilité chronique des personnels des formations sanitaires dans les îles excentrées, les rapporteuses préconisent :

## AXE 3

### LUTTER CONTRE LES DÉFICITS RÉCURRENTS DE PERSONNELS SOIGNANTS ET AMÉLIORER LEURS CONDITIONS DE RECRUTEMENT ET D'EXERCICE

13

Redéployer les médecins de la subdivision des Tuamotu-Gambier basés à Papeete dans les formations sanitaires isolées et programmer des consultations avancées de médecins généralistes dans les îles dépourvues de centre médical

14

Dans les îles dépourvues de médecins libéraux, doubler les postes de médecins dans les centres médicaux. Dans les îles pourvues de médecins libéraux, les associer au tableau des astreintes de nuit et le week-end



15

Indemniser à leur juste valeur le temps de travail et le niveau de responsabilité des personnels de santé exerçant en milieu isolé dans les îles

16

Attribuer la procédure de recrutement des personnels de santé au ministre en charge de la santé et confier à un opérateur unique (le CHPF) tous les recrutements des personnels de santé du secteur public et les concours inhérents

17

Faire bénéficier les personnels soignants exerçant en poste isolé de la formation continue obligatoire, d'un plan de prévention de l'épuisement professionnel avec la médecine du travail et de postes d'infirmier dans les secteurs identifiés manquants

#### 2.2) Des Consultations Spécialisées Avancées (CSA) trop surchargées pour être accessibles à tous

Le réseau inter-îles apparaît au début des années 1990 à l'initiative de cardiologues (pour le rhumatisme articulaire aigu), d'ophtalmologues et de psychiatres. Ceux-ci mettent en place en partenariat avec les médecins généralistes des archipels, des CSA afin d'améliorer l'offre de soins dans les îles dépourvues de spécialistes. Des études de la CPS et de la Direction de la santé permettent de formaliser ce dispositif dans le schéma d'organisation sanitaire.

Élaborée en 2003, une première convention-cadre tripartite liant le CHPF, la CPS et la Polynésie française crée une cellule opérationnelle de soins du réseau inter-îles, conformément à une préconisation du schéma d'organisation sanitaire<sup>63</sup>. Ladite cellule organise, gère, coordonne les missions des médecins spécialistes du CHPF pour offrir aux patients des îles au plus près de leur domicile, des consultations spécialisées et interventions chirurgicales *in situ* et diminuer le coût des évacuations sanitaires interinsulaires vers Papeete par une meilleure programmation des déplacements.

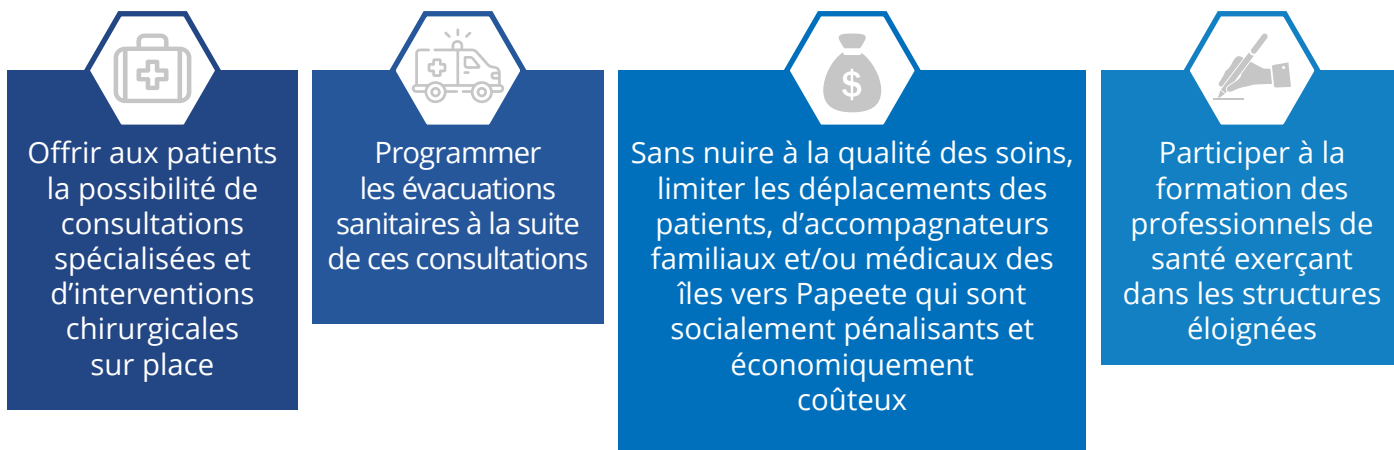
Cette convention concerne les structures sanitaires de la Direction de la santé (hôpitaux périphériques, centres médicaux, dispensaires et infirmeries) qui bénéficient désormais de la contribution progressive de plusieurs disciplines médicales et chirurgicales à la mise en œuvre de ce réseau de soins : *Angiologie, Cardiologie, Endocrinologie Diabétologie, Gynécologie Obstétrique, ORL, OPH, Pneumologie, Psychiatrie et plus récemment Urologie ainsi que la prise en charge de la douleur, tout en assurant la formation médicale continue des professionnels de santé en poste.*

63) <http://www.chpf.pf/2018/07/18/reseau-inter-iles/>

Elle élargit son partenariat aux cardiologues et gynécologues du secteur libéral pour l'année 2003 par des conventions particulières annuelles, et renforce son périmètre d'action aux centres médicaux des Tuamotu-Gambier et aux hôpitaux des Îles du-Vent. Elle fixe par avenant ses programmes annuels et son enveloppe financière.

Le bilan quantitatif réalisé par les parties concernées ainsi que la remontée en provenance des médecins ou du subdivisionnaire de la Direction de la santé ont mis en évidence d'une part, la nécessité de développer ce dispositif pour mieux répondre aux besoins de consultations spécialisées des populations et d'autre part, de mieux le cadrer afin d'en assouplir le fonctionnement.

À cet effet, la CPS, le CHPF et la Direction de la santé ont convenu d'établir une convention comme moyen de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, en dépêchant des spécialistes locaux salariés du CHPF et de la Direction de la santé ou des antennes de la CPS pour :



Chaque année, cette convention est mise en place sous la forme d'un contrat d'objectifs et de moyens qui fixe un planning et assure son financement.

Une deuxième convention-cadre pour l'établissement de contrats d'objectifs annuels relatifs aux missions de praticiens du CHPF et de la Direction de la santé dans les structures publiques de santé publique, entre le Pays, la CPS et le CHPF est établie en avril 2006 pour mieux organiser les missions dévolues aux consultations spécialisées avancées dans ces archipels. Si la CPS finance les frais de transport et le fonctionnement du réseau inter-îles, la Direction de la santé paie les frais de missions tandis que le CHPF met à disposition le personnel médical et paramédical nécessaire (infirmiers, médecins, sages-femmes) grâce à sa dotation globale.

Ses avenants intègrent :

- ◆ Des modifications complémentaires par objectif (participation à la formation des personnels de la direction de la santé), champ d'action (toutes les structures de la direction de la santé) ou spécialités (oncologie, cardiologie aux Îles Sous-le-Vent) ;
- ◆ Ou des restrictions : non-renouvellement du partenariat avec le secteur libéral, arrêt des CSA en psychiatrie adulte à Taravao (en 2009, au vu du principe convenu de l'arrêt des CSA lors de l'installation d'un spécialiste sur le site). Les CSA de pédopsychiatrie seront mises en place en 2012, arrêtées en 2015 car parallèlement, le CHPF reçoit un contrat d'objectifs et de moyens spécifique pour la mise en place de la sectorisation de la pédopsychiatrie depuis 2014 ;
- ◆ Des outils organisationnels (mise en place de la cellule de soins du réseau inter-îles du CHPF chargée de gérer les missions de CSA et d'une commission technique tripartite).



En 2015, un bilan d'activité 2006 à 2014<sup>64, 65</sup> du RIL dressé par les médecins-inspecteurs de la Direction de la santé établit un quota de 10 000 CSA environ réalisées chaque année, pour un coût de l'ordre de 153 millions F CFP en 2014. Leur nombre dans chaque discipline dépend de la disponibilité des praticiens spécialistes. Les déplacements sur sites dans les îles éloignées occupent 40 % du temps total de mission. **Le nombre d'évasans augmente de 8 % sur la période, leur coût de 40 %. Le nombre de patients augmente de 6,5 % mais les réquisitions d'évasans urgentes diminuent de 14 %.**

Quant aux avantages sociaux des CSA, ils sont indéniables pour les patients à qui elles apportent une réponse immédiate et de proximité à leurs besoins de soins et évitent la rupture de la vie professionnelle et familiale. Les professionnels de santé constatent « *une diminution des urgences liées à l'absence de suivi, la baisse des évacuations pour le suivi spécialisé de longues maladies, la diminution des évasans urgentes au profit d'évasans programmées, une approche plus adaptée du patient par les médecins spécialistes du fait d'une meilleure connaissance du terrain* ».

Cette diminution de -14 % des réquisitions d'urgence est bénéfique pour l'assurance maladie. Quant à l'augmentation du coût durant la période 2006-2013 de l'ordre de 40 %, elle s'explique aisément par « l'augmentation des tarifs aériens (21 %), celle du nombre des patients (6,5 %) et une augmentation des demandes d'entente préalable (11 %). Cette dernière semble provenir d'une part des consultations spécialisées avancées contribuant à l'amélioration des prises en charge, d'autre part d'une offre limitée des soins primaires ».

**Les médecins-inspecteurs concluent à la stratégie innovante et adaptée aux besoins des patients des CSA au regard de la dispersion géographique et démographique de la Polynésie française et des plus-values tant sociales que financières de ce dispositif pertinent.**

Cependant, le turnover phénoménal de 251 % des médecins en poste dans les structures sanitaires de la Direction de la santé fragilise l'offre de soins primaires et entrave l'impact positif des CSA. C'est en renforçant la stabilité de l'offre de soins de proximité et des structures équipées des nouvelles technologies d'information médicale que le RIL sera pleinement efficient.

Depuis, d'autres données sont rendues disponibles par la cellule du RIL au CHPF :

- ◆ En 2016, 9 755 CSA ont été réalisées dans le cadre de 309 missions médicales pendant 874 jours dans les îles ;
- ◆ En 2017, 9 823 CSA ont été effectuées lors de 466 tournées durant 952 jours dans les spécialités suivantes : angiologie, cardiologie, douleur, diabétologie-endocrinologie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, pneumologie, psychiatrie et urologie ;
- ◆ En 2018, 8 627 CSA ont été accomplies à l'occasion de 410 tournées sur 971 jours dans les spécialités inscrites : cardiologie, douleur, diabétologie-endocrinologie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, pneumologie, psychiatrie et urologie **sauf en angiologie** ;
- ◆ En 2019, 8 759 CSA ont été menées par le CHPF au cours de 316 tournées pour 772 jours dans les îles dans les spécialités : douleur, diabétologie-endocrinologie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, otorhinolaryngologie, psychiatrie et urologie **sauf en angiologie et cardiologie**.

Par conséquent, réaliser des CSA à l'échelle d'un pays immense relève d'un défi permanent pour la cellule en charge du RIL qui doit faire preuve de rigueur organisationnelle et d'une grande réactivité où le dilettantisme n'a pas sa place. Les chiffres annuels d'activité restent stables et contraints car configurés sur l'enveloppe allouée par dotation globale annuelle aux CSA.

.....  
64) État de santé et organisation sanitaire : L'offre de soins spécialisée dans les archipels polynésiens éloignés de Tahiti. Actualité et dossier en santé publique, N° 91, juin 2015. Par Bruno Cojan et Xavier Malatre, médecins inspecteurs de santé publique, Direction de la santé, et Frédéric Labrousse, Responsable du Réseau inter-îles, CHPF.

65) Les indicateurs utilisés pour l'évaluation du RIL sont : • Activité du réseau inter-îles • Évacuations sanitaires (évasans) • Salaires, indemnités et coût d'hébergement des missionnaires • Frais de transport • Coût total du dispositif du réseau inter-îles et coût théorique lié aux évasans en l'absence du réseau inter-îles si les patients avaient été évacués vers Tahiti pour y bénéficier d'une consultation spécialisée • Entretiens auprès des partenaires (professionnels de santé, réseau inter-îles, DS, CHPF, CPS).

En 2018, deux spécialités sur 10 ne sont pas couvertes par les CSA. Il s'agit de manière intermittente en 2018 puis en 2019 de l'angiologie en raison de l'indisponibilité des praticiens hospitaliers de cette spécialité au CHPF. Par contre, **la pédopsychiatrie est la spécialité absente des CSA, privant ainsi les enfants des archipels autres que les Îles du Vent de cette précieuse ressource médicale.** A *contrario*, la CSA de psychiatrie adulte est présente dans tous les archipels. Dans les différents archipels, on note que :

- ➔ Aux Marquises, 7 spécialités sur 10 sont prodiguées. Cependant, les îles d'Ua Huka, de Tahuata au Sud et de Fatu Hiva au Nord sont les moins bien desservies de l'archipel. Ua Huka n'a bénéficié que de consultations d'ophtalmologie et Tahuata de consultations de psychiatrie. Fatu Hiva a pu obtenir des visites gynéco-obstétricales et de psychiatrie. Nuku Hiva au Nord et Hiva Oa au Sud sont les mieux desservies.

**Tableau 5 : CSA 2018 Marquises**

Spécialités	Nuku Hiva	Ua Pou	Ua Huka	Hiva Oa	Tahuata	Fatu Hiva
Gynécologie-obstétrique	<b>562</b>	<b>259-</b>	-	<b>476</b>		<b>72</b>
Cardiologie	-	-	-	-		-
Ophtalmologie	<b>160</b>	<b>141</b>	<b>54</b>	<b>239</b>	-	-
Psychiatrie Adulte	<b>130</b>	<b>74</b>	-	<b>131</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
Pédopsychiatrie	-	-	-	-		-
Angiologie	-	-	-	-		-
Endocrinologie	<b>141</b>	-	-	<b>77</b>	-	-
Pneumologie	<b>64</b>	-	-	-		-
Urologie	<b>215</b>	<b>164</b>	-	<b>143</b>	-	-
ORL	<b>64</b>	-	-	-		-

Source : Réseau inter-îles du CHPF

➔ Aux Îles Sous-le-Vent, 6 spécialités sur 10 sont réalisées en CSA. La gynécologie-obstétrique ne nécessite pas de CSA en raison de la présence conséquente d'obstétriciens et de sages-femmes à l'hôpital d'Uturoa et de sages-femmes libérales à Bora Bora et Huahine. Hormis l'île de Raiatea qui bénéficie de consultations avancées de 5 spécialités, les autres îles à l'exception de Tahaa n'ont accès qu'à deux spécialités. Par contre, aucune CSA n'est effectuée à Taha'a. Les patients doivent par conséquent se rendre à Uturoa par leurs propres moyens pour bénéficier de CSA. Ces situations illustrent ces inégalités d'accès aux soins à l'intérieur de l'archipel.

**Tableau 6 : CSA 2018 Îles Sous-le-Vent**

Spécialités	Raiatea	Huahine	Bora Bora	Tahaa	Maupiti
Gynécologie-obstétrique	-	-	-	-	-
Cardiologie	-	-	-	-	<b>59</b>
Ophtalmologie	<b>332</b>	<b>62</b>	<b>77</b>	-	<b>79</b>
Psychiatrie Adulte	<b>705</b>	<b>133</b>	<b>103</b>	-	-
Pédopsychiatrie	-	-	-	-	-
Angiologie	-	-	-	-	-
Endocrinologie	-	-	-	-	-
Pneumologie	-	-	-	-	-
Urologie	<b>171</b>	-	-	-	-
ORL	<b>154</b>	-	-	-	-
Douleur	<b>20</b>	-	-	-	-

Source : Réseau inter-îles du CHPF

➔ Aux Australes, 5 spécialités sur 10 sont proposées. Mais, les deux îles les plus excentrées sont les moins desservies. L'île infortunée de Rapa ne bénéficie d'aucune CSA en raison de l'absence d'aérodrome et d'une desserte mensuelle par bateau. Rimatara est à peine mieux lotie avec exclusivement de la consultation ophtalmologique.

**Tableau 7 : CSA 2018 Australes**

Spécialités	Rurutu	Tubuai	Raivavae	Rimatara	Rapa
Gynécologie-obstétrique	<b>415</b>	<b>174</b>	-	-	-
Cardiologie	-	-	<b>37</b>	-	-
Ophtalmologie	<b>116</b>	<b>113</b>	-	<b>89</b>	-
Psychiatrie Adulte	<b>124</b>	<b>61</b>	<b>29</b>	-	-
Pédopsychiatrie	-	-	-	-	-
Angiologie	-	-	-	-	-
Endocrinologie	<b>145</b>	<b>106</b>	<b>84</b>	-	-
Pneumologie	-	-	-	-	-
Urologie	-	-	-	-	-
ORL	-	-	-	-	-

Source : Réseau inter-îles du CHPF

➔ Sur les 76 atolls que comptent l'archipel des Tuamotu, 53 sont habités mais seuls 8 atolls ont accès aux consultations avancées de 3 spécialités (gynécologie-obstétrique, ophtalmologie et psychiatrie) sur 10. C'est de tous les archipels celui qui bénéficie le moins de CSA avec les Gambier. Force est de constater, là encore, que l'inégalité d'accès à des consultations et des soins délivrés par des spécialistes est flagrante tant au niveau des faibles nombres de spécialités mises à disposition des habitants (3 sur 10) que des îles bénéficiaires de CSA (8 sur 53).

Tableau 8 : CSA 2018 Tuamotu

Spécialités	Fakarava	Hao	Makemo	Tikehau	Manihi	Rangiroa	Takaroa	Mataiva
Gynéco-obstétrique	162	279	101		66	404	88	
Cardiologie								
Ophtalmologie	86	-	101	36	53	108		84
Psychiatrie-Adulte	44	42				61		
Pédopsychiatrie								
Angiologie								
Endocrinologie								
Pneumologie								
Urologie								
ORL								

Source : Réseau inter-îles du CHPF

➔ Aux Gambier, les CSA sont centralisées sur Rikitea dans l'île principale de Mangareva. **3 spécialités sur 10** sont offertes aux patients. C'est peu, au vu de la **distance de 1650 km** la séparant de Tahiti.

Tableau 9 : CSA 2018 Gambier

Spécialités	Rikitea
Gynécologie-obstétrique	291
Cardiologie	
Ophtalmologie	54
Psychiatrie Adulte	7
Pédopsychiatrie	
Angiologie	
Endocrinologie	
Pneumologie	
Urologie	
ORL	

Source : Réseau inter-îles du CHPF

➔ Et enfin aux Îles du Vent, Moorea ne bénéficie de la visite que de 3 spécialités sur 10. La proximité avec l'île de Tahiti explique sans doute cela. Mais, l'île est peuplée de 18 000 habitants et ce chiffre double pendant les week-ends, fériés et périodes de vacances. **L'accès aux soins peut être considéré, à bien des égards, comme limité.**

Tableau 10 : CSA 2018 Îles du-Vent

Spécialités	Moorea
Gynéco-obstétrique	
Cardiologie	76
Ophtalmologie	
Psychiatrie-Adulte	451
Pédopsychiatrie	
Angiologie	
Endocrinologie	
Pneumologie	222
Urologie	
ORL	

Source : Réseau inter-îles du CHPF

Le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 de la Polynésie française réitérant la recommandation d'une prise en charge des patients au plus près de leur domicile, il s'avère nécessaire de développer les CSA afin de répondre de manière efficiente à l'évolution des priorités de santé du Pays et des besoins des usagers des archipels éloignés, dans une logique de parcours de soins coordonnés.

Cette nécessité de majorer le nombre de consultations avancées ainsi que le nombre de spécialités déconcentrées est d'ailleurs partagée par la Direction de la santé qui souhaitait au cours des auditions : « Assurer les hommes, assurer les transports, assurer les moyens, les équipements, c'est aussi renforcer les consultations itinérantes spécialistes. »

Néanmoins, les bilans d'activité de 2018 et 2019 montrent que le RIL demeure un dispositif fragile qui doit être conforté et pérennisé. Au premier semestre 2018, l'annulation de missions de médecins spécialistes du CHPF amène la cellule de coordination de ce réseau de la Direction de la santé à intégrer dans ce dispositif des médecins spécialistes libéraux.

En effet, la non-participation de l'angiologie aux CSA en 2018 et en 2019 avec la cardiologie en raison d'une insuffisance provisoire d'effectifs de praticiens dans ces deux spécialités au CHPF ont généré des difficultés au niveau des îles Marquises.

Depuis 2019, suite à la validation d'un nouveau contrat d'objectifs et de moyens entre la CPS, la Direction de la santé et le CHPF, deux conventions financent désormais les missions de spécialistes dans les îles dans le cadre du réseau inter-îles (RIL). Une première a été conclue avec le CHPF et une seconde avec la Direction de la santé. La création de deux cellules, une basée au CHPF et l'autre à la Direction de la santé, crée une nouvelle architecture bicéphale dans la logistique des CSA dont le coût annuel aujourd'hui s'évalue à 115 millions F CFP comprenant la prise en charge du transport et des déplacements des missionnaires.

Dans cet objectif, le réseau inter-îles est désormais coordonné depuis 2019 par la Direction de la santé pour offrir un meilleur maillage de consultations spécialisées dans les îles :

- ◆ 8 spécialités ont été identifiées parmi lesquelles figurent la cardiologie, la pneumologie, la psychiatrie et la gynéco-obstétrique ;
- ◆ D'autres spécialités devraient être initiées en fonction de la disponibilité des financements.

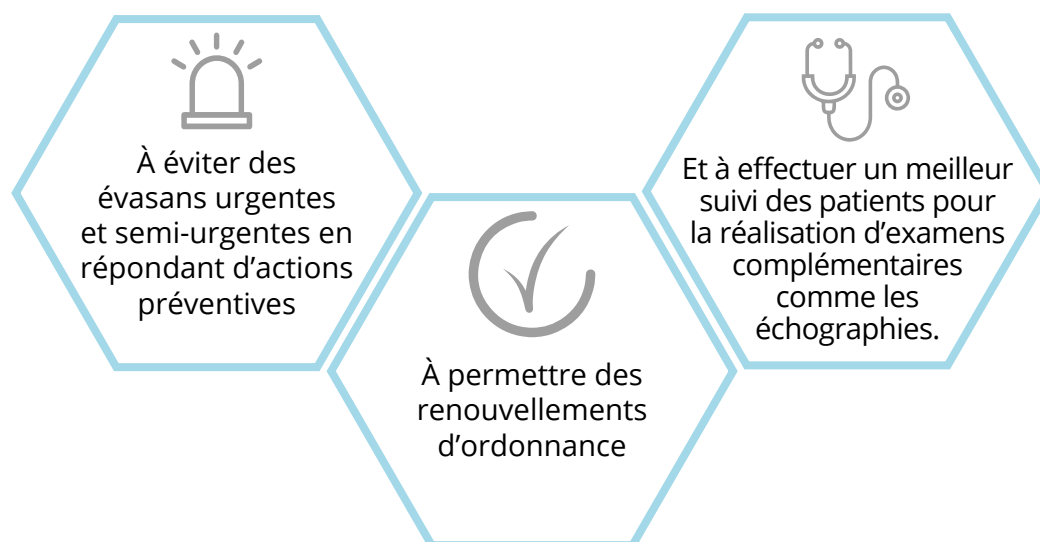
Depuis lors, l'organisation du réseau inter-îles a été revue, le CHPF ne disposant plus de l'autonomie de gestion des consultations spécialisées avancées. En outre, le budget dédié est versé à la Direction de la santé qui est le nouveau commanditaire des tournées administratives bien que 90 % des consultations soient toujours effectuées par le CHPF.

Toutefois, et bien qu'embryonnaire, **ce réseau public-privé implique des relations triangulaires et induit des difficultés de gestion** portant notamment sur :

- ◆ La disponibilité des praticiens hospitaliers qui est plus difficile à obtenir dès lors que les propositions des CSA sont effectuées sur validation de la Direction de la santé ;
- ◆ La gestion de la billetterie qui auparavant était effectuée par la CPS, ce qui implique l'affectation de personnels supplémentaires non financée par la convention conclue avec la CPS ;
- ◆ Une procédure plus contraignante dès lors que l'engagement des dépenses fait désormais l'objet d'un contrôle du CDE dès le 1<sup>er</sup> franc engagé, le fonctionnement du RIL n'étant plus assuré sur une enveloppe globale ;
- ◆ L'hébergement des praticiens hospitaliers qui n'est plus directement pris en charge par le CHPF et implique pour les personnels concernés de devoir faire l'avance de frais, ce qui peut générer des refus de certains agents ne disposant pas d'une trésorerie suffisante ;
- ◆ L'organisation de la mission qui relève de la responsabilité de chaque spécialiste, ce qui représente des contraintes de temps supplémentaires pour eux et ce, particulièrement pour les îles Marquises, compte tenu du caractère aléatoire de la disponibilité du transport intra-archipel lié aux conditions météorologiques et à la disponibilité des transporteurs aériens ;
- ◆ La retranscription des comptes rendus des consultations cryptés, imposée par la protection des données médicales, qui n'est pas assurée par les médecins libéraux.

Le rapport 2018 de l'IGAS relève<sup>66</sup> également le succès mitigé de la reprise de l'organisation des consultations spécialisées par la Direction de la santé, étendue en 2018 au secteur libéral, au motif que le remplacement de médecin dans leur cabinet principal serait difficile et ne permettrait pas un suivi de la pratique ambulatoire. Le CHPF confirme cet échec dans les auditions menées auprès du réseau inter-îles, de la CME comme auprès de plusieurs chefs de service. Cette réorganisation des CSA - suite à un transfert de la gestion de cette compétence à la Direction de la santé sans consultation préalable du CHPF qui assure pourtant 90 % des CSA - engendrerait des dépenses supplémentaires.

Ainsi, selon plusieurs intervenants entendus au cours de la mission, **le caractère bicéphale de la direction des consultations spécialisées avancées** qu'implique cette nouvelle organisation s'effectue **au détriment des patients** alors qu'elles visent :



.....  
66) Voir page 43 du rapport IGAS

- D'une manière générale, la réalisation des consultations spécialisées par les libéraux fait clairement l'objet de critiques de la part des personnels en postes isolés relevant de la Direction de la santé en ce qu'ils opéreraient un tri des patients en fonction de leur régime social et de la détention du carnet rouge permettant une prise en charge à 100 % du tiers payant par la CPS.

En outre, il est à noter que la fréquence des consultations spécialisées diffère entre les îles et sont principalement liées à la qualité des transports et des hébergements mais également à la disponibilité des praticiens spécialisés.

Ainsi, depuis 2019 les consultations spécialisées avancées d'ophtalmologie et de gynécologie-obstétrique ne sont plus assurées sur Fatu Hiva suite au refus des spécialistes de s'y rendre par la navette maritime Te Ata O Hiva en raison semble-t-il de l'heure très matinale de départ (3 h du matin). Désormais, hormis les sages-femmes du CHPF qui consentent à se déplacer, les consultations ont lieu uniquement sur Atuona, ce qui nécessite de déplacer les gestantes de l'île comme celles de Tahuata par speed-boat dans des conditions de transport inadaptées à leur état, compte tenu de la forte houle.



Ces déplacements génèrent des dépenses de transport insurmontables pour la plupart des familles ainsi que des frais d'hébergement sur Atuona dès lors que le programme d'horaires du Te ata O Hiva ne permet pas un retour sur l'île, le jour même.

De ce fait, de nombreux refus de la part des futures mères de se rendre aux consultations sur Atuona sont fréquemment constatés ainsi que des fausses couches selon les divers témoignages recueillis.

Par ailleurs, il a été signalé aux rapporteuses, l'indisponibilité des médicaments prescrits par les praticiens hospitaliers réalisant les CSA, qui n'emportent pas de médicaments lors de leur tournée. Ce problème de manque de médicaments est géré par la subdivision ou le dispensaire, avec des délais d'acheminement, parfois longs, en fonction des liaisons aériennes et de leur disponibilité à la pharmacie centrale de la Direction de la santé (Pharmappro). Dans les îles dépourvues d'officines de pharmacie, la distribution des médicaments est effectuée par les personnels de santé grâce à leur véhicule de service notamment dans les vallées difficiles d'accès.

Pour pallier cette carence de médicaments auprès des patients résidant dans les îles sans officines, l'Axe stratégique 1 des Orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé prévoit d'engager la réforme de l'offre hospitalière au niveau territorial afin de réduire les déséquilibres de l'offre de proximité et une meilleure articulation entre les services de proximité dispensant des soins de santé primaires et les établissements hospitaliers. Cette réforme commence par la mutualisation des laboratoires de biologie de l'Institut de recherches Louis Malardé, des hôpitaux d'Uturoa et de Taiohae et celui du CHPF, puis par la constitution d'un Service hospitalier public polynésien prévue par le SOS 2016-2021. Cette communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique permettra de fonder l'instauration de filières de soins qui améliorera la coordination des décisions portant sur les transports sanitaires ou les consultations avancées. À ce titre, la mutualisation des pharmacies hospitalières publiques est souhaitable.

Au terme de ce chapitre 2.2. sur les CSA trop surchargées pour être accessibles à tous, les rapporteuses émettent les souhaits suivants :

## AXE 4

### PALLIER L'INSUFFISANCE DU QUOTA ACTUEL DE CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES AVANCÉES (CSA)

**18** Réaliser des études d'incidence de l'absence de CSA sur le nombre d'évasans programmés et urgentes par île



**19** Développer les CSA au sein de chaque île pour éviter de générer des déplacements de patients

**20** Pérenniser leur financement

**21** Confier à un opérateur unique, le CHPF, la gestion du réseau inter-îles

**22** Déconcentrer les CSA de gynécologie-obstétrique sur Tahuata et Fatu Hiva et pour ce faire revoir la programmation des rotations du TE ATA O HIVA sur ces deux îles sans aéroport

### 3) LES INÉGALITÉS PAR ARCHIPEL

Entendu lors des auditions dans les îles :

- ➔ L'organisation de la santé, « elle est **génèreuse** quand on sait que chaque île a une structure de santé qui est financée par le pays et qui peut appeler un médecin, un infirmier, un référent ou le 15 quand c'est une urgence. Donc, c'est quand même une organisation qui est **une chance, qui est vraiment, à mon sens, unique sur le sol national...** ».
- ➔ « La Polynésie est aussi vaste que l'Europe avec **un seul vol spécial pour toute la Polynésie**, je ne vois pas très bien comment on peut régler les urgences avec un pays aussi vaste que l'Europe. Ce n'est pas la peine. Il faut considérer que les bassins de population les plus importants qui ne sont pas trop loin de Tahiti donc à portée de l'hélicoptère, ce n'est pas la même chose que ceux qui sont aux Tuamotu, Gambier. Là Air archipels a toute sa fiabilité et l'hélico n'a pas un rayon d'action de plus de 400 km, ce n'est que là voire éventuellement Rangiroa ou peut-être Fakarava, mais c'est le maximum. »

Le diagnostic porté en 2015 par des médecins-inspecteurs fait état d'une offre de soins dans les archipels particulièrement dégradée. Aux Australes, aux Tuamotu-Gambier et aux Marquises, « la densité (pour 100 000 habitants) des médecins généralistes (32) et des infirmiers (223) est **la plus basse de la nation ; la couverture pour 1 000 habitants est de 23 semaines par an pour les médecins, celui des infirmières est de 70 semaines par an.** »<sup>67</sup>

Les auditions effectuées sur le terrain<sup>68</sup> ont permis aux rapporteuses de voir, d'entendre, de prendre la mesure des difficultés auxquelles les communes, les professionnels de santé et la population sont confrontés lors des évacuations sanitaires programmées ou urgentes.

67) État de santé et organisation sanitaire : L'offre de soins spécialisée dans les archipels polynésiens éloignés de Tahiti. Actualité et dossier en santé publique, N° 91, juin 2015. Par Bruno Cojan et Xavier Malatre, médecins inspecteurs de santé publique, Direction de la santé, et Frédéric Labrousse, Responsable du Réseau inter-îles, CHPF.

68) ANNEXE 6 – Missions dans les îles



### 3.1) Archipel des Îles Sous-le-Vent

La communauté médicale, réaliste et fataliste, décrit la situation des transports sanitaires aux Îles Sous-le-Vent en ces termes : « *Le souci c'est **la perte de chance et les statistiques de chance entre les îles, ici c'est un quart de chance de s'en sortir statistiquement** ... C'est le comble parce que Tahaa sud et Uturoa c'est à côté vous mettez dix minutes. Mais encore une fois c'est le problème de la permanence des soins, c'est vraiment **l'accessibilité aux soins et la lutte contre l'inégalité d'accès aux soins**, ce sont des principes nobles mais **on se heurte au principe de réalité qui est celui de la géographie.** »*



Réunion avec le personnel du dispensaire de Fare - Huahine

Tableau 11 : Distances + délais d'évasans urgentes jusqu'à l'hôpital d'Uturoa

Îles	Structures sanitaires	Distance d'Uturoa	Délai d'évasan vers Uturoa
<b>BORA BORA</b>	CM de Vaitape	32 km	Hélicoptère 10 min à l'aéroport + 5 min vers l'hôpital en ambulance = <b>15 min</b>
<b>HUAHINE</b>	CM de Fare	41 km	Hélicoptère 25 min + 5 min vers l'hôpital en ambulance = <b>30 min</b>
<b>RAIATEA</b>	Dispensaire d'Uturoa	110 m	<b>1 min</b>
<b>TAHAA</b>	CM de Patio	8,5 km	Hélicoptère 5 min + 5 min en ambulance = <b>10 min</b> ou Bateau 30 min au quai d'Uturoa + 1 min à l'hôpital = <b>31 min</b>
	Infirmierie de Haamene	5 km	Hélicoptère 5 min + 5 min en ambulance - <b>10 min</b> ou Bateau 20 min + 1 min = <b>21 min</b>
<b>MAUPITI</b>	Infirmierie	84 km	Hélicoptère 30 min + 5 min en ambulance = <b>35 min</b>

Tableau 12 : Distances + délais d'évasans urgentes jusqu'au CHPF

Îles	Structures sanitaires	Distance du CHPF	Délai évasan CHPF
<b>BORA BORA</b>	CM Vaitape	260 km	1h50 - 2h <sup>69</sup>
<b>HUAHINE</b>	CM Fare	174 km	1h25 – 1h40 <sup>70</sup>
<b>RAIATEA</b>	Hôpital, dispensaire Uturoa	220 km	1h40 – 1h55 <sup>71</sup>
<b>TAHAA</b>	CM Patio	242 km	1h45 – 1h55 <sup>72</sup>
	Infirmierie Haamene	231 km	1h45 – 2h10 <sup>73</sup>
<b>MAUPITI</b>	Infirmierie	316 km	1h35 - 2h <sup>74</sup>

**L'hélicoptère est le vecteur aérien le plus rapide pour transporter des patients en situation d'urgence vitale vers l'hôpital d'Uturoa et vers le CHPF.**

Aux Îles Sous-le-Vent, l'hôpital d'Uturoa est l'établissement MCO<sup>75</sup> de premier et de second recours de l'archipel. Il dispose de services de médecine, d'urgence, de chirurgie, de maternité et d'équipements techniques (dont scanner et mammographe) mais pas de service de réanimation en néonatalogie permettant la prise en charge des grands prématurés. Au terme des auditions dans cet archipel, **les problématiques sanitaires sont les suivantes :**

➔ **La disponibilité aléatoire des aéronefs pour les transferts programmés et urgents**

Le moyen de transport est fonction de l'état du patient et de la disponibilité des aéronefs mis à disposition. En premier, il dépend des places disponibles sur Air Tahiti, puis sur Air Archipels, et enfin de l'hélicoptère venant de Bora Bora. **La difficulté repose bien souvent sur l'impossibilité de savoir si les moyens existants sont disponibles.**

Le SAMU régule les évasans d'urgence déclenchées par exemple pour des AVC, des maladies cardio-vasculaires avec un pronostic vital engagé. Il ne gère que les vols d'urgence avec Air Archipels, la société d'hélicoptères ou les forces armées mais pas les vols des évasans programmées. Les structures sanitaires doivent « se débrouiller avec Air Tahiti pour obtenir une place sur un vol régulier ».

Il est signalé aux rapporteuses **qu'Air Archipels dispose de deux aéronefs mais n'a qu'une seule équipe de pilote et par conséquent, il n'y a qu'un seul avion disponible pour les évasans d'urgence pour toute la Polynésie.**

.....  
69) Délais d'évasan depuis Vaitape : 1 h 15 en hélicoptère à Faaa + 35 min au CHPF = 1 h 50 ou 25 min navette + 1 h de vol + 35 min à CHPF = **2 h**

70) Délais d'évasan depuis Fare : 15 min à l'aérodrome + 50 min en beechcraft à Faaa + 35 min au CHPF = **1 h 40 ou** 50 min en hélicoptère + 35 min au CHPF = **1 h 25**

71) Délais d'évasan depuis Uturoa : 20 min à l'aérodrome + 45 min vol (raia/ppt) + 35 min -chpf) = **1 h 40 ou** 1 h 20 en hélicoptère + 35 min = **1 h 55**

72) Délais d'évasan depuis Patio : 1 h 10 en hélicoptère à Faaa + 35 min = **1 h 45 ou** 30 min bateau à Raiatea + vols Raia/ppt 45 min + 35 min au chpf = **1 h 55**

73) Délais d'évasan depuis Haamene : 1 h 10 en hélicoptère à Faaa + 35 min = **1 h 45 ou** 40 min en bateau à Raiatea + 80 min vol Raia/ppt/chpf = **2 h 10**

74) Délai d'évasan de MAUPITI – 1 h 25 en hélicoptère à Faa'a + 35 min à CHPF = **2 h ou** 1 h (MAUP/PPT) en beechcraft + 35 min au CHPF = **1 h 35**

75) Hôpital pratiquant de la médecine, de la chirurgie et de la gynécologie-obstétrique.

→ **La CPS n'assure pas la continuité du service public en dehors de ses horaires d'ouverture.**

Il est indiqué aux rapporteuses qu'en dehors des horaires d'ouverture de la CPS, c'est-à-dire entre 15h et 7h30 du matin en semaine, les week-ends et jour fériés, les Demandes d'Entente Préalable ne peuvent être effectuées. Les personnels de santé sont contraints de recourir à des réquisitions auprès d'Air Tahiti en fonction des places disponibles sur les vols réguliers. Ces réquisitions sont sources de difficultés administratives récurrentes avec la compagnie aérienne qu'il faut appeler pour négocier une place sur ses vols commerciaux réguliers alors que ces places sont réservées en priorité aux touristes.



*Héliport Pago Pago – Bora Bora*

→ **Les difficultés de gestion des évacuations semi-urgentes avec Air Tahiti**

Celles-ci ne sont pas des urgences vitales mais leur prise en charge est bien souvent trop longue et entraîne de réelles **pertes de chance** pour les patients. Il ne s'agit pas uniquement de la disponibilité d'une place sur un vol régulier mais de la disponibilité de quatre places qui sont requises pour une évacuation psychiatrique par exemple, de 8 s'il y a une civière et plus s'il y a des accompagnants et de manière plus générale d'un défaut d'organisation clairement posé pour assurer le minimum de perte de chance aux patients.

Les soignants insistent auprès des rapporteuses sur les difficultés réelles rencontrées pour les évacuations d'urgence réalisées en vols réguliers pour des pathologies qui ne peuvent être prises en charge par l'hôpital d'Uturoa comme l'ophtalmologie, l'ORL et la psychiatrie car il n'existe pas de dispositif permettant un accès direct aux réservations des vols.

→ **Le besoin d'une antenne SMUR officielle pour les Îles Sous-le-Vent basée à l'hôpital d'Uturoa**

L'hôpital de Raiatea draine toute la population des Îles Sous-le-Vent forte de 35 000 habitants. Il assure de fait une activité de SMUR<sup>76</sup> depuis plusieurs années mais celle-ci n'est pas reconnue officiellement par des textes. Cette situation désorganise le service des urgences quand il y a une urgence vitale en jeu.

Des lits USC<sup>77</sup> sont nécessaires afin de surveiller pendant 24 heures les patients « dont l'état de santé, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique »<sup>78</sup> ou un retour au domicile. C'est le cas pour les crises d'épilepsie, les suspicions de leptospirose<sup>79</sup> qui demeurent en état de choc limite.

→ **L'absence de vols de nuit est problématique en cas d'urgences vitales.**

Les soignants ont attiré l'attention des rapporteuses sur la nécessité de développer un moyen sanitaire hélicoptéré disponible 24 heures sur 24 afin de répondre aux urgences vitales des résidents des Îles Sous-le-Vent et des visiteurs, notamment de Bora Bora qui concentre à elle seule plus de 80 % de la clientèle touristique.

Pour leur part, les Maires affirment que l'hélicoptère est plus adapté que l'avion pour la prise en charge de l'aide médicale d'urgence afin d'offrir des délais de prise en charge les plus courts possibles. Par exemple, l'hélicoptère permet depuis Bora Bora de rejoindre l'hôpital d'Uturoa en 10 minutes.

.....  
76) Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation.

77) Unité de Surveillance Continue.

78) <https://www.ch-boulogne.fr/par-services/reanimation>

79) Les agriculteurs sont une population à risque de leptospirose ne portent pas de bottes et viennent consulter tardivement.

Ainsi, le transport des patients de Tahaa s'effectue depuis Patio, en bateau dédié au transport touristique, par une traversée qui dure 1 h 30 en cas de mer agitée. Par conséquent, les patients évasanés en urgence, parfois vitale (polytraumatisés, AVC, parturientes, etc.) doivent endurer des conditions de transport défectueuses et aggravantes de leurs pathologies, sur des vecteurs maritimes non agréés au transport sanitaire, contrairement à la commune de Bora Bora qui est la seule commune polynésienne à disposer d'une navette maritime répondant aux normes sécuritaires requises.

Les soignants appellent également l'attention des rapporteuses sur **les délais de disponibilité trop longs d'Air Archipels pour se rendre depuis Tahiti**. Le temps d'attente minimum est de 2 h 30 à 3 h avant qu'il n'arrive à Uturoa. Le coût de ce vol spécial Tahiti-Uturoa aller-retour est d'1 million F CFP. En 2018, l'hôpital d'Uturoa a effectué 125 évasans d'urgence par vols spéciaux (tous opérateurs confondus), 39 sur réquisition pour évasans semi-urgentes. Pour l'exercice 2019, il y a déjà 66 réquisitions semi-urgentes et 100 vols spéciaux urgents début décembre.

Depuis que l'hélicoptère de Bora Bora est opérationnel, le SAMU dirige les patients des îles vers Uturoa car l'hôpital dispose de réanimateurs, de médecins urgentistes, ainsi que des chambres de réanimation. Le SAMU justifierait ces décisions de régulation au motif de l'absence d'avion disponible pour évacuer les patients des îles vers le CHPF, ce qui génère des tensions entre médecins car cela mobilise du personnel ainsi que le lit de déchoquage, à défaut de disposer de salle de surveillance continue.

### → Les nombreuses difficultés dans la prise en charge des patients psychiatriques

Pour la plupart, ces patients sont des psychotiques graves en rupture de traitement, faute de bénéficier d'un suivi médical régulier. Ces derniers causent des troubles importants à l'ordre public et font l'objet d'une procédure d'évasan lourde. Le médecin établit un certificat médical constatant les troubles psychiatriques et justifiant une mesure d'internement ordonnée par le Maire, une infirmière doit accompagner le patient durant le trajet dans l'éventualité d'un besoin de sédation médicamenteuse.

La commune quant à elle doit, par le biais des pompiers, transporter le patient du domicile à l'hôpital (pour Tahaa et Raiatea essentiellement) puis à l'aéroport et mettre à disposition un policier municipal (*mutō'i*) pour accompagner le patient durant le vol. Les transferts de patients psychiatriques embolissent 3 places sur vol régulier et doivent être réalisées de manière conjointe entre la structure sanitaire et la caserne des pompiers.

Les cas psychiatriques ne relevant pas d'une réquisition pour évasan en urgence, l'hôpital d'Uturoa dispose d'une chambre d'isolement spécifique pour garder ces malades durant la nuit sous surveillance par caméra après accord du psychiatre, s'il n'y a pas de place disponible sur les vols réguliers.

### → Le besoin en télé-médecine

Depuis l'implantation du mammographe, du scanner et de l'hélicoptère en 2018, les transferts sur Tahiti pour de tels examens ont cessé. Toutefois, le scanner induit d'autres soins. La télé-médecine pourrait participer à diminuer encore les évasans à condition que le personnel adéquat soit disponible. Il pourrait en être ainsi des patients victimes d'AVC qui feraient l'objet d'une thrombolyse avant leur évacuation vers le CHPF.

Les Maires dressent le même constat aux rapporteuses de la diminution des évasans vers le CHPF depuis la mise en place du scanner qui a amélioré l'offre de soins dans l'archipel.

### → Le défaut de prise en charge rapide des évasans d'urgence par le service des urgences du CHPF

Cette plainte est récurrente. Les patients évasanés attendent leur tour pendant des heures sur des brancards à leur arrivée aux urgences de Taaone avant d'être pris en charge !

→ **Les conditions déplorables des évacuations urgentes par bateau non adapté au transport sanitaire à Tahaa**

Il a été signalé aux rapporteuses, les conditions difficiles notamment la nuit ou en cas de mauvais temps dans lesquelles se déroulent les évacuations d'urgence par taxi-boat, hormis les contraintes de distance entre le centre médical situé au nord de l'île et le prestataire privé résidant au sud. De plus, les pompiers communaux interviennent régulièrement sur des accidents et se substituent trop souvent par la force des choses aux personnels de santé absents.

→ **Des services de secours communaux « corvéables à merci »**

Quel que soit l'archipel, tous les Maires rencontrés par les rapporteuses au cours de la mission dressent le même constat pour dire que les communes doivent assurer le fonctionnement des postes de secours sans moyen financier et avec du personnel insuffisamment qualifié pour répondre aux situations d'urgence médicale. La CPS ne participe à aucune prise en charge des transports terrestres et maritimes financés par les communes. Les Maires demandent une clarification du partage de compétences avec le Pays et l'État en matière sanitaire et de sécurité civile. Les pompiers communaux sont trop sollicités et plus faciles à mobiliser que les médecins, les ambulanciers, les psychiatres, etc. Certains Maires suggèrent la mise en place d'une dotation spéciale du FIP dédiée à la prise en charge des interventions sanitaires communales. Bora Bora est la seule commune dotée d'un bateau ambulance (coût de 25 à 30 millions F CFP), récemment rénové pour 12 millions F CFP. Les frais de fonctionnement couvrent un capitaine, un mécanicien, un matelot entièrement à la charge de la commune.

## AXE 5

### AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE AUX ISLV

**23** Créer une antenne SMUR à l'hôpital de Raiatea

**24** Baser à Uturoa un hélicoptère sanitaire disponible 24 heures sur 24



**25** Implanter l'héliport le plus près possible de l'hôpital d'Uturoa

**26** Recruter deux médecins urgentistes pour l'ensemble des Îles Sous-le-Vent

**27** Développer 3 lits en unité de surveillance continue avec des professionnels dédiés

**28** Créer un poste d'infirmier en psychiatrie

**29** Ouvrir un centre de secours à Parea-Huahine



**30** Faciliter l'installation d'une sage-femme à Tahaa

**31** Acquérir un vecteur maritime agréé pour le transport sanitaire entre Tahaa et Raiatea

### 3.2) Archipel des Australes

Les rapporteuses notent en préambule qu'une problématique majeure en matière d'évasans demeure à RAPA car l'île ne dispose que d'une desserte maritime par le Tuhaa Pae 4, une fois par mois. Seul le Dauphin de l'Armée peut intervenir. La mission dure 12 heures et nécessite des points de ravitaillement importants.

Les rapporteuses se sont rendues aux Australes du 6 au 13 janvier 2020. Au terme des auditions menées dans cet archipel, **les problématiques sanitaires mises en avant sont les suivantes :**

#### → Une offre de soins insuffisante selon les Maires

Ils soulignent la difficulté de pérenniser les emplois des médecins qui rencontrent trop de difficultés administratives et financières lors de leurs prises de fonctions. Cette absence de médecins amène les personnels paramédicaux, qui ne disposent pas de la compétence d'évaluation médicale, à poser des diagnostics avec des risques de sous-estimation ou de surestimation de la gravité ou de la bénignité des pathologies. Bien malgré eux et en dépit d'une formation sanitaire insuffisante, les auxiliaires de santé doivent faire face seuls à des situations d'urgence médicale.

Par exemple, à Raivavae, aucun médecin n'est présent de manière permanente. Les 1000 résidents (en incluant les visiteurs de passage dans les 6 pensions de l'île) bénéficient d'une visite tous les six mois d'un médecin de Tubuai. C'est largement insuffisant pour les membres du conseil municipal.

Les Maires soulignent la nécessité de pallier l'offre de soins primaires dans les îles en prévoyant des mesures incitatives en faveur du recrutement des médecins et des infirmiers et permettre le développement d'un service sanitaire de qualité. Au vu de l'insuffisance de CSA dans les îles, ils souhaiteraient que ce service médical et paramédical déconcentré devienne une réalité.

#### → Les difficultés de rapatriement des défunts par voie aérienne

Les Maires soulignent l'insuffisance d'informations dispensées par les formations sanitaires. Ils ne sont saisis qu'en cas de difficultés, soit par la famille, soit par les personnels de santé, pour la prise en charge des frais du transport du défunt car le dispositif de rapatriement des dépouilles n'inclut pas la voie aérienne.

#### → Les évasans programmées de complaisance



Quel que soit l'archipel, les Maires dénoncent auprès des rapporteuses, les abus des évasans affinitaires pour de la « bobologie » ou résultant d'insuffisance de CSA dans les îles. Pour éviter ces évasans de complaisance, ils préconisent le développement de la télémédecine afin de bénéficier d'une assistance médicale par une cellule d'urgentistes du CHPF.



Les difficultés à obtenir des places d'avion pour les accompagnateurs d'évasans programmées amènent les patients à refuser leur transfert. Les pompiers communaux assurent gratuitement les transports sanitaires vers les formations sanitaires, même à Raivavae où l'infirmerie dispose d'ambulance, et sert également de salle d'hospitalisation de patients à surveiller. Cette dernière situation est courante dans les formations sanitaires dépourvues de médecin<sup>80</sup>.

*Réunion à la mairie de Moerai avec le conseil municipal, les pompiers et la population de Rurutu*

.....  
80) À Tikehau, l'unique infirmière en poste a dû garder et surveiller un patient en hospitalisation à l'infirmerie pendant 10 jours, en surcroît de son activité quotidienne de consultations et de soins.

### 3.3) Archipel des Marquises

La CPS y fait état de 21 % des habitants en longue maladie souffrant fréquemment de trois pathologies : l'hypertension artérielle (28 % des patients), le diabète sucré (20 %), et l'affection pulmonaire (15 %). Soit sur une population de 9346 habitants recensée en 2017, environ 1962 Marquisiens en longue maladie.

**Tableau 13 : Nombre d'évasans de la subdivision et de l'hôpital des Marquises**

	2016	2017	2018
<b>Évasans Subdivision</b>			
<b>Transferts sanitaires</b>	2523	2284	2152
<b>Urgences</b>	552	582	452
<b>Évasans Hôpital</b>			
<b>Transferts sanitaires</b>	1384	1593	1586
<b>Urgences</b>	228	200	255
<b>Total transferts</b>	3907	3877	3738
<b>Total urgences</b>	780	782	707

Source : Subdivision sanitaire des Marquises

« L'archipel des Marquises est représentatif à la fois des problématiques de santé et d'organisation sanitaire auxquelles sont confrontés les Polynésiens en dehors de Tahiti ainsi que des réponses que les autorités ont construites au fil du temps. »<sup>81</sup> Le rapport IGAS de 2018, établi à la demande du Pays, souligne les contraintes archipélagiques très fortes de l'archipel qui souffre d'un triple isolement :

#### → Par rapport à Tahiti à 3 h 15 de vol

De surcroît, les deux aéroports de Nuku Hiva-Terre Déserte et Hiva Oa ne peuvent accueillir que des ATR 42 et 72 et l'escale de ravitaillement en carburant allonge la durée du vol d'une heure.

#### → Entre les deux groupes Nord et Sud et entre îles d'un même groupe

L'aérodrome d'Ua Huka et l'altiport d'Ua Pou ne sont desservis que par Twin Otter. Les déplacements inter-îles peuvent également se faire par bonitier.

#### → À l'intérieur de chaque île du fait d'un enclavement territorial de montagne

Ainsi à Nuku Hiva, la ville de Taiohae est à plus d'une heure en voiture de l'aéroport de Terre Déserte par une route sinueuse et montagneuse. « Le reste de la population est dispersé dans de petits villages (100-200 habitants comme Aakapa ou Hatiheu) au fond de vallées très encaissées desservies par des routes étroites et dangereuses ou des pistes. L'accès à l'hôpital de Nuku Hiva est donc particulièrement difficile pour les patients qui s'y rendent ou que les secours doivent aller chercher. ».

81) Rapport IGAS N°2018-104R / IGA N° 18074-R / IGF N° 2018-M062-03

À cette insularité qui soumet les populations isolées à une extrême précarité sanitaire s'ajoutent :

### → L'insuffisance des moyens logistiques

L'archipel ne dispose que de 4 aéroports impraticables la nuit, Un ou deux avions de ligne par jour, des routes bétonnées insuffisantes, des pistes parfois impraticables, l'absence de lagon donc souvent une mer agitée, le faible nombre de petits ports aménagés, l'absence d'hélicoptère, des ambulances rudimentaires non réglementaires, des véhicules de pompiers sous-équipés. « *Aussi incomplet et imparfait soit-il, le maillage territorial patiemment construit et entretenu doit non seulement être préservé et maintenu mais aussi être résolument renforcé et complété.* »

### → La difficulté d'effectuer des évacuations aux Marquises

Les équipes de SMUR sont à quatre heures d'avion. Les aéroports sont impraticables la nuit sauf pour les avions militaires. L'accès à l'hôpital de Taiohae, à une heure de l'aéroport de Terre Déserte, est difficile (conditions météo, trafic, encombrement de la route...). Le transport des malades est complexe par route, par bateau ou par avion puis transport par ambulance vers l'hôpital, et de ce fait il est long. « Avec les moyens et l'organisation actuels ces temps de transfert inter-îles des Marquises ne pourront pas être diminués et réduisent les chances des patients. »

### → Une couverture médicale incomplète qui incite à recourir aux évacuations

L'hôpital de premier recours des Marquises est doté d'un plateau technique limité<sup>82</sup> (bloc opératoire, bloc obstétrical, service de consultations externes, unité d'accueil de jour, pharmacie) et un effectif médical faible de 2 chirurgiens, 2 médecins anesthésistes, 3 médecins généralistes. En 2017, les évacuations sont nombreuses pour la subdivision : 2 760 vers Tahiti et 1 125 vers l'hôpital de Taiohae.

### → Les difficultés d'exercice pour les professionnels de santé, du poste de soins à l'hôpital de Taiohae.

À ces constats objectifs et pertinents de l'IGAS s'ajoutent ceux des rapporteuses à l'occasion des auditions au sein de l'assemblée et de leur déplacement du 17 au 24 janvier 2020 dans les îles du Nord : à Nuku Hiva, Ua Pou, Ua Huka et du 24 au 31 janvier 2020 dans les îles du Sud : à Hiva Oa, Fatu Hiva et Tahuata.

Les rapporteuses notent en liminaire que les pistes d'atterrissage courtes de 800 mètres (Ua Pou) ne sont accessibles qu'en journée avec le Twin Otter d'Air Tahiti et l'absence de piste à Tahuata et Fatu Hiva rend ces îles uniquement accessibles par bateau. Absents depuis 2007, les hélicoptères assurent de nouveau les évacuations depuis juillet 2020 mais ne permettent pas d'évacuations de nuit. Au terme des auditions, les problématiques sanitaires mises en avant sont les suivantes :

#### ◆ L'absence de consultation des Maires des Marquises préalablement à la définition du SOS.

Autant dans le groupe Sud que dans le groupe Nord, cette remarque a été faite.

#### ◆ Le dispositif défaillant de l'aide médicale d'urgence aux Marquises

Il est jugé dans son ensemble totalement inefficace et inéquitable avec des délais d'intervention trop longs.



Piste de Ua Pou

.....

82) L'hôpital de Taiohae n'est équipé d'un mammographe que depuis 2018 et d'un scanner depuis cette année.



Dans le groupe Sud, l'évacuation des patients en provenance de Fatu Hiva relève **d'un grave problème d'organisation sanitaire et est gérée avec trop de légèreté « au petit bonheur la chance »** avec des conditions de transports maritimes inacceptables, notamment pour les femmes enceintes. Dans leurs missions d'assistance et de secours à la population, les pompiers communaux volontaires font office bien malgré eux de médecins, ambulanciers, radiologues, psychiatres, brancardiers, etc. La commune de Hiva Oa prend en charge tous les frais de transports sanitaires (ambulances comme pompiers) des patients en provenance de Fatu Hiva et Tahuata, sans pouvoir bénéficier de la prise en charge de ces coûts de transports par la CPS au motif que la réglementation budgétaire et comptable n'autoriserait pas une prise en charge financière des dépenses d'une collectivité publique.

Pour pallier à ce non-remboursement de la CPS, la commune de Hiva Oa a dû établir une convention avec la Direction de la santé pour le transfert des malades alors qu'il ne s'agit pas d'une compétence communale. Suite à l'égaré en montagne de 3 randonneurs, il a été signalé aux rapporteuses le traitement inéquitable appliqué dans le déclenchement des évacuations d'urgence par l'Armée. Dans ce cas particulier, celle-ci a réalisé une évacuation de nuit par hélicoptère Dauphin alors que l'archipel dispose de deux Altiports impraticables la nuit aux évacuations (défaut de balisage sur Hiva Oa, usage de gouznec).

### → La carence d'équipements logistiques

À Tahuata, la commune ne dispose pas de :

- digue permettant de sécuriser les conditions d'embarquement et de débarquement des patients par la navette Te Ata O Hiva (il faut sauter du bateau sur le quai) ;
- chambre froide pour conserver les dépouilles des défunts ;
- pompiers volontaires ou professionnels ;
- médecin installé sur place. Le médecin généraliste de Hiva Oa se déplace sur Tahuata pour assurer un suivi médical à la population ;
- prise en charge du transport pour la réalisation des prises de sang à l'infirmerie de Vaitahu depuis les postes de secours de Hanatetena et Motopu (coût de 10 000 à 15 000 F CFP).



Arrivée du Te Ata O Hiva à Vaitahu - Tahuata

### → La nécessité d'un schéma directeur des évacuations aux Marquises

Ce schéma des évacuations est indispensable pour organiser et réglementer les transports sanitaires (bonitiers interdits car inadaptés aux transports de personnes mais en pratique utilisés par tous dont les juges, magistrats, gendarme, soignants et malades, etc.). La défaillance de l'offre de soins entraîne entre autres des défauts de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie, une lenteur de prise en charge sanitaire. La solution de l'hélicoptère apparaît la seule réponse aux besoins sanitaires d'urgence de la population.

### → L'absence de mutualisation des évacuations programmées

Cette situation génère des frais de transport inutiles avec des abus dans les tarifs des transports terrestres.

### → La nécessité d'un hélicoptère pour les évacuations inter-îles dans l'archipel

La subdivision sanitaire des Marquises, la direction de l'hôpital de Taiohae, la communauté médicale, les Maires des Marquises sont unanimes pour réclamer un renforcement des moyens de transport, de préférence aérien.

### → Le besoin d'une ambulance maritime pour le groupe Nord des Marquises

Basée à Nuku Hiva, elle permettrait des interventions à Ua Pou et Ua Huka avec le personnel médical idoine de l'hôpital Louis Rollin (à l'instar de celle en chantier pour le groupe Sud), de pallier aux difficultés de transports inter-îles qui ne permettent pas l'accès aux soins de l'hôpital et notamment au dépistage des cancers (cas de la mammographie).

### → Le renforcement nécessaire de l'offre de soins et de l'équipement logistique de l'hôpital Louis ROLLIN

Au niveau de Nuku Hiva, les transports sanitaires vers l'aéroport de Terre déserte sont assurés par les pompiers communaux pour le compte de l'hôpital de Taihoae qui ne dispose pas d'une ambulance 4X4 adaptée au transport des patients. Malgré une convention signée entre la commune et la Direction de la santé<sup>83</sup>, cette dernière ne couvre pas tous les frais de fonctionnement liés au transport sanitaire qui restent à l'entière charge de la commune alors qu'ils ne concernent pas uniquement la population de l'île mais de l'ensemble des îles Marquises. Néanmoins, elle a le mérite d'exister et de servir de modèle pour d'autres communes.

Par ailleurs, la commune porte fréquemment assistance aux personnes en difficulté et vulnérables qui ne peuvent se rendre à l'hôpital. Cette activité s'inscrit à la hausse et grève de plus en plus le budget communal (en moyenne 10 sorties par mois). Des difficultés de couverture de réseau sur l'ensemble de l'île ne permettent pas aux pompiers de solliciter l'intervention des médecins lorsque l'état des personnes le justifie.

D'une manière générale, il est souligné aux rapporteurs que ces derniers sont moins disponibles que le SAMU pour répondre aux cas d'urgence. Les pompiers sollicitent la mise en place d'un protocole précis car s'ils peuvent délivrer les premiers secours, ils ne veulent pas se substituer aux médecins. De ce fait, le conseil municipal de Nuku Hiva rappelle l'importance de la présence physique d'une infirmière dans les vallées pour faire face aux urgences et sollicite la réouverture de l'infirmerie de Taipivai qui couvre un bassin de 400 résidents et éviter à terme des exodes ruraux.

S'agissant des évacuations psychiatriques, le chef pompier de Nuku Hiva souligne la présence requise d'un agent de police judiciaire de la commune pour accompagner le patient jusqu'à Papeete. Si la prise en charge du transport du patient est assurée, celui de l'accompagnateur l'est par la commune ainsi que ses frais de mission. Or, les pompiers de Nuku Hiva doivent aussi accompagner les évacuations psychiatriques des autres îles (Ua Huka et Ua Pou).



*Rencontre avec les élus municipaux, les gendarmes et les pompiers des Marquises*

.....  
83) ANNEXE 16 - Convention relative au transport sanitaire conclue avec la commune de Nuku Hiva et la Direction de la santé

## AXE 6

### AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE AUX MARQUISES

**32** Consulter les Maires préalablement à l'élaboration du schéma d'organisation sanitaire, notamment l'organisation des évacuations aux Marquises

**33** Créer une antenne SMUR à l'hôpital de Taiohae



**34** Baser à Taiohae un hélicoptère sanitaire disponible 24 heures sur 24

**35** Implanter l'héliport le plus près possible de l'hôpital

**36** Acquérir un vecteur maritime agréé pour le transport sanitaire dans le groupe Nord

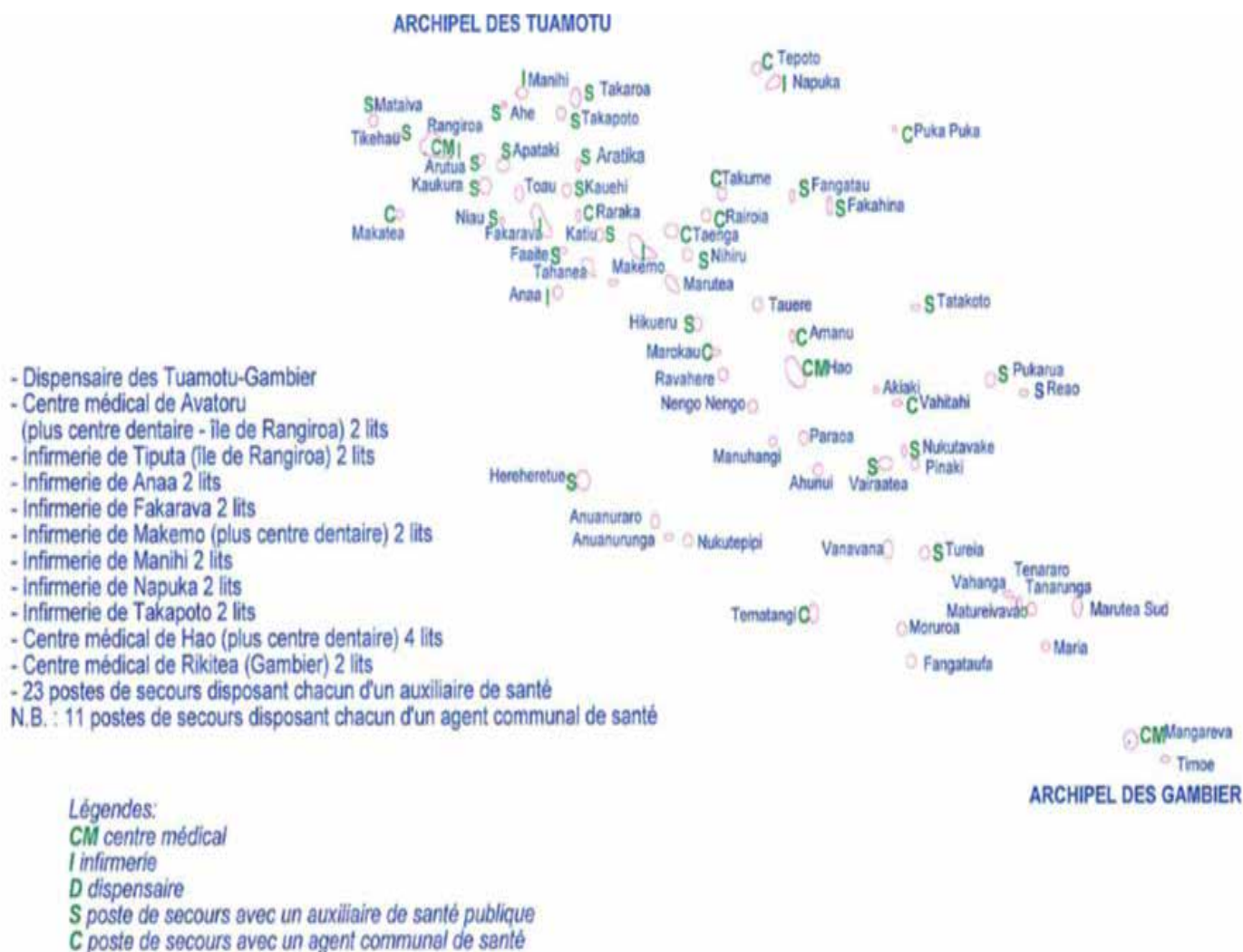
**37** Renforcer les équipements logistiques (routes, digues, quais, aérodromes, etc.)

### 3.4) Archipel des Tuamotu-Gambier

**« La population des Tuamotu est prise pour du bétail »<sup>84</sup>**

Avec 85 îles dont 53 habitées, c'est l'archipel le plus étendu et le plus dispersé de Polynésie. 16 881 habitants y vivent<sup>85</sup>, représentant 6,11 % de la population totale. Une seule circonscription sanitaire organise les soins primaires de l'ensemble des îles. Tous les soins hospitaliers exigent donc une évacuation sanitaire. La CPS fait état 2540 personnes inscrites en longue maladie c'est-à-dire 15 % de la population avec des pathologies comme sur l'ensemble de la Polynésie telles que l'hypertension artérielle, le diabète sucré et l'affection pulmonaire.

**Graphique 5 : Carte des structures publiques de santé des Tuamotu-Gambier**



Source : Direction de la santé

.....  
 84) Verbatim d'un Maire des Tuamotu-Gambier  
 85) Recensement ISPF de 2017

Tableau 14 : Distances et délais des formations sanitaires des Tuamotu-Gambier par rapport au CHPF

COMMUNES	Structures de santé	Distance du CHPF (km)	DÉLAIS JUSQU'AU CHPF	
			Détails	Durée totale
ANAA	Infirmierie de <b>Anaa</b>	435	1 h 55 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 30</b>
	Poste de secours de <b>Faaité</b>	470	1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 50</b>
MAKEMO	Centre médical de <b>Makemo</b>	642	20 min de voiture à l'aérodrome + 1 h 40 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 35</b>
	Poste de secours de <b>Katiu</b>	569	2 h 45 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 20</b>
	Poste de secours de <b>Takume</b>	811	3 h 35 de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h 10</b>
	Poste de secours de <b>Raroia</b>	780	2 h 45 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 20</b>
	Poste de secours de <b>Taenga</b>	701	Environ 2 h de bateau à Makemo (32 km) + 1 h 40 de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h 15</b>
HIKUERU	Poste de secours de <b>Hikuero</b>	737	Environ 45 min bateau à l'aérodrome (9km) + 1 h 45 vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 05</b>
	Poste de secours de <b>Marokau</b>	776	Environ 2 h 40 min de bateau à Hikuero (46 km) + 1 h 45 vol + 35 min en ambulance	<b>5 h</b>
HAO	Centre médical de <b>Hao</b>	921	2 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 50</b>
	Poste de secours de <b>Amanu</b>	935	Environ 1 h 30 de bateau à Hao (19 km) + 2 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h 20</b>
	Poste de secours de <b>Hereheretue</b>	552	Environ 34 h de bateau à Hao (450 km) + 2 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 j 12 h 50</b>

TUAMOTU CENTRE

COMMUNES	Structures de santé	Distance du CHPF (km)	DÉLAIS JUSQU'AU CHPF	
			Détails	Durée totale
FANGATAU	Poste de secours de <b>Fangatau</b>	949	2 h 40 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 15</b>
	Poste de secours de <b>Fakahina</b>	1021	3 h 5 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 40</b>
NAPUKA	Infirmierie de <b>Napuka</b>	965	2 h 5 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 40</b>
	Poste de santé de <b>Tepoto</b> Nord	953	1 h 20 de bateau à Napuka (17 km) + 2 h 5 de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h</b>
NUKUTAVAKE	Poste de secours de <b>Nukutavake</b>	1157	3 h 55 de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h 30</b>
	Poste de secours de <b>Vahitahi</b>	1145	3 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 50</b>
	Poste de secours de <b>Vairaatea</b>	1112	3 h de bateau à Nukutavake (41 km) + 3 h 55 de vol + 35 min en ambulance	<b>7 h 30</b>
PUKA PUKA	Poste de secours de <b>Puka Puka</b>	1177	2 h 55 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 30</b>
REAO	Infirmierie de <b>Reao</b>	1392	4 h de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h 35</b>
	Poste de secours de <b>Pukarua</b>	1333	3 h 40 de vol + 35 min en ambulance	<b>4 h 15</b>
TATAKOTO	Poste de secours de <b>Tatakoto</b>	1188	2 h 35 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 10</b>
TUREIA	Poste de secours de <b>Tureia</b>	1216	2 h 55 de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 30</b>
	Poste de secours de <b>Tematangi</b>	985	18 h de bateau à Tureia (227 km) + 2 h 55 de vol + 35 min en ambulance	<b>21 h 30</b>
GAMBIER	Centre médical de <b>Rikitea</b>	1650	30 min à l'aérodrome – 3 h 45 de vol + 35 min à CHPF	<b>4 h 50</b>

COMMUNES	Structures de santé	Distance du CHPF (km)	DÉLAIS JUSQU'AU CHPF	
			Détails	Durée totale
ARUTUA	Infirmierie de <b>Arutua</b>	390	1 h 5 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 40</b>
	Poste de secours de <b>Apataki</b>	969	1 h 45 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 20</b>
	Poste de secours de <b>Kaukura</b>	370	1 h 45 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 20</b>
FAKARAVA	Infirmierie de <b>Fakarava</b>	444	1 h 5 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 40</b>
	Poste de secours de <b>Aratika</b>	486	1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 50</b>
	Poste de secours de <b>Kauehi</b>	500	1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 50</b>
	Poste de secours de <b>Niau</b>	380	1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 50</b>
	Poste de secours de <b>Raraka</b>	524	1 h bateau vers Kauehi + 1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 50</b>
MANIHI	Infirmierie de <b>Manihi</b>	522	1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 50</b>
	Infirmierie de <b>Ahe</b>	488	30 min de bateau à l'aérodrome + 1 h 15 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h 20</b>
RANGIROA	Centre médical de <b>Rangiroa</b>	340	1 h de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 35</b>
	Infirmierie de <b>Tikehau</b>	320	55 min de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 30</b>
	Poste de secours de <b>Mataiva</b>	312	55 min de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 30</b>
	Poste de secours de <b>Makatea</b>	238	1 h 40 de bateau à Tikehau (91 km) + 55 min de vol + 35 min en ambulance	<b>3 h 10</b>
TAKAROA	Infirmierie de <b>Takaroa</b>	596	1 h 25 de vol + 35 min en ambulance	<b>2 h</b>
	Infirmierie de <b>Takapoto</b>	562	1 h 20 de vol + 35 min en ambulance	<b>1 h 55</b>

Les rapporteuses remarquent que dans les atolls dépourvus d'infrastructures sanitaires et aéroportuaires, le transport des patients évasanés demeure toujours très compliqué hormis le recours aux moyens de l'armée. **À cela, la télémédecine pourrait apporter une solution médicale grâce au câble si les formations sanitaires étaient connectées à la fibre. La navette maritime de sauvetage d'assistance médicalisée, bien qu'elle ne constitue pas une solution miraculeuse, n'en demeure pas moins une solution à coût maîtrisé et envisageable pour tous les archipels notamment les Tuamotu.**

### → Des conditions d'exercice précaires et un sous-développement médical

Lors de son audition à l'assemblée, l'administrateur du Pays de la Circonscription des Tuamotu-Gambier précise que les missions de son service ne lui permettent pas d'intervenir au niveau sanitaire dans l'archipel mais n'empêche pas une collaboration avec la Direction de la santé pour améliorer la situation de la population. Il remarque toutefois que **les personnels de santé peinent à obtenir des travaux de réparations** de leurs dispensaires et postes de secours, en raison des difficultés à identifier à qui incombe la charge d'entretien (mairie, Direction de la santé, ou autres).

**Le déclenchement des évasans par des auxiliaires de santé n'est pas la solution la plus adéquate** mais répond de l'initiative d'un personnel très démuné faute de médecin ou de moyen de communication avec le CHPF. **Le manque de médecins** aux Tuamotu-Gambier (sauf à Rangiroa) s'explique par des conditions de recrutement insuffisamment attrayantes. Il évoque également des problématiques de **coupures d'électricité incessantes dans les structures sanitaires** notamment la nuit et une disponibilité déficiente des transports intérieurs pour garantir une continuité territoriale entre les nombreux îles et atolls de l'archipel.

Ces constats émanant d'un chef de service n'appartenant pas au milieu de la santé rejoignent l'expertise effectuée en 2015 par les médecins-inspecteurs de la Direction de la santé d'une « offre de soins dans les archipels particulièrement dégradée » et une « densité (pour 100 000 habitants) des médecins généralistes (32) et des infirmiers (223) la plus basse de la nation ». En 5 ans, la situation ne s'est guère améliorée.

### → Des défaillances de l'offre de soins

Les Maires de l'archipel dénoncent des délais d'intervention trop longs dans le traitement des urgences (par exemple en cas d'AVC). L'offre de soins s'est détériorée malgré l'adoption du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 qui prévoit un médecin pour 1000 habitants. À défaut de médecins dans les îles, les auxiliaires de santé ont la charge de poser un diagnostic pour justifier d'une évasan alors qu'ils n'ont pas la qualification médicale pour poser un diagnostic fiable sur la gravité des pathologies et décider de l'opportunité d'une évasan à partir d'une seule consultation téléphonique.

Est également exprimée, l'iniquité persistante dans l'organisation et l'offre de soins entre Tahiti et les îles. À titre d'illustration, un Maire déplore 3 décès en 2019 dans sa commune car les évasans sont déclenchés trop tardivement et s'offusque des conditions indignes dans lesquelles elles se déroulent.

Des abus d'évasans programmées sont aussi signalés aux rapporteuses ainsi que des difficultés de prise en charge financière des transports par la CPS, qui restent à la charge de la commune ou des particuliers. Ainsi, les patients orientés par les CAS de spécialistes libéraux vers les cliniques de Papeete au lieu du CHPF, sont confrontés à des dépenses financières imprévues qu'ils ne sont pas en mesure de supporter.

Les rapporteuses se sont rendues du 7 au 9 décembre 2019 à Tikehau (distant de 315 km de Tahiti) et Rangiroa (à 355 km de Tahiti), du 9 au 11 février 2020 à Hao (à 920 km de Tahiti), du 11 au 15 février 2020 aux Gambier.



À Tikehau, en cas d'accident sur la route et en l'absence d'ambulance, la solidarité n'est pas un vain mot. La population, le Maire délégué, les policiers municipaux avec les voitures communales se chargent de transporter les blessés à l'infirmierie ou en fonction de sa disponibilité, l'infirmière se déplace sur les lieux de l'accident. En cas d'évasan sur Tahiti, l'infirmière se charge de toutes les procédures de transferts par Air Tahiti (au moins une desserte par jour). En cas de pronostic vital engagé, le SAMU envoie soit l'aéronef d'Air Archipel soit l'hélicoptère. L'équipe soignante est confrontée aux difficultés de mise en place des évassans d'urgence vitale. Les tournées médicales de la Subdivision sanitaire des Tuamotu-Gambier ont lieu deux fois par an. En dehors de ces missions, il n'y a pas de médecin fixe sur place alors que Tikehau est très fréquenté par les visiteurs, on y dénombre un hôtel de 40 chambres, huit pensions de famille, cinq clubs de plongée.



Visite et réunion à l'infirmierie de Tikehau

PLANNING DE FONCTIONNEMENT DE L'INFIRMIERIE DE TIKEHAU TÉLÉFAX : 40 98 12 95						
LE JOUR	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENREDI	SABEDI
7h00 - 14h00	CONSULTATION	CHRONIQUE	C.F.I C.F.M S.O.B.S	PRÉ-REANAL C.F.M S.O.B.S	CHRONIQUE	DU
14h00 - 18h00	SOINS	CONSULTATION	CONSULTATION	CONSULTATION	CONSULTATION	VENREDI 14h30
18h00 - 21h00	TRAVAIL ADMINISTRATIF	TRAVAIL ADMINISTRATIF	SOINS	TRAVAIL ADMINISTRATIF	SOINS	AU
						LUNDI 7h30
						URGENCES
						UNIQUEMENT

Planning de fonctionnement de l'infirmierie

À Hao, les transferts sanitaires de l'année 2019 comptent 9 évassans en vol spécial par Guardian ou Air Archipel, 94 réquisitions sur vols commerciaux « pour éviter d'en arriver à des drames » et 282 évassans programmées. 9 patients d'Amanu ont été évassanés par bateau jusqu'à Hao.

### → La disponibilité insuffisante d'un seul avion pour l'ensemble de la Polynésie

« Au SAMU vous le savez comme moi, il y a une équipe dédiée aux évassans et une au SMUR si l'équipe dédiée aux évassans est aux Marquises, il décolle le matin à 8 h, le temps d'arriver il est 12 h, on charge le malade puis il faut revenir ce qui fait que la journée il n'y a plus rien, si l'équipe du SMUR qui est censée faire une deuxième évasan pour partir à Taravao, il faut appeler l'astreinte, il faut trouver un deuxième avion »

### → Les problèmes liés aux réquisitions et à l'hébergement à l'Hospitel

Quand il s'agit de Demande d'Entente Préalable dans le cadre d'une évasan programmée, les accompagnants ont le temps de s'organiser pour leurs hébergements. Mais lorsque le patient est transféré par **réquisition** en urgence relative sur le CHPF, à fortiori, lorsqu'il s'agit d'un mineur, la famille est sans hébergement à l'Hospitel. Or, les familles des îles n'ont pas de moyens pour la plupart de payer un logement sur la ville.

À leur arrivée à l'aéroport de Tahiti-Faaa, les patients réquisitionnés sont transportés en fonction de la disponibilité des ambulances du CHPF (une ambulance pour le SMUR, une pour les évassans, une qui récupère les patients aux avions ou aux bateaux). Ils attendent parfois plusieurs heures l'arrivée de l'ambulance.

### → La mauvaise gestion des rendez-vous programmés au CHPF

Malgré l'effort des soignants de regrouper les RDV d'un patient pour lui éviter un séjour trop long à Tahiti ou de multiples allers-retours durant l'année, les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous sont de six mois au CHPF avec parfois des annulations tandis que dans le privé la réponse est plus rapide. De surcroît, les annulations ne font pas l'objet d'une proposition de reprogrammation de rendez-vous, ce qui fait que le patient ne verra que certains spécialistes mais n'aura pas accès à l'ensemble des soins. Le patient rentre mais devra revenir en évasan programmée afin de bénéficier de la consultation ou de l'examen manquant(e).

## → Le transport entre Amanu et Hao

Deux transporteurs de Hao conventionnés avec la CPS assurent les transferts maritimes des patients d'Amanu distant de 19 km, pour un tarif forfaitaire aller-retour de 34 750 F CFP, quel que soit le nombre. Ce tarif leur permettant à peine de rentrer dans leur frais, un des transporteurs a décidé de ne plus assurer les transferts de groupe de patients. « *Quand tu pars à vide et reviens à vide t'es perdant.* »

Les Maires des Tuamotu-Gambier comme les personnels de santé auditionnés préconisent le développement rapide de la télémédecine, d'un transport maritime adapté à l'état sanitaire des patients, la présence permanente de médecins dans leurs îles.



Réunion à la mairie de Hao

### 3.5) Le cas de Moorea

Comptant près de 18 000 habitants et en dépit de sa situation proche de Tahiti, à 19 km de Papeete, Moorea est relativement isolée. La liaison avec Tahiti se fait principalement par bateau, de jour entre 5 h 20 et 16 h 45. En raison de ces contraintes de transport, de problèmes de locomotion vers le CHPF de Taaone et de difficultés de logement sur place, les résidents rechignent à se rendre à Tahiti pour consulter des spécialistes.

Moorea est desservie par l'hôpital d'Afareaitu qui ressemble à un hôpital rural avec des problématiques très proches des formations sanitaires des îles isolées. Il est doté d'un service de consultation externe assimilable à un dispensaire, un service d'urgence avec une salle de déchoquage, une dizaine de lits d'hospitalisation et une cellule de prévention. Par ailleurs il accueille des CSA de spécialistes du CHPF. Il est chargé de la formation spécifique d'adaptation à l'emploi pour les agents qui vont exercer dans les îles (auxiliaires de santé, infirmiers, médecins).

À Moorea, les rapporteuses notent qu'il est impossible d'effectuer des évasans de nuit (20 h – 6 h) depuis qu'il n'y a plus de contrôleur aérien d'astreinte à l'aéroport de Tema'e. TNH suspend ses vols en hélicoptère à partir de 18 h faute de disposer d'une équipe de pilotes d'astreinte. Il en est de même aux îles Sous-le-Vent.

Les femmes enceintes de Moorea près du terme de l'accouchement présentent les plus forts risques d'évasans d'urgence obstétricales en raison de la proximité géographique de Moorea avec Tahiti, d'une facilité d'accès par bateau suite à la fermeture récente du centre de naissance de l'Hôpital de Moorea et dans certains cas, de l'éloignement de leur famille ou des craintes de violence sur leurs enfants en leur absence. L'occupation irrégulière de l'Hospitel par des internes en médecine ne participe pas à concourir à l'acceptation des gestantes de Moorea à rester sur Tahiti en raison de la situation trop excentrée des autres logements proposés par rapport au CHPF. **Il conviendrait d'envisager la possibilité de créer une vraie unité obstétricale de niveau 1 à l'hôpital de Moorea au vu de la population résidente et si le volume d'accouchement est suffisant.**

**L'hélicoptère est le seul vecteur permettant de répondre aux urgences de Moorea et de Taravao** notamment en raison du nombre de décès lors des accidents de la route.

En résumé, dans les archipels autres que les Îles du Vent, les conseils municipaux, la communauté médicale et soignante font état de dysfonctionnements récurrents aux Tuamotu, aux Marquises ainsi qu'aux Australes et dans une moindre mesure aux Iles Sous-le-Vent, liés aux difficultés des évacuations d'urgence mais également à une offre de soins jugée insuffisante.

Ces dysfonctionnements sont dus à :

- ◆ Une prise en charge de l'aide médicale d'urgence dans des délais anormalement longs ou inexistante de nuit ;
- ◆ Des conditions de transport maritime inadaptées à l'état des patients (bonitiers, speed-boat, poti-mārara) ;
- ◆ Une offre de transport aérien insuffisante voire inexistante (la nuit) car aucune relation conventionnelle n'oblige les compagnies aériennes à un résultat (Air Archipels, Air Tahiti, TNH) ;
- ◆ Des défauts de balisage des pistes aériennes qui pourraient être corrigés ;
- ◆ Un transfert des tâches du personnel de santé au personnel communal (pompiers) à la charge des budgets communaux sans aucune possibilité de remboursement par la CPS ;
- ◆ Une iniquité persistante voire une carence de l'offre de soins dans les lieux les plus isolés ne permettant pas au SMUR d'intervenir ;
- ◆ Une télémédecine inexistante sauf pour Tetiaroa et Nukutepipi ;
- ◆ Des problèmes liés aux évacuations des patients psychiatriques, etc.

Ces dysfonctionnements mettent en exergue la nécessité impérieuse de faire évoluer l'organisation actuelle afin que la continuité territoriale soit pleinement assurée. Les rapporteuses recommandent **la mise en place d'un schéma territorial de l'organisation des soins d'urgence décliné en schémas spécifiques par archipel.**

Pour pallier ces inégalités, la Direction de la santé souligne auprès des rapporteuses qu'il n'existe pas de solution unique à l'amélioration de la santé des populations. Elle propose d'améliorer l'offre de soins selon les pistes suivantes :

- Solutionner le problème de ressources humaines et favoriser l'installation de médecins publics et privés dans les îles en mettant en place une politique de concours administratifs et faciliter leur conventionnement ;
- Moderniser les structures de la santé publique en remettant à niveau les investissements nécessaires pour garantir une offre de soins adaptée ;
- Améliorer le RIL en l'ouvrant aux libéraux ;
- Mutualiser les CSA en fonction du parcours de soins du patient ;
- Mettre en réseau les 5 établissements hospitaliers publics et enfin ;
- Recentrer la santé publique sur ses vocations premières de lutte contre les épidémies (obésité, addictions, cancer), faire de la prévention et assurer la médecine scolaire.

Par conséquent, les rapporteuses préconisent également **une révision du schéma des transports** dès lors qu'Air Archipels et Air Tahiti ne respectent pas la convention. La télémédecine pourrait apporter une solution médicale grâce au câble si les formations sanitaires étaient connectées à la fibre. Or à ce jour, les hôpitaux de Taiohae, de Raiatea, de Moorea et de Taravao, ainsi que les formations sanitaires des Tuamotu sont peu ou pas desservis. Les rapporteuses insistent sur la nécessité **de développer la télémédecine et pour ce faire de rendre opérationnel au préalable l'accès informatique.**



# **PARTIE 2**

**LES ÉVACUATIONS SANITAIRES :  
UNE MISE EN ŒUVRE COUTEUSE QUI NE  
GARANTIT PAS SUFFISAMMENT  
L'ACCÈS À L'OFFRE DE SOINS**

**A** fin de garantir une couverture sanitaire la plus équitable possible à sa population disséminée sur une superficie aussi grande que l'Europe et résoudre les difficultés liées à son insularité et à son éclatement géographique, la collectivité de Polynésie française a privilégié les évacuations sanitaires programmées et urgentes vers le centre hospitalier le plus proche ou en grande majorité vers Tahiti.

Mais ces évacuations sanitaires ont un coût, parfois prohibitif, variable en fonction des distances à parcourir, du degré d'urgence des pathologies présentées par les patients et du transporteur aérien sollicité. Cette charge financière conséquente est supportée par l'ensemble des contribuables polynésiens et croît d'année en année à l'instar des autres dépenses de santé.

Bien que le dispositif des évacuations sanitaires soit ancien, il relève en Polynésie d'une organisation et d'une mise en œuvre relativement récente. Il n'est pas explicitement organisé et reconnu par le législateur polynésien. De surcroît, son organisation actuelle induit des délais de prise en charge trop longs pour les patients.

Par ailleurs, de manière inédite, les budgets des communes polynésiennes sont de plus en plus grevés par les transports sanitaires, les frais funéraires de malades évasanés et la prise en charge de patients psychiatriques transférés sur Tahiti.

Si le dispositif demeure perfectible au niveau des délais de prise en charge de l'aide médicale d'urgence et de son organisation juridique, les charges relevant de cette mission de service public incombant au Pays et aux communes apparaissent de plus en plus lourdes financièrement à supporter.

## 1) LA SANTÉ, UNE ANCIENNE COMPÉTENCE TERRITORIALE<sup>86</sup> HÉRITÉE DE L'ÉTAT SANS COMPENSATION DES CHARGES

Lorsque la Constitution du 27 octobre 1946 a mis un terme à l'empire colonial français, la Polynésie est devenue un territoire d'outre-mer. La loi-cadre Defferre n° 56-619 du 23 juin 1956 a permis au Gouverneur des Établissements français de l'Océanie d'organiser les assurances sociales par arrêté gubernatorial du 28 septembre 1956 et de créer la Caisse de protection sociale généralisée.

Si l'esprit de la loi-cadre était d'associer plus étroitement « *les populations d'outre-mer à la gestion de leurs intérêts propres* », il autorisait le gouvernement à doter les assemblées territoriales d'un pouvoir délibérant élargi et a institué les conseils de gouvernement pour administrer les intérêts territoriaux.

Pris en application de la loi-cadre, le décret n° 57-812 du 22 juillet 1957 a doté le territoire d'un statut lequel a attribué à l'assemblée le pouvoir d'adopter des délibérations réglementant des domaines réservés jusqu'alors au Parlement. Les dispositions de l'article 40 attribuaient ainsi la compétence en matière « d'hygiène et de santé publique » au territoire. Aucun des statuts institutionnels qui s'ensuivirent ne remit en cause le transfert de la compétence santé de l'État à la Polynésie.

Ainsi, en vertu de l'article 74 de la Constitution du 27 octobre 1958, la Polynésie française, en qualité de collectivité d'outre-mer, dispose d'un statut particulier tenant compte de ses intérêts propres, qui lui confère une compétence de principe dans toutes les matières qui ne sont pas dévolues à l'État par l'article 14 et sous réserve des compétences attribuées aux communes ou exercées en application de la loi organique. Dans sa décision du 27 juin 2001, le Conseil constitutionnel a ainsi pu rappeler le caractère exclusif de la compétence de la Polynésie française en matière de santé<sup>87</sup>.

.....  
86) Antoine LECA, Arnaud HELLEC, Christophe PSYCHOGIOS, Gaëtan di MARINO Gregory DETRUN, Jean-Paul PASTOREL, Maiana BAMBRIDGE, Marc DEBENE et Teva JEANNETTE, le droit médical en Polynésie française, Les études hospitalières, février 2013.

87) CC n° 2001-446 DC, 27 juin 2001, loi relative à l'IVG et à la contraception, cons. 20, Rec. p. 74.

De manière plus récente, le Conseil d'État<sup>88</sup> a également eu l'occasion de souligner à nouveau que cette compétence échoit au Pays, notamment en matière de santé publique, qui comprend l'organisation du système de santé, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « *la prise en charge collective de la santé d'une population dans son milieu de vie, qu'il s'agisse de soins, prévention, éducation ou hygiène sociale* » même si la juridiction précise que l'État reste compétent en matière de préparation des mesures de sauvegarde, d'élaboration et de mise en œuvre des plans opérationnels et des moyens de secours nécessaires pour faire face aux risques majeurs et aux catastrophes.

En ce sens, la Polynésie française dispose de l'entière compétence pour asseoir son cadre normatif et définir ses actions en matière de politique de santé, organiser, gérer et contrôler le système de santé ainsi qu'en définir les modalités de son financement.

• • • • •  
• **Toutefois, cette répartition des compétences n'apparaît pas aussi simple car elle recèle de** •  
• **nombreux chevauchements de compétences avec l'État puisque ce dernier dispose d'un** •  
• **droit de regard sur l'organisation de notre système de santé à chaque fois que sont mis en** •  
• **cause l'état et la capacité des personnes, la garantie de l'exercice des libertés publiques<sup>89</sup>,** •  
• **justifiant que certaines dispositions du code de la santé publique applicable en France** •  
• **métropolitaine ont pu être étendues au territoire, ou encore parce que la Nation doit garantir** •  
• **à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la protection de la santé selon le Préambule de** •  
• **la Constitution de 1946.** •  
• • • • •

À ce dernier titre, l'État conserve une responsabilité en matière de santé « *quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, et il lui appartient en dernier ressort d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé, où qu'il vive, en métropole ou dans les outre-mer<sup>90</sup>* ». Les pouvoirs publics ont ainsi un devoir de protéger collectivement les populations contre tous les risques qui pourraient menacer leur santé mais également dans le cadre des fonctions régaliennes aux termes desquels le législateur national fixe les conditions d'exercice des missions de santé.

Depuis 1983, la compensation des transferts de compétences de l'État vers les collectivités territoriales obéit au **principe de la neutralité budgétaire** : Ces transferts doivent s'accompagner de l'attribution de ressources équivalentes aux dépenses affectées, à la date du transfert, par l'État à l'exercice des compétences transférées.

Ce principe a été érigé en principe constitutionnel à l'occasion de la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, au sein de l'article 72-2 de la Constitution lequel dispose que « *tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources équivalentes à celles qui étaient consacrées à leur exercice* » (principe du « coût historique »).

L'article 72-2 de la Constitution n'impose pas en revanche une compensation exacte et réévaluée dans le temps en fonction du coût d'exercice des charges transférées<sup>91</sup>. Cette compensation financière doit être intégrale<sup>92</sup>, concomitante<sup>93</sup>, garantie<sup>94</sup>, contrôlée et conforme à l'objectif d'autonomie financière inscrit dans la Constitution.

• • • • •  
88) CE, 22 juillet 2020, n° 440764, Dr THÉRON et autres.  
89) Voir par exemple en ce sens les art. L 2445-1 à L 2445-4 du code la santé publique relatifs à l'interruption volontaire de grossesse.  
90) Cour des comptes, rapport public thématique, La Santé dans les outre-mer, Une responsabilité de la République 2009.  
91) Décisions du Conseil Constitutionnel n°2003-487 DC du 18 décembre 2003 et n°2003-489 DC du 29 décembre 2003.  
92) Les ressources transférées sont équivalentes aux dépenses effectuées par l'Etat au titre des compétences transférées. Toutes les dépenses, directes et indirectes, liées à l'exercice des compétences transférées sont prises en compte. Chaque dépense fait l'objet d'une évaluation sur une période prévue par la loi et qui varie selon le type de dépense : 3 ans pour les dépenses de fonctionnement et au moins 5 ans pour les dépenses d'investissement en application de la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales (LRL) ; 3 ans maximum pour les dépenses de fonctionnement et au moins 5 ans pour les dépenses d'investissement en application de la loi du 27 janvier 2014 de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (MAPTAM).  
93) Tout accroissement de charges résultant des transferts de compétences est accompagné du transfert concomitant des ressources nécessaires à l'exercice de ces compétences. Ainsi, l'année précédant le transfert de compétences, les ministères décentralisateurs procèdent à l'évaluation provisoire des dépenses qu'ils consacraient jusqu'alors à l'exercice des compétences transférées. Il est inscrit en loi de finances le montant de la compensation provisionnelle des charges nouvelles. Dès que les données définitives sont connues, il est procédé aux régularisations qui s'imposent en loi de finances rectificative.  
94) Le montant des accroissements de charges résultant des transferts de compétences est constaté par arrêté interministériel, après avis de la commission consultative sur l'évaluation des charges (CCEC).

Conformément aux dispositions constitutionnelles, l'article 59 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française précise toutefois que « **l'État compense les charges correspondant à l'exercice des compétences nouvelles que la Polynésie française reçoit de la présente loi organique.** »

Transférée en 1957 et limitée aux nouvelles compétences, la Polynésie ne paraît donc pas avoir la possibilité de se fonder sur ces dispositions pour prétendre à une participation financière de l'État et ce d'autant que le territoire détient la compétence fiscale.

Des données transmises par la Direction du budget et des finances aux rapporteures, les concours financiers de l'État dans le domaine de la santé sur la période 2015-2019 s'établissent comme suit :

**Tableau 15 : Concours financiers de l'État**

<b>Versement en millions de F CFP (MF)</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Subventions d'investissement versées au Pays ou à ses étab. pub. (CHPF, ILM)</b>	<b>88,7</b>	<b>116,1</b>	<b>48,1</b>	<b>255,10</b>	<b>344,8</b>
<b>Subventions d'investissement versées au CHPF (CdP2)</b>					<b>37,3</b>
<b>Subventions d'investissement versées au Pays au 910 « Santé (CDP1&amp;2, ONCO) »</b>	<b>88,7</b>	<b>116,1</b>	<b>44,2</b>	<b>141,7</b>	<b>258,6</b>
<i>dont CDP 1&amp;2</i>	<i>88,7</i>	<i>116,1</i>	<i>44,2</i>	-	<i>109,2</i>
<i>dont ONCO</i>				<i>141,7</i>	<i>149,4</i>
<b>Subventions d'investissement versées au Pays au 901 « projets informatiques » / Santé (ONCO)</b>				<b>0,9</b>	
<b>Subventions d'investissement versées au Pays au 901 « logts de fonction » / Santé (CDP2)</b>			<b>3,9</b>		<b>6,3</b>
<b>Subventions d'investissement versées au Pays au 901 « bâtiments »/ Santé (CDP2)</b>				<b>112,5</b>	<b>32,1</b>
<b>Subventions d'investissement versées au Pays au 907 « Enseignement »/ Santé (CDP2)</b>					<b>10,5</b>
<b>Subventions de fonctionnement versées au Pays</b>	<b>45,6</b>	<b>1,9</b>	<b>5,1</b>	<b>59,2</b>	-
<b>Total</b>	<b>134,3</b>	<b>118</b>	<b>53,2</b>	<b>314,3</b>	<b>344,8</b>

**Tableau 16 : Engagements financiers de l'État**  
**Engagements financiers<sup>95</sup> (Signature conventions de financements)**

Versement en millions de F CFP (MF)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>CdP1/Santé</b>	<b>203,1</b>	<b>153,4</b>	<b>93,6</b>	<b>165</b>	<b>326,2</b>	<b>56,7</b>	-	-		-
<b>CdP2/Santé</b>	-	-	-	-	-	-	-	<b>38,1</b>	<b>511,3</b>	<b>236,2</b>
<b>ONCO/Santé</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	<b>465,6</b>	<b>250,4</b>
	<b>203,1</b>	<b>153,4</b>	<b>93,6</b>	<b>165</b>	<b>326,2</b>	<b>56,7</b>	<b>0</b>	<b>38,1</b>	<b>977,9</b>	<b>486,6</b>

Pour autant les réflexions relatives au retour de la participation de l'État au RSPF demeurent d'actualité dans le cadre du renouvellement de la convention « santé ».

Ainsi, à la demande du Président de la Polynésie française, les ministres des solidarités et de la santé, des Outre-mer et de l'action et des comptes publics ont conjointement sollicité le 23 mai 2018 auprès des trois inspections générales la réalisation d'un diagnostic et la définition d'un plan d'actions en matière de solidarité et de santé dès lors que :

- ◇ La PSG instaurée en 1994 présente dans son ensemble « des équilibres financiers qui demeurent fragiles » qui ne permettent pas de dégager des sources de financement pérennes et nécessaires à la mise en œuvre d'un schéma territorial d'accès aux soins d'urgence ;
- ◇ Le régime général des salariés (RGS) pèse pour les 3/4 sur la PSG et a été constamment déficitaire depuis 2012 en raison principalement des dépenses liées à la liquidation des retraites de la tranche A ;
- ◇ Le régime des non-salariés (RNS) bien qu'équilibré depuis 2013 enregistre un léger déficit en 2018 (-172 MF CFP) ;
- ◇ Le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) est uniquement financé par le FELP depuis son adoption par l'assemblée en 2013 dont les dépenses se sont élevées à 26 143 MF CFP en 2017 et les ressources sont évaluées à 27 664 MF CFP pour 2018 ;
- ◇ Les produits de la CST sont assis sur les montants des salaires (22,5%) ; divers droits et taxes d'importation et de consommation (5,2%) ; des versements de subventions du budget primitif de la Polynésie française (2,1 %) ; une participation modeste de l'État en application de la convention de 2015 qui se limite à la participation au financement du RSPF pour un montant de 12 millions d'euros par an (soit 5 760 000 000 F CFP sur 4 exercices au total), représentant 1,1 % de l'ensemble des dépenses des trois régimes sociaux de la PSG.

Outre la participation au financement du RSPF, et aux dépenses d'investissement dans le cadre du contrat de projet et de la convention « oncologie », il convient de noter que l'État contribue indirectement au financement par la mise à disposition de personnels infirmiers CEAPF auprès du CHPF et de la Direction de la santé à hauteur de 80 postes estimés à 869 millions F CFP en 2017.

.....  
 95) On relève trois opérations d'investissement directement dédiées à l'urgence sanitaire : 1°) Une en 2010 relative à l'équipement du centre d'enseignement aux soins d'urgence pour un montant de 19 986 524 F CFP TTC avec une participation de 7 732 687 F CFP de l'État ; 2°) Une autre en opération dédiée au renforcement des équipements d'urgence pour un montant de 179 952 221 F CFP TTC avec une participation de l'État de 75 614 531 F CFP ; 3°) Une opération en 2019 (CDP2) relative à l'interconnexion du centre 15 et du 18 pour un montant de 148 000 000 F CFP et avec une participation de l'État de 64 431 702 F CFP avec un versement réalisé au moment de la rédaction de ce rapport de 19 329 511 F CFP.



## 2) ORIGINE ET NATURE DES ÉVASANS

### 2.1) Les évacuations sanitaires inter-îles, un dispositif ancien mais qui relève d'une organisation et d'une mise en œuvre relativement récentes

De conception ancienne<sup>96</sup>, les évacuations sanitaires ou « évasans » peuvent se définir comme le transport d'un patient vers l'île possédant la structure de soins la plus adaptée lorsque les moyens de diagnostics et/ou thérapeutiques disponibles sur place sont insuffisants pour lui permettre d'accéder à des soins secondaires ou tertiaires adaptés qu'impose son état de santé<sup>97</sup>.

**Contrairement aux évasans internationales qui sont définies par l'article 1<sup>er</sup> de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001, aucun texte adopté par l'assemblée ne définit une évacuation sanitaire interinsulaire.**

Résultant d'une mise en œuvre relativement récente pour faire face aux difficultés de secourir une population éparpillée et confrontée à l'éloignement des infrastructures sanitaires, les évasans sont nées des limites de la Médecine Mobile<sup>98</sup>, sans grands moyens matériels et jugées trop incertaines et ponctuelles<sup>99</sup> pour être efficaces.

Le palliatif prôné et mis en œuvre à l'époque a été celui de la multiplication des infrastructures médicales dans les îles<sup>100</sup>. Toutefois, ce modèle a vite rencontré des inconvénients techniques liés au manque de matériels disponibles et de moyens humains liés au syndrome dit du « médecin aux pieds nus<sup>101</sup> ».

.....  
: **Le recours aux transports sanitaires aériens<sup>102</sup> est donc apparu comme le seul moyen** :  
: **de s'affranchir de l'insularité et s'est imposé au rythme des évolutions techniques et du** :  
: **développement des infrastructures aéroportuaires du territoire. La desserte maritime se** :  
: **révélant en effet bien trop lente et inadaptée pour répondre aux urgences sanitaires qui** :  
: **relevaient de cas désespérés à l'époque.** :  
.....

Aussi, ce n'est vraiment qu'en 1965, soit un an avant le premier tir nucléaire aérien au nom de code Aldébaran réalisé le 2 juillet 1966 à Moruroa, que les premières évasans aériennes ont débuté sous la forme actuelle avec le Catalina de la Marine depuis les îles les plus éloignées vers l'hôpital de Hao ou de Papeete. Par la suite, n'importe quel vol, commercial, militaire ou privé, passant au plus près de la demande, devait se dérouter s'il pouvait intervenir.

.....  
96) Les premières tentatives d'un système de soins datent de la fin de la Première Guerre Mondiale avec la dépopulation de la Polynésie française due à l'épidémie de grippe espagnole de 1918 qui décima près de 20 % de la population.

97) Définition posée par le Dr Sébastien OTT dans sa thèse portant sur les évacuations sanitaires urgentes à partir du centre médical de l'île de Tahaa, dans l'archipel de la société en Polynésie française : analyse de janvier 2012 à août 2016 et pistes d'amélioration.

98) La mise en place d'une médecine mobile date des années 1920 mais cette dernière ne s'est réellement affirmée qu'après la seconde guerre mondiale avec l'augmentation du nombre d'infirmiers et de sages-femmes qui ont contribué à la promotion de la santé dans les îles en organisant des tournées médicales effectuées en bateau afin de dispenser des soins curatifs, des vaccinations, les soins d'hygiène élémentaires, les consultations infantiles et la collecte d'informations. Les effectifs infirmiers étaient de 10 en 1926, 51 en 1945 et 126 en 1960. Ces derniers avaient la charge de la totalité de la santé dans les îles dépourvues de médecin. (*Problèmes de santé dans un territoire insulaire les évasans en Polynésie française - ORSTROM-CHT Mamao- communication présentée au colloque « Territoire et sociétés insulaires » Université de Brest-CNRS-1990*)

99) La médecine mobile n'a pu être assurée au cours des années 1956 et 1957.

100) Le système de santé en Polynésie française est fondé historiquement par des médecins de marine en service colonial. Dès 1848 est édifiée une infirmerie militaire qui deviendra en 1884 le premier hôpital à Papeete, l'hôpital général de Vaiami.

101) À l'origine les médecins aux pieds nus étaient des agriculteurs de la République populaire de Chine qui recevaient une formation médicale et paramédicale minimale d'environ 6 mois en plus des médecins traditionnels afin d'exercer dans les villages car les médecins de formés à la ville refusaient de s'installer dans des zones reculées.

102) Le rapport du chef de service de la Santé en 1954 se terminant par ces mots : « *La solution idéale serait que chaque île dispose d'un infirmier et d'une station radiophonique. À Papeete, un hydravion affecté au service de la santé sera prêt à répondre à tous les appels et un médecin pourra alors se rendre sur place pour examiner les malades graves et les ramener éventuellement sur le centre de Papeete. Espérons que la situation économique permettra un jour de telles réalisations* ».

Arrivé au cours des années 1975 aux Marquises, Jacques Brel, qui en plus d'être chanteur était aussi marin, aviateur et humaniste, a contribué à la réalisation de nombreuses évacuations en offrant les services de son avion bimoteur « Jojo » pour apporter une assistance à la population marquisienne en transportant des personnes malades en état d'urgence<sup>103</sup>.



*Photo 1 : Jacques BREL et son bimoteur Jojo*

Au cours des années 80, la procédure de déclenchement des évacuations urgentes inter-îles a été mise en œuvre par le Piper Navajo du haut-commissariat et le Nomad N22-B, avion australien médicalisé pour permettre des tournées sanitaires dans les îles des médecins et dentistes mais également pour assurer les urgences médicales. Toutefois, sa lenteur a constitué un handicap pour les évacuations urgentes déclenchées des îles les plus éloignées. Ces avions administratifs sont exploités par le pilote-inspecteur de l'aviation civile, quelques pilotes des corps techniques de la navigation aérienne et des volontaires à l'aide technique (VAT) pilotes professionnels.



*Photo 2 : Moyen aérien d'évacuation des années 80*

Avec le développement des pistes, et l'amélioration de la performance des avions, les évacuations d'urgence ont été effectuées par des sociétés privées<sup>104</sup> ou par les forces armées sous convention avant d'être reprises par Air Archipels en 1996 jusqu'à ce jour alors que les évacuations programmées sont effectuées sur les vols réguliers d'Air Tahiti.

103) SUGGS R.C. « Deux artistes de talent en quête de paix, Gauguin et Brel aux Marquises », Air Tahiti Magazine n° 36, PP. 19-26.

104) La première société a été Tahiti Conquest Airlines, suivie par Wan air qui prit le relais pour quelques mois, puis par Air Oceania pour les Tuamotu et TCA pour les autres archipels.

Indispensables mais coûteuses, les évasans visent à compenser les disparités géographiques de l'offre de soins en permettant aux habitants des îles éloignées, comme aux touristes, d'accéder à des formations sanitaires adaptées à leur pathologie. Essentielles, elles répondent « de la difficulté, presque insurmontable, d'atteindre, pour la secourir, une population aussi disséminée<sup>105</sup> » et ce notamment lors des situations d'urgence.

## 2.2) Les évasans inter-îles, une mission de service public non explicitement organisée et reconnue par le législateur polynésien

Bien que les dispositions figurant à l'article 1<sup>er</sup> de la délibération n° 2006-1 du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire précisent qu'une : « *évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française* constitue une offre de soins proposée au patient lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables sur le territoire par manque d'infrastructure, de service et/ou de moyens adaptés à sa pathologie » et qu'elles relèvent à ce titre « d'une mission de service public » dévolue par la Polynésie française à la CPS, aucune disposition textuelle équivalente ne prévaut pour les évasans inter-îles.

En effet, selon les termes tenus par la CPS lors des auditions, les évasans inter-îles ne se définissent pas par une offre globale de soins mais par une prestation sociale en nature consistant en un remboursement total des frais de transport engagés par un assuré ou son bénéficiaire relevant du cadre règlementaire relatif aux régimes de protection sociale généralisée<sup>106</sup> lesquels fixent les différentes modalités de leurs prises en charge en distinguant l'objet médical de la prestation de transport<sup>107</sup>.

Toutefois, et en pratique, ces frais de transports ne sont pas remboursés auprès de chaque intéressé mais sont directement réglés par la CPS auprès des différents prestataires de transport en raison de l'impossibilité pour les ressortissants d'en faire l'avance.

Ainsi, chacune des délibérations instituant les régimes de la PSG comporte des dispositions générales communes<sup>108</sup> qui précisent les conditions générales de prise en charge des frais d'hébergement et de transport terrestres interinsulaires<sup>109</sup> ainsi que des dispositions spécifiques, selon qu'il s'agisse d'évasans d'urgence ou programmées<sup>110</sup>.

Ces dernières prévoient ainsi que la prise en charge du transport s'entend du domicile de l'intéressé à la formation sanitaire ou l'établissement hospitalier concerné, et peut concerner aussi bien le patient que ses ayants-droits<sup>111</sup>, un convoyeur médical ou encore un accompagnateur du malade. En cette dernière circonstance, la prise en charge de l'accompagnant est de plein droit uniquement lorsque le patient a moins de 16 ans. En dehors de cette condition, il est nécessaire d'obtenir une dérogation accordée par le contrôle médical de la CPS si la perte d'autonomie du patient justifie la présence d'un tiers pour l'accompagner bien qu'aucune disposition n'objective ses modalités de mise en œuvre.

.....  
105) Rapport du chef de service de la direction de la santé en 1926.

106) Historiquement, c'est la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés qui pour la première fois en 1976, crée la prise en charge des frais d'hébergement et de transports des évacuations sanitaires inter-îles. Adoptées en 1994 et 1995, les délibérations n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 relative au régime d'assurance maladie des personnes non-salariées et n° 95-262 du 20 décembre 1995 étendent la prise en charge des évasans sanitaires aux ressortissants du RNS et du RSPF dans le cadre de la PSG.

107) À noter que le coût des évasans internationales inclut outre les frais de transports et d'hébergements, la prise en charge médicale.

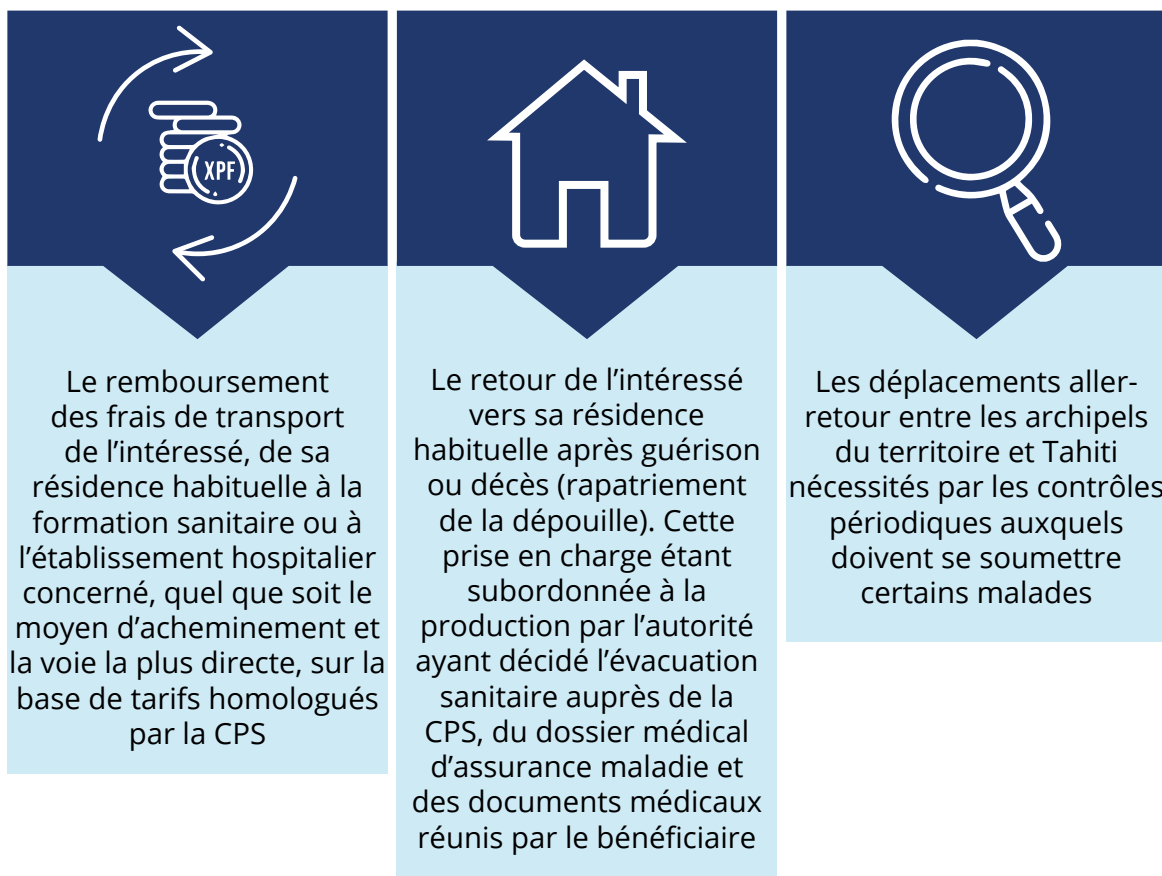
108) Depuis juillet 2011, le législateur polynésien a entendu imputer ces dépenses sur l'assurance maladie des régimes sociaux et non sur le fonds d'action sociale.

109) À noter que cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae. Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

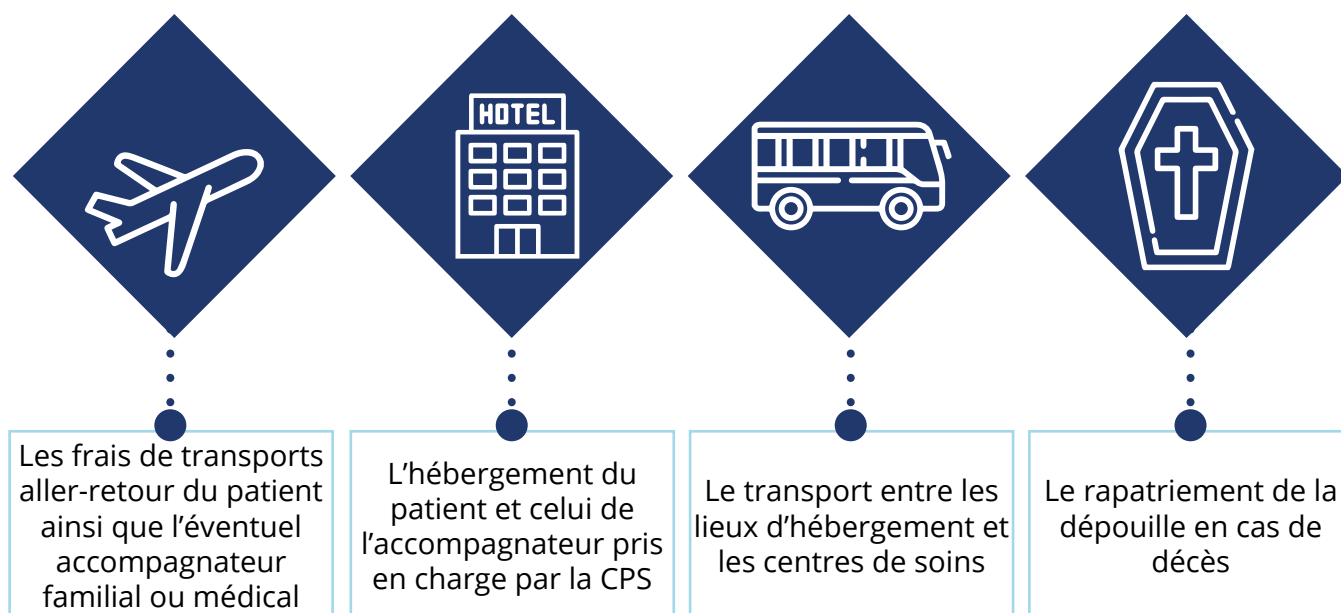
110) ANNEXE 7 - Textes comparés des différents régimes de la protection sociale généralisée ouvrant aux évacuations sanitaires interinsulaires

111) Il peut s'agir d'un concubin, conjoint, ou encore d'un enfant à charge.

## Plus précisément les prestations accordées au bénéficiaire comprennent :



## Les modalités de prises en charge par la CPS s'effectuent en tiers payant à hauteur de 100 % pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie pour ce qui concerne :



En tout état de cause, si les évacuations inter-îles s'imposent comme étant indispensables à la sauvegarde de la vie humaine, et relevant par essence d'un intérêt général, les rapporteuses de la mission déplorent que les conditions de leurs prises en charge demeurent uniquement appréhendées sous l'angle budgétaire et comptable par les régimes sociaux gérés par la CPS.

En effet, les volets « organisation » et « coordination » des différents moyens de transports sanitaires ainsi que leurs nombreux intervenants comportant une dimension humaine non négligeable n'apparaissent pas avoir été pensés à l'échelle du Pays, ni même clairement confiés par la Polynésie française à la CPS.

Or, si les dispositions réglementaires posent le principe d'une obligation de remboursement de prestations d'hébergement et de transport sanitaire par les différents régimes de protection sociale, aucune n'implique que leur réalisation soit effectuée par l'organisme en charge de leur gestion financière.

En l'occurrence, il ne ressort d'aucune disposition textuelle<sup>112</sup> que le législateur ait explicitement dévolu à la CPS, l'exercice de missions de transports sanitaires inter-îles, à l'instar de ce qui a prévalu pour les évacués internationaux, lesquelles apparaissent relever de la compétence du Pays, voire des attributions du CHPF dès lors que l'établissement hospitalier assure déjà la gestion des missions relatives :

- ◆ à l'aide médicale d'urgence à l'échelle territoriale (SAMU/SMUR) par la mise à disposition d'un centre de réception et de régulation des appels d'urgence (le 15) interconnecté avec certains services d'incendie et de secours des communes ;
- ◆ aux consultations spécialisées avancées par le réseau inter-îles ;
- ◆ à l'hébergement des patients à l'Hospitel ;
- ◆ au relais pour les évacuations sanitaires vers l'extérieur du territoire.

En outre, les transports sanitaires d'urgence ne sont pas reconnus comme une mission de service public par le législateur polynésien et ce même s'il répond de la poursuite de l'intérêt général et que ce dernier est compétent en matière sanitaire.

## ZOOM SUR LES COMPÉTENCES DE LA CPS EN MATIÈRE D'ÉVACUATION SANITAIRE

La CPS est une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public et dispose d'une autonomie financière. Elle a pour mission d'appliquer la politique de prestations sociales du pays et de gérer les régimes sociaux de ce dernier.

S'il est juridiquement admis que la CPS a pour mission d'organiser les évacuations sanitaires à l'échelle internationale, **ce n'est pas le cas des évacuations sanitaires inter-îles.**

En effet, il résulte des trois régimes d'assurance maladie (travailleurs salariés, ressortissant du régime de solidarité territoriale, personne non-salariée) que la CPS **a pour seule obligation de prendre en charge « les frais d'hébergement et de transport terrestre des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic et les frais de transports aériens ».**

La CPS n'est donc qu'un organisme payeur qui n'a ni pour mission, ni la charge d'organiser les évacuations sanitaires inter-îles.

Un arrêt du 11 juillet 2019 rendu par la chambre civile de la cour d'appel de Papeete a pu rappeler que la CPS devait **prendre en charge les frais de transports assurés par l'Armée dans le cadre du dispositif d'évacuation « EVASAN » en application des délibérations précédentes.**

.....  
112) Selon l'arrêté n° 1336 i.t. du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales du territoire des E.F.O. : « La caisse de compensation du territoire des E.F.O. assure la gestion des prestations familiales instituées par arrêté n° 1335 i.t. du 28 septembre 1956 précité. Elle est chargée de l'encaissement des cotisations et du service des prestations. La caisse jouit de la personnalité morale et est dotée de l'autonomie financière. Elle fonctionne conformément aux dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 sur les sociétés de secours mutuels et des textes qui l'ont modifiée. »

Ainsi, aucune disposition législative ou réglementaire ne consacre l'obligation pour le Pays d'organiser et de coordonner l'intervention des différents intervenants à l'échelle territoriale d'une aide médicale urgente à l'instar de ce qui prévaut en France métropolitaine aux articles L 6311-1<sup>113</sup> et L 6311-2 du code de la santé publique qui précisent que :

- « L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. » et que « seuls les établissements de santé peuvent être autorisés, conformément au chapitre II du titre II du livre Ier de la présente partie, à comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente, dont les missions et l'organisation sont fixées par voie réglementaire.
- Un centre de réception et de régulation des appels est installé dans les services d'aide médicale urgente. Ce centre peut être commun à plusieurs services concourant à l'aide médicale urgente.
- Le fonctionnement de ces unités et centres peut être assuré, dans des conditions fixées par décret, avec le concours de médecins d'exercice libéral. Dans le respect du secret médical, les centres de réception et de régulation des appels sont interconnectés avec les dispositifs des services de police et d'incendie et de secours.
- Les services d'aide médicale urgente et les services concourant à l'aide médicale urgente sont tenus d'assurer le transport des patients pris en charge dans le plus proche des établissements offrant des moyens disponibles adaptés à leur état, sous réserve du respect du libre choix. »

Bien que ces dispositions n'aient pas été étendues à la Polynésie française et que le droit positif polynésien comporte des lacunes<sup>114</sup> en matière sanitaire notamment pour ce qui concerne l'aide médicale urgente, un projet de loi du pays avait cependant été élaboré en 2013, et même soumis à l'avis du CESC<sup>115</sup> qui l'accueille favorablement et note *in fine* que :

- « L'éloignement et la dispersion des îles constituent un handicap structurel pour la Polynésie française et un coût conséquent pour la collectivité. Le CESC considère que le coût du transport aérien et maritime devrait être pris en charge conjointement par l'État, dans le cadre de la solidarité nationale (continuité territoriale), et par la Polynésie française ».

Pour autant, ce dernier n'a pas fait l'objet d'un examen par l'assemblée.

Ce projet de loi du pays prévoyait de formaliser et d'organiser l'aide médicale urgente dans le but de créer un réseau de soins d'urgences sur tout le territoire de la Polynésie car le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), pivot essentiel de la régulation et de la coordination de l'aide médicale urgente, n'a pas d'existence juridique propre ni de réglementation organisant l'aide médicale urgente et ainsi ne peut jouer pleinement son rôle de coordonnateur de réseau.

Il proposait de décrire les missions de chaque acteur, les liens fonctionnels et conventionnels entre tous, et notamment la coordination entre le SAMU et les services communaux d'incendies et de secours. Ce décloisonnement entre les différents intervenants permettra d'éviter les risques de ruptures dans la prise en charge des patients.

La finalité est de diminuer les morts évitables, de limiter les séquelles et les handicaps et l'aggravation de l'état des patients, de soigner des personnes pouvant être dangereuses pour elles-mêmes ou leurs familles et d'organiser le traitement des urgences et la coordination avec les autres services de secours lors de catastrophes majeures.

.....

113) Ces dispositions ont été codifiées dans le code la santé publique et sont issues de la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

114) La CTC ayant relevé de nombreuses lacunes générées par l'absence de réglementation sanitaire applicable en Polynésie française, février 2011.

115) Avis n° 144 du 4 avril 2013 sur le projet de loi du pays relatif à l'aide médicale urgente

## ZOOM SUR LE RÉSEAU ACTUEL DE SOINS D'URGENCE

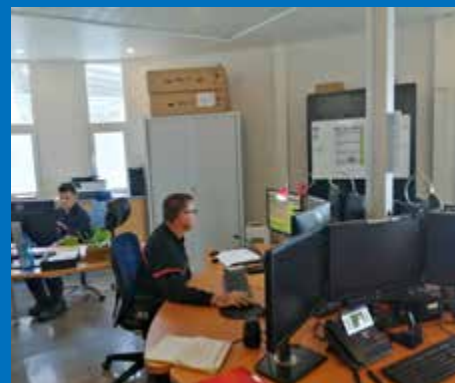
Ce réseau comprend plusieurs intervenants dont les relations ne sont pas juridiquement formalisées :

- ◆ Le **SAMU** du CHPF intervient depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2005<sup>116</sup> et répond par des moyens médicaux aux situations d'urgence ;
- ◆ Le **SMUR** (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) du CHPF effectue les interventions médicales d'urgence hors du CHPF et transfère les patients ;
- ◆ Le **CESU** (Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence) du CHPF enseigne et forme les professionnels de la santé à la prise en charge de l'urgence médicale ;
- ◆ La **DDPC** (Direction de la Défense et de la Protection Civile) organise la réponse de sécurité civile (ORSEC) en cas de catastrophe, les plans communaux de sauvegarde (PCS), les formations des services incendie et secours ;
- ◆ **Les correspondants locaux du SAMU** sont composés des sapeurs-pompiers et policiers communaux, les formations sanitaires de la Direction de la santé, les cliniques privées, les professionnels de santé libéraux, les transporteurs aériens et routiers agréés, la gendarmerie, etc.



Centre 15

Depuis le 8 juin 2018, un projet unique de secours d'urgence mutualise **le centre 15 du SAMU et le centre 18 de traitement d'alerte des pompiers au sein du CHPF**, initié par les communes de Pirae et d'Arue. Il devrait à terme recueillir l'ensemble des communes, à commencer par celles des Îles du Vent. Cette mutualisation des moyens sanitaires et des pompiers doit permettre une gestion coordonnée de ces deux moyens de secours



Centre 18

La santé est une compétence de la Polynésie française tandis que la protection civile et la sécurité sont des compétences régaliennes. Cet état de fait nécessite une coordination et une complémentarité des interventions de l'État, du Pays et des communes. Or, les champs d'intervention et leurs limites ne sont pas suffisamment clairs.

Si les dépenses du SAMU et du CESU sont couvertes par des dotations du Pays au budget annexe du CHPF, le budget de fonctionnement du SMUR est le seul à émarger sur la dotation globale de fonctionnement accordée par la CPS au CHPF. La mise en place d'un cadre réglementaire à l'aide médicale d'urgence, outre de renforcer la coordination, va permettre de mutualiser les moyens des multiples intervenants concernés afin de répondre à l'exigence de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

L'organisation actuelle ayant atteint ses limites, les rapporteuses invitent le gouvernement à redéfinir la prise en charge des évènements d'urgence, à proposer rapidement un projet de texte réglementant l'aide médicale urgente en Polynésie française afin de lui donner un cadre juridique et fonctionnel.

À l'occasion des déplacements dans les îles, il a été porté à leur connaissance que le Centre d'Enseignement et de Soins d'Urgence (CESU) du CHPF, chargé d'enseigner et de former les professionnels de santé à la prise en charge de l'urgence médicale, a arrêté ses prestations vis-à-vis des professionnels de santé des îles éloignées faute de financements.

.....

116) Depuis, un simple arrêté n° 1963/CM du 02/11/2010 crée le SAMU-CESU en tant qu'activité annexe du CHPF.

## 2.3) Les évasans inter-îles, une potentielle responsabilité de l'État ?

Bien que la Polynésie française ne se soit pas imposée l'obligation de formaliser par un texte l'organisation de l'aide médicale urgente pour des considérations très certainement liées au défaut d'évaluation financière des mesures réglementaires proposées ou encore en considération de la multiplicité des acteurs relevant d'autorités administratives distinctes, les rapporteuses de la mission exhortent l'ensemble des décideurs locaux comme étatiques à définir une stratégie publique de l'aide médicale d'urgence afin de garantir un égal accès aux soins et une protection à la santé pour tous les Polynésiens quel que soit leur lieu de résidence.

En effet, même si la santé relève de la compétence du Pays, il est à souligner que cette répartition des compétences n'empêche pas l'État d'intervenir au titre de la solidarité nationale dès lors que la Nation doit garantir à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la protection de la santé selon le préambule de la Constitution de 1946.

Parce que la République ne fait qu'une, l'État doit en dernier ressort être le garant du droit à la protection de la santé et s'assurer que l'égalité de tout un chacun dans le domaine sanitaire soit effective qu'il vive en métropole ou dans les outre-mer.

Ainsi, en cas de risques majeurs ou de problèmes récurrents, l'État a en effet l'obligation de répondre au besoin de protection ressenti par la population confrontée à des difficultés récurrentes.

Comme l'a rappelé le Conseil d'État<sup>117</sup>, les dispositions de l'article 14-6° de la loi statutaire confient sans équivoque à l'État le maintien de l'ordre et la sécurité publique dont relèvent la préparation des mesures de sauvegarde, l'élaboration et la mise en œuvre des plans opérationnels et des moyens de secours nécessaires pour faire face aux risques majeurs et aux catastrophes, la coordination et la réquisition de moyens concourant à la sécurité civile.

Les mesures de confinement liées à la Covid-19 survenues à compter du 20 mars 2020 ont permis d'illustrer la responsabilité de l'État avec la mise à disposition de l'Airbus A400M auprès des autorités locales pour une durée de 30 jours en Polynésie française pour répondre des nécessités de transport de fret (médicaments, etc.) ou d'évacuation sanitaire inter-îles. Les capacités de cet avion lui permettent de se poser sur la totalité des îles polynésiennes, de se rendre jusqu'en Nouvelle-Zélande et de transporter au surplus 30 tonnes de matériels.

Ainsi, par un arrêt rendu par la Cour administrative d'appel de Bordeaux en 2005<sup>118</sup>, l'État a vu sa responsabilité engagée pour faute du fait que « pour des raisons de sécurité, l'atterrissage et le décollage de nuit des aéronefs civils de l'aéroport de Saint-Barthélemy, les dispositifs d'aide médicale urgente ne comportaient pas les moyens d'apporter en permanence aux malades ou blessés de l'île tous les soins d'urgence que pouvait requérir leur état, contrairement aux exigences de la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires ; qu'en ne prenant pas les mesures propres à assurer les soins d'urgence nécessaires dans les conditions fixées par la loi sus rappelée, les autorités compétentes en matière d'aide médicale urgente ont commis une faute de nature à engager la responsabilité de l'État. »

En l'espèce, un individu a fait une chute lors d'un séjour à Saint-Barthélemy nécessitant une évacuation sanitaire sur l'île voisine de Saint-Martin. Il a saisi le juge administratif de Basse-Terre en demande de condamnation solidaire de l'hôpital local et de l'État à indemnisation, en alléguant que ses séquelles auraient été plus graves que s'il avait été soigné plus rapidement. Sa demande ayant été rejetée en première instance, la victime a demandé en appel la condamnation de l'État à l'indemniser de sa perte de chance au motif qu'il avait subi un préjudice anormal et spécial du fait de mesures de police interdisant les mouvements d'aéronefs la nuit sur l'aéroport de Saint-Barthélemy.

117) CE n° 440764 du 22/07/2020

118) CAA Bordeaux, 17 mai 2005 n° 03BX00077, AJDA 2005 p. 1703



Insatisfait du montant de l'indemnisation, ce particulier a saisi la Cour administrative d'appel de Bordeaux en demande de réévaluation de son indemnisation. Si la Cour ne retient pas la faute de l'hôpital, elle retient en revanche la responsabilité de l'État pour faute.

.....

- L'État, en qualité de garant de l'autonomie, apparaît bien responsable de la coordination générale
- des moyens jugés les plus adaptés au maintien de la sécurité des biens et des personnes au titre de
- ses missions régaliennes et doit en effet tenir compte des facteurs contraignants que représentent
- les distances à parcourir mais également l'absence d'infrastructures aéroportuaires suffisantes pour
- répondre à l'urgence médicale.

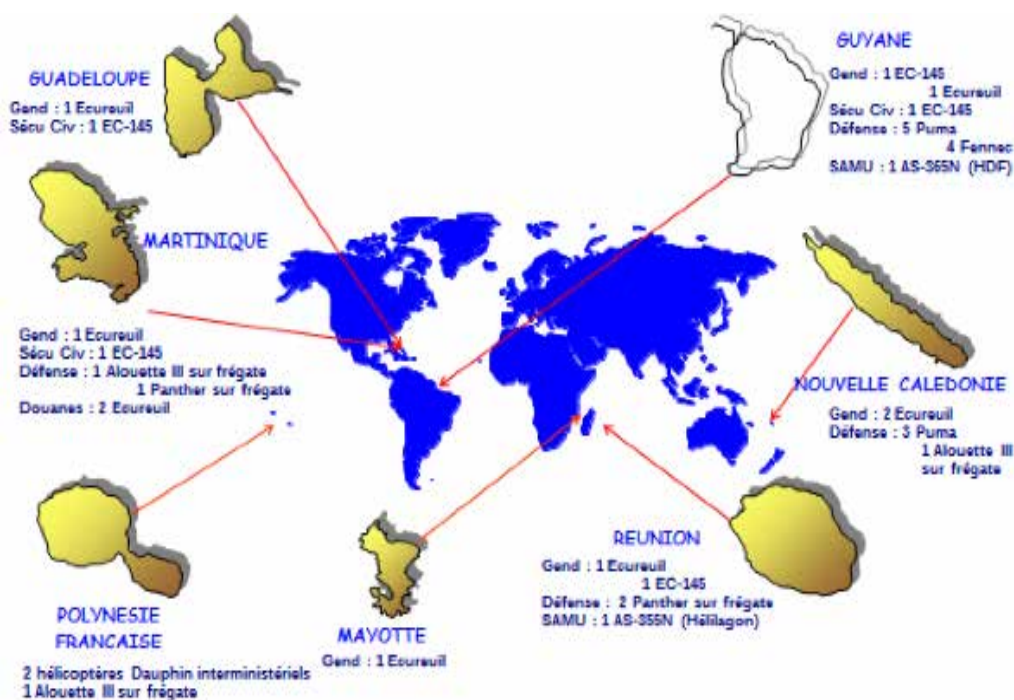
.....

Et, contrairement aux autres territoires de la République (hexagone comme outre-mer), **la Polynésie française est le seul territoire ultramarin qui ne bénéficie d'aucune flotte de moyens hélicoptérés dédiés aux services publics**<sup>119</sup> (HeliSMUR, Gendarmerie nationale, sécurité civile, Douanes) autres que les deux Dauphins « interministériels » opérés par la Marine lesquels nécessitent une réquisition préalable du représentant de l'État en application de l'article L 1321-1 du code de la défense<sup>120</sup>.

La répartition des moyens hélicoptérés des services de l'État est inégale en outre-mer. La Nouvelle-Calédonie dispose de 5 hélicoptères. La Martinique bénéficie de 4 hélicoptères en plus des moyens de la défense et la Guyane est desservie par 3 hélicoptères tandis que la Polynésie ne bénéficie que de 2 hélicoptères militaires<sup>121</sup>.

**Cette dernière apparaît comme le parent pauvre de ces moyens hélicoptérés alors qu'elle a le territoire le plus étendu.** Les inspecteurs des administrations centrales estiment que : « Il ne serait pas illégitime que l'État assure une meilleure allocation de ses moyens au bénéfice de ce territoire et participe à une couverture accrue des besoins des Marquises. »

**Graphique 6 : Les hélicoptères de l'État et du SAMU outre-mer**



119) Rapport établi par l'IGAS, l'IGA, Contrôle général économique et financier, Contrôle général des armées sur les hélicoptères de service public., Revue de dépenses. Mai 2016

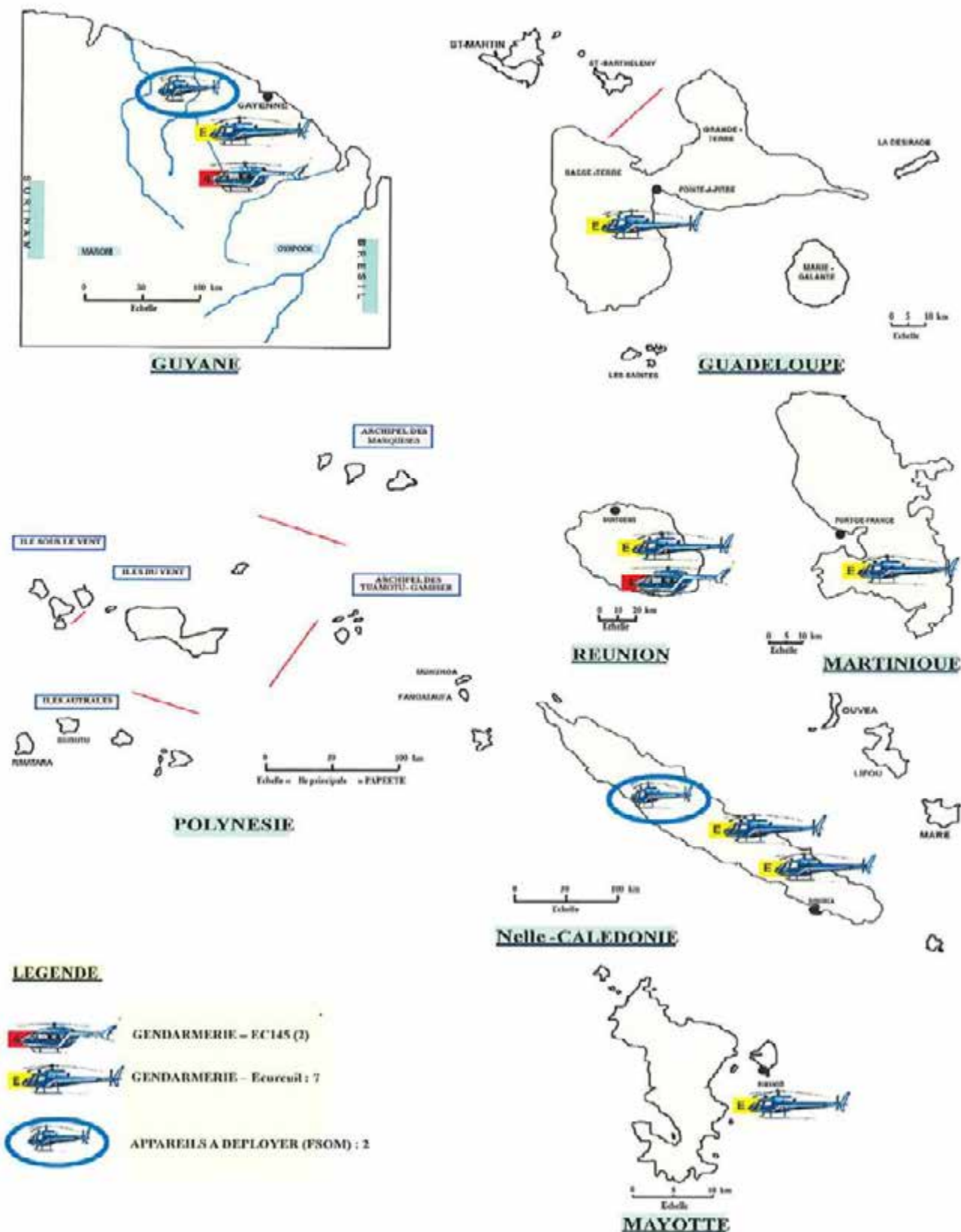
120) Article L 1321-1 du code de la défense : « Aucune force armée ne peut agir sur le territoire de la République pour les besoins de la défense et de la sécurité civiles sans une réquisition légale ».

121) Rapport établi par l'IGAS, l'IGA en 2018 : « La mission constate que la répartition des moyens hélicoptérés des services de l'État (gendarmerie, sécurité civile, samu, douanes, défense) entre les départements d'outre-mer et les collectivités d'outre-mer est inégale. La Polynésie ne bénéficie que de moyens militaires (2 hélicoptères Dauphin). Elle est bien moins dotée que la Nouvelle-Calédonie (2 hélicoptères de la gendarmerie en plus de 3 hélicoptères militaires) ou que la Martinique (un hélicoptère de la gendarmerie, un pour la sécurité civile, 2 pour les douanes en plus des moyens de la défense) ou encore que la Guyane (un pour la gendarmerie, un pour la sécurité civile et un pour le samu). »

## Graphique 7 : Implantation des moyens aériens outre-mer

SFAFM/SDSPSR/DGDN  
23/12/2014

IMPLANTATION DES MOYENS AERIENS  
OUTRE-MER EN 2015



Selon les revues de dépenses, la France disposait en 2016 d'une flotte de 153 hélicoptères dédiés à des missions de services publics non militaires dont 136 étaient affectés en métropole. Ces derniers sont soit la propriété de l'État (Gendarmerie nationale, Sécurité civile, Douanes, Marine), soit loués par les établissements de santé (HéliSMUR) afin de garantir une disponibilité permanente.

Tableau 17 : Flotte d'hélicoptères pour mission de service public

	Nombre d'hélicoptères	Nombre d'implantations permanentes	Régime de possession
Gendarmerie Nationale	56	29	Propriété
Sécurité civile	35	23	Propriété
Douanes	9	4	Propriété
Marines	8	6	Propriété
HéliSMUR	45,25	45	Location
<b>TOTAL</b>	<b>153,25<sup>122</sup></b>	<b>107</b>	<b>-</b>

Source : Revue de dépenses IGAS/IGA Mai 2016

Ces flottes exercent trois grandes catégories de missions :



Sécurité publique qui relève principalement des hélicoptères de la Gendarmerie nationale mais également des Douanes, de la Sécurité civile et des forces armées qui apportent un concours en cas de crise sur le territoire national ;



Secours aux personnes et aux biens assuré en premier lieu par les hélicoptères de la sécurité civile qui est la tête du réseau des services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et qui bénéficie du renfort de la Gendarmerie nationale pour le secours en montagne ainsi que de la marine nationale et l'armée de l'air pour le secours en mer ;



Aide médicale d'urgence assurée par les HéliSMUR qui sont mobilisés par les services d'aide médicale urgente des hôpitaux publics (SAMU) en complément des véhicules terrestres (SMUR) pour garantir notamment la qualité et la précocité de la prise en charge des patients nécessitant en urgence une prise en charge médicale et de réanimation », soit en intervention primaire, soit en intervention secondaire (transferts inter-hospitaliers). Ils sont le plus souvent basés sur un établissement de santé ou à proximité immédiate et aménagés en configuration sanitaire permanente.

Elles relèvent de deux cadres juridiques distincts :

- ➔ Les hélicoptères des hôpitaux obéissent aux règles de l'aviation civile dans le cadre du règlement européen qui comporte des dispositions spécifiques pour les opérations de service médical d'urgence ;
- ➔ Les hélicoptères de l'État bénéficient quant à eux **d'un régime spécifique qui permet aux autorités d'emploi de déroger en cas de nécessité à certaines règles de navigabilité et de bénéficier des règles de circulation aérienne militaires.**

.....

122) Le tableau ci-dessus n'intègre pas le recours ponctuel à des hélicoptères de la Défense à l'exception des deux Dauphins « interministériels » opérés par la Marine en Polynésie française.

Si des différences notables sont à constater entre la géo-démographie des territoires la présence de zones montagneuses implique systématiquement la **participation** des hélicoptères de la Gendarmerie nationale pour les situations les plus complexes comme dans les régions PACA, Rhône Alpes Auvergne, Midi-Pyrénées, Languedoc Roussillon. La répartition des bases SAMU et de la Gendarmerie répond en métropole à une logique commune celle de garantir une couverture de l'ensemble du territoire.

En outre, le regroupement partiel des missions assurées par les flottes d'hélicoptères de service public, s'effectue entre secours aux personnes et aide médicale urgente car la majorité des interventions de secours aux personnes des hélicoptères de la Sécurité civile mobilise une équipe médicale (équipe d'intervention SMUR ou médecins sapeurs-pompiers urgentistes).

**Or, en Polynésie française, aucune flotte d'hélicoptères n'a été constituée pour répondre :**

- ➔ **aux besoins de sécurité publique, de secours aux biens et aux personnes dont la compétence échoit à l'État, ou encore ;**
- ➔ **à l'aide médicale d'urgence au risque de compromettre l'égalité des chances entre ressortissants selon qu'ils résident à Tahiti ou dans les îles éloignées.**

Si la solution HeliSMUR apparaît séduisante et relève de la seule compétence du Pays, elle se heurte à la faible démographie des îles Marquises qui ne permet pas, d'un point de vue économique et sur un long terme, de mobiliser un, voire deux vecteurs héliportés dédiés aux seuls vols sanitaires intra-archipel de jour compte tenu du caractère montagneux des îles et de la réglementation imposée par l'aviation civile.

C'est la raison pour laquelle les rapporteuses de la mission invitent **l'État à définir conjointement avec le Pays une stratégie publique de l'aide médicale d'urgence adaptée et efficiente à l'échelle du territoire** en application de la loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique dite Loi EROM.

## ZOOM SUR LA LOI EROM

La loi du 27 février 2017, dite loi EROM est une loi de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et fait suite au rapport remis par le député Victorin Lurel au Premier ministre le 18 mars 2016 à l'issue d'une très large concertation des élus et des forces économiques et sociales ultramarines.

70 ans après la loi de départementalisation de la Guadeloupe, de la Martinique, de La Réunion et de la Guyane, cette loi affirme que la réduction des écarts de développement que connaissent les populations d'outre-mer au sein du peuple français constitue une priorité de la Nation.

Dans cette optique, le texte définit les principes, la méthodologie et les instruments des politiques publiques en faveur de l'égalité réelle comprenant, d'une part, un plan de convergence à 10/20 ans et, d'autre part, une stratégie de convergence à long terme. Il introduit par ailleurs plusieurs dispositions de nature économique et sociale en faveur de territoires ultramarins.

Les titres I<sup>er</sup> et II de la loi créent, par territoire, **un plan de convergence**, élaboré en partenariat entre l'Etat, les collectivités régies par l'article 73 et **74 de la Constitution et la Nouvelle-Calédonie. Il s'agit d'un instrument de planification transverse d'une durée de 10 à 20 ans.**

Ce plan comprend une stratégie de développement, permettant de fixer un horizon commun à l'ensemble des politiques publiques menées dans les outre-mer conjointement par l'État et les collectivités, ainsi qu'un suivi rigoureux mesurant la contribution de chacune de leurs interventions à la réduction des écarts de développement, **dans une logique de solidarité nationale.**

L'article 2 de la loi EROM<sup>123</sup> affirme explicitement l'enjeu de la cohésion nationale qui sous-tend ce principe : « *la mise en place et le maintien de liaisons territoriales continues entre les différentes composantes du territoire de la République constituent un enjeu de souveraineté et une priorité de l'action de l'État. La continuité territoriale s'entend du renforcement de la cohésion entre les différents territoires de la République, notamment les territoires d'outre-mer, et de la mise en place ou du maintien d'une offre de transports continus et réguliers à l'intérieur de ces territoires et entre ces territoires et la France hexagonale.* »

Si le dispositif national de la continuité territoriale existe depuis plusieurs années entre Papeete et Paris, il ne s'applique pas aux transports interinsulaires à quelques exceptions près. Les évacuations sanitaires ne bénéficient pas de la continuité territoriale intérieure, en dépit des demandes récurrentes des parlementaires nationaux polynésiens. Seule la Guyane bénéficie d'un dispositif de soutien pour un montant de 1000 MF CFP afin de faciliter les déplacements des Guyanais sur les fleuves amazoniens. À ce jour en Polynésie, ne sont pris en charge au titre de la continuité intérieure que les coûts de transport scolaire à hauteur de 30 %, le transport du monde associatif qui bénéficie d'une enveloppe annuelle de 6 MF CFP.

Dans le cadre de la loi EROM, l'État prend théoriquement en charge une partie des frais de rapatriements funéraires de tous les ultra-marins depuis la France. Mais, les conditions d'éligibilité fixent un revenu familial annuel n'excédant pas 6 000 euros. Or, en raison d'un coût de la vie plus élevé dans les collectivités ultramarines comparé à celui de l'hexagone, personne n'en bénéficie dans la réalité. Par conséquent, cette mesure est inadaptée et inopérante.

Si depuis son entrée en vigueur en 2017, la loi EROM oblige l'État à concourir au travers des politiques de convergence à l'égalité réelle dans les collectivités ultra-marines et à fortiori en Polynésie française, force est de constater qu'elle ne s'exprime pas de manière concrète pour les patients polynésiens résidant dans les îles éloignées.

Alors que l'égalité réelle des populations d'outre-mer « au sein du peuple français » et « dans le respect de l'unité nationale » est « une priorité de la Nation »<sup>124</sup>, la collectivité ultra-marine de Polynésie française visée par l'article 72-3 de la Constitution<sup>125</sup> peine dans ses politiques publiques à :

- ◆ « 1° Résorber les écarts de niveaux de développement en matière sanitaire ainsi que de différence d'accès aux soins (...) ;
- ◆ 2° Réduire les écarts de niveaux de vie (...), à accélérer les efforts d'équipement, à compenser les handicaps structurels liés à leur situation géographique, leur isolement, leur superficie, à assurer l'accès de tous aux soins (...) » ;

.....

123) L'article 6 précise également que le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant la situation des populations d'outre-mer par rapport à celles de l'hexagone ainsi que les moyens nécessaires pour leur garantir l'effectivité des mêmes droits dans le domaine social et de la santé, notamment en ce qui concerne la lutte contre les addictions et particulièrement l'alcoolisme. Ce rapport aborde également les possibilités de prise en charge par l'État ou un établissement public des frais d'accompagnement d'un enfant par l'un de ses parents pour toute évacuation sanitaire entre les outre-mer ou des outre-mer à la métropole, que l'enfant soit ou non accompagné par un professionnel de santé.

124) Dans le Titre Ier portant Stratégie en faveur de l'égalité réelle outre-mer (Articles 1 à 6), l'article 1 dispose que « La République reconnaît aux populations des outre-mer le droit à l'égalité réelle au sein du peuple français ». Elle « leur reconnaît le droit d'adopter un modèle propre de développement durable pour parvenir à l'égalité dans le respect de l'unité nationale. Cet objectif d'égalité réelle constitue une priorité de la Nation. ».

125) Article 72-3 : « La République reconnaît, au sein du peuple français, les populations d'outre-mer, dans un idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité. La Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, La Réunion, Mayotte, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon, les îles Wallis et Futuna et la Polynésie française sont régies par l'article 73 pour les départements et les régions d'outre-mer et pour les collectivités territoriales créées en application du dernier alinéa de l'article 73, et par l'article 74 pour les autres collectivités. Le statut de la Nouvelle-Calédonie est régi par le titre XIII... ».

C'est la raison pour laquelle, afin de « garantir l'effectivité des mêmes droits dans les domaines des transports et des déplacements ... et dans le domaine social et de la santé » prévu aux articles 5<sup>126</sup> et 6<sup>127</sup> de la loi EROM, les rapporteuses invitent **l'État à définir conjointement avec le Pays une stratégie publique de continuité territoriale intérieure à l'adresse des évacués sanitaires** résidant dans les îles éloignées. C'est à ce prix que la loi EROM sera significativement agissante pour la population polynésienne.

**Au terme de cette partie 2 sur l'origine et la nature des évasans, notamment les chapitres 2.2 sur une mission de service public non explicitement organisée et reconnue par le législateur polynésien et 2.3 sur une potentielle responsabilité de l'État, les rapporteuses proposent :**

## AXE 7

### ORGANISER LES ÉVACUATIONS SANITAIRES INTERINSULAIRES



38

Adopter une loi du pays relative à l'aide médicale urgente qui définit l'évacuation sanitaire interinsulaire, crée officiellement le SAMU et révisé le schéma des transports sanitaires aériens. Cette loi du pays aura vocation à fixer les missions, l'organisation et les moyens dédiés aux évacuations sanitaires par le CHPF afin de garantir une meilleure accessibilité aux soins d'urgence

39

Étendre la mutualisation des réseaux de secours et de soins d'urgences (15 et 18)

40

Rétablir le financement des enseignements et formations du CESU à l'égard des agents de santé des îles

41

Définir et intégrer une stratégie publique de l'aide médicale d'urgence dans le cadre de plans de convergence

42

Créer un fonds de continuité du transport interinsulaire sanitaire et imputer les dépenses du transport sanitaire d'urgence sur ce fonds



.....

126) L'article 5 prévoit que « Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant la situation des populations d'outre-mer par rapport à celles de l'hexagone ainsi que les moyens nécessaires pour leur garantir l'effectivité des mêmes droits dans les domaines des transports et des déplacements. »

127) L'article 6 inscrit que « Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport présentant la situation des populations d'outre-mer par rapport à celles de l'hexagone ainsi que les moyens nécessaires pour leur garantir l'effectivité des mêmes droits dans le domaine social et de la santé... Ce rapport aborde également les possibilités de prise en charge par l'Etat ou un établissement public des frais d'accompagnement d'un enfant par l'un de ses parents pour toute évacuation sanitaire entre les outre-mer ou des outre-mer à la métropole, que l'enfant soit ou non accompagné par un professionnel de santé. »

### 3) LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ÉVACUATIONS SANITAIRES ET LEURS ÉCUEILS

Comme il a été souligné en présentation, les évacuations sanitaires prises en charge par la PSG, permettent de cerner les flux des patients transportés dans le cadre de l'urgence, mais aussi, de façon programmée pour bénéficier d'une consultation, d'un examen spécialisé ou d'une hospitalisation lorsque cela n'est pas envisageable sur leur lieu de résidence.

Ainsi, le recours aux évacuations sanitaires ne peut être systématiquement assimilé à l'urgence ou à la gravité des motifs médicaux d'évacuation (semi-urgente) dès lors que la majorité des cas d'évasans inter-îles résultent du défaut de possibilité de réaliser les soins sur le lieu de résidence du patient. En effet, les services de santé offerts dans les îles ne sont pas exhaustifs en raison de la faible représentation de certaines disciplines ou activités médicales principalement due à l'isolement.

Dans une procédure d'évasan, le premier interlocuteur est l'organisme gestionnaire. Tout ressortissant de la CPS, à fortiori celui qui réside dans les îles éloignées, a droit potentiellement à une évacuation sanitaire inter-îles c'est-à-dire à son « transport de son île de résidence vers le lieu de soins le plus proche, lorsque les soins ne sont pas réalisables sur son lieu de résidence par manque d'infrastructures, de services ou de moyens adaptés ».

L'évasan programmée est « une évasan du patient sur rendez-vous programmé par son médecin traitant pour un acte ou examen non réalisable sur place ». Le médecin traitant après avoir fixé les rendez-vous, adresse à la CPS un formulaire EVF020 « Demande d'évacuation sanitaire programmée »<sup>128</sup>. Cette demande d'entente préalable (DEP) doit recueillir l'avis favorable du médecin conseil qui autorise l'envoi du bon de transport aller-retour au médecin qui en a fait la demande. Ce bon est ensuite déposé à Air Tahiti qui effectue la réservation et émet le billet d'avion du patient<sup>129</sup>.

L'évasan dans le cadre de l'urgence est déclenchée par le médecin de l'île ou le SMUR qui en assure les démarches administratives. Celles-ci consistent en un formulaire EVF022 « Message d'évacuation sanitaire non programmée »<sup>130</sup> transmis à la CPS et une réquisition de transport au fournisseur.

Pour ce qui concerne les femmes enceintes résidant dans les îles, le médecin traitant ou le centre médical le plus proche du domicile programme dans le cadre de sa première consultation, la première échographie dans la structure médicale de l'archipel de résidence en évasan ainsi que le planning des futures consultations jusqu'à l'accouchement. Il fournit l'attestation de retour à déposer à l'antenne CPS la plus proche en échange d'un bon de transport. La procédure reste identique pour les consultations suivantes sauf si des complications surviennent. Puis, avant le 8e mois de grossesse<sup>131</sup>, une évasan programmée pour l'accouchement est mise en place, à la charge de la CPS ainsi que l'hébergement de la mère.

Si, en 2005, la CPS procédait au remboursement de 22 559 évacuations sanitaires inter-îles dont 19 821 ont fait l'objet d'une DEP et 2 738 d'une réquisition médicale en urgence, en 2017, ces chiffres atteignent 30 800 évasans parmi lesquelles 90 % relèvent d'une DEP pour transfert programmé et 10 % d'une réquisition dans le cadre de l'urgence médicale ou chirurgicale.

En 2005, 17 611 sur 22 559 évasans soit 78 % représentaient des évacuations entre les archipels et Tahiti, près du quart (22 %) concernaient des évasans des Îles du-Vent : soit depuis Moorea (Hôpital d'Ofareaitu) ou depuis la presqu'île de Tiarapu (Hôpital de Taravao).

.....  
128) ANNEXE 8 - Formulaire de demande d'évacuation sanitaire programmée

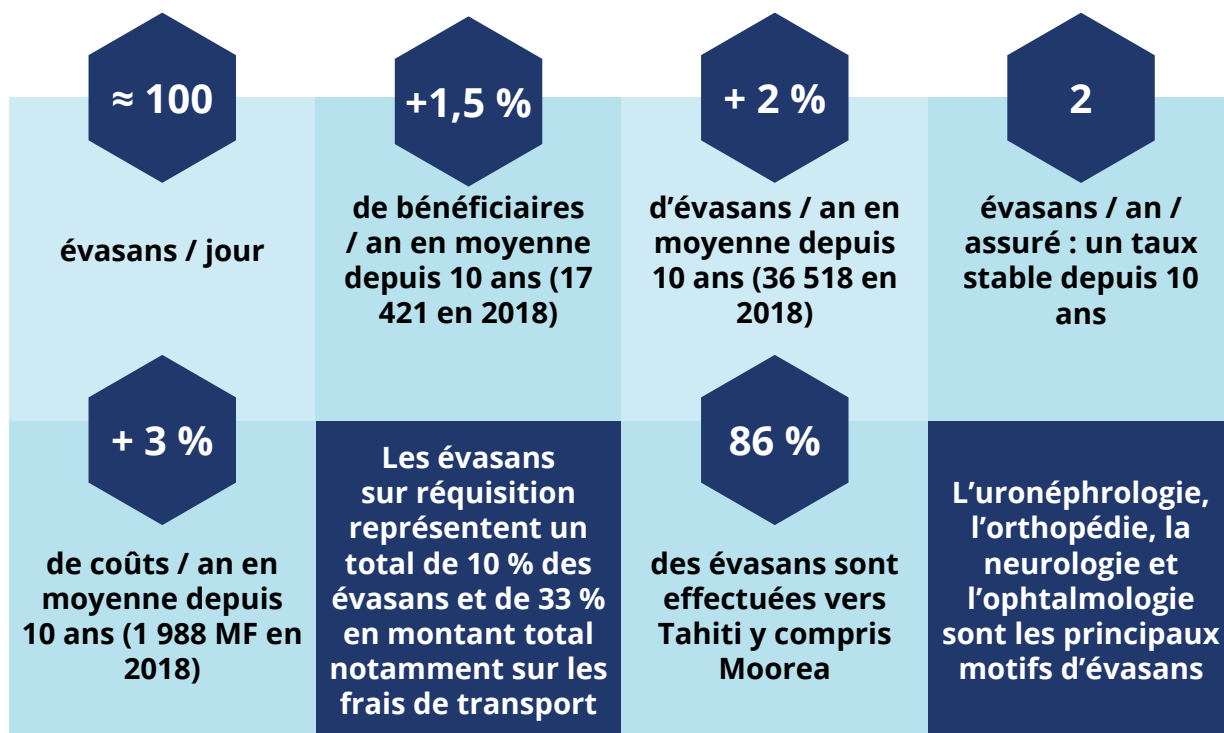
129) L'organisme gestionnaire prend en charge les frais de transport aller-retour aérien et maritime pour le patient (l'éventuel accompagnateur familial ou l'accompagnateur médical) ; l'hébergement du patient et celui de l'accompagnateur dans les structures conventionnées ; le transport terrestre peut également être pris en charge ; le rapatriement de la dépouille mortelle en cas de décès du patient sur présentation des justificatifs (remboursement sur la base du tarif maritime).

130) ANNEXE 9 - Bon de réquisition pour une évacuation sanitaire interinsulaire

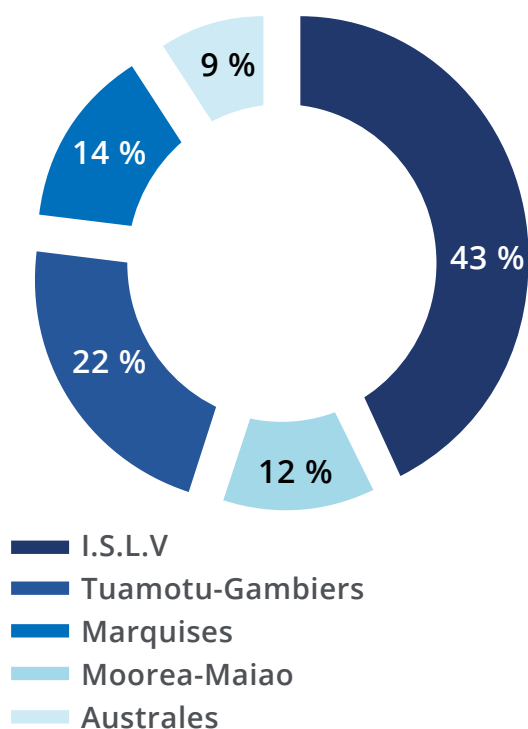
131) La compagnie Air Tahiti accepte les passagères au plus tard le 8ème mois de grossesse.

En 2015, le nombre de dossiers d'évasans est de 29 347 et la CPS estime leur évolution entre 2015 et 2017 à + 5 %.

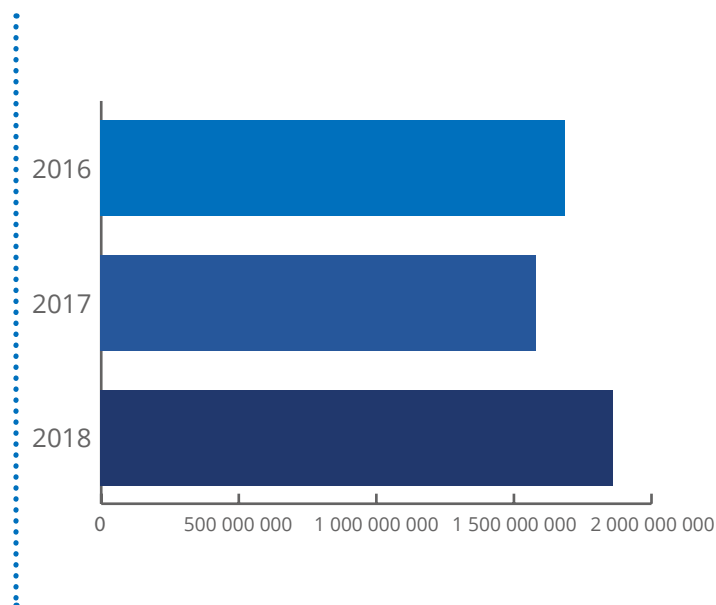
Tableau 18 : chiffres-clés des évasans inter-îles (tous régimes confondus)



Graphique 8 : Ventilation des évasans par archipel en 2018



Graphique 9 : Évolution du coût des évasans entre 2016 et 2018 en F CFP



À noter que 91 % de ces coûts sont supportés par les régimes de la PSG



### 3.1) Les évacuations d'urgence

La procédure de déclenchement d'une évacuation d'urgence diffère selon l'île de destination (Tahiti à destination du CHPF ou à destination de l'hôpital d'Uturoa aux Îles Sous-le-Vent et à destination de l'hôpital Louis Rollin à Taiohae aux îles Marquises). En ce cas, les transports sont réquisitionnés par le médecin ou le personnel paramédical local qui accompagne le patient selon sa situation clinique.

Néanmoins, le centre hospitalier de la Polynésie française<sup>132</sup> est l'établissement de santé de référence pour l'accueil et le traitement des urgences en raison de son plateau technique complet. Il est à ce titre l'opérateur du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) qui coordonne et apporte la réponse la plus adaptée aux demandes d'urgence en procédant au déclenchement des vecteurs disponibles et adéquats afin de transporter un patient vers la plus proche formation sanitaire adaptée à son état.

Afin que les patients atteignent leur destination le plus rapidement possible, le SAMU décide sur appel du 15<sup>133</sup> après évaluation médicale, de déclencher les vecteurs de transports à disposition : aériens (avions ou hélicoptères), maritimes ou terrestres (ambulances du CHPF ou des pompiers communaux) justifiés par la situation clinique du patient.

En pratique, tous les appels sont traités par un médecin régulateur<sup>134</sup> dont la mission est d'adapter la réponse et les moyens à la situation d'urgence. Elle est graduée du simple conseil thérapeutique jusqu'à l'envoi d'une équipe mobile hospitalière du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du CHPF.

En cas d'urgence vitale<sup>135</sup> dans les îles, le SAMU doit obligatoirement requérir en premier lieu un vol spécial d'Air Archipels (ou les forces armées selon la règle des 4i : inexistantes, insuffisantes, inadaptées, indisponibles) pour assurer la prise en charge médicale et le transport d'un patient vers le CHPF.

.....  
• Le médecin régulateur est l'interlocuteur privilégié des correspondants de santé en poste dans les îles mais également des pompiers communaux.  
.....

Bras armé du SAMU, le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) est une unité mobile qui se déplace auprès du patient et dont le but est de garantir la qualité des soins sur le terrain. Composé d'un médecin et d'un infirmier urgentistes, le SMUR dispose de moyens de transports et du matériel médical nécessaire.

Ainsi, bien que **le SAMU ne dispose pas d'un statut juridique propre** et ne détienne pas la compétence<sup>136</sup> pour organiser les transports sanitaires d'urgence, il assure au quotidien la prise en charge de toutes les urgences vitales (ou pas) par une équipe adaptée du SMUR. Il est ainsi dans les faits, le régulateur presque exclusif des évacuations sanitaires urgentes par vols spéciaux sur l'ensemble du territoire polynésien et arme 7J/7 et 24H/24 une équipe dédiée à cette mission (médecin et infirmier urgentiste pouvant être complétée par un autre professionnel de santé<sup>137</sup>).

.....  
132) Le CHPF dispose d'une hélistation sur sa toiture ouverte au trafic aérien depuis 2016 et qui a été conçue pour les transports sanitaires et les vols d'aide médicale d'urgence. Elle peut être utilisée de jour comme de nuit. Ses conditions générales d'utilisation ont été adaptées au DAUPHIN AS 365 N3.

133) Le 15 est accessible gratuitement depuis toute la Polynésie française.

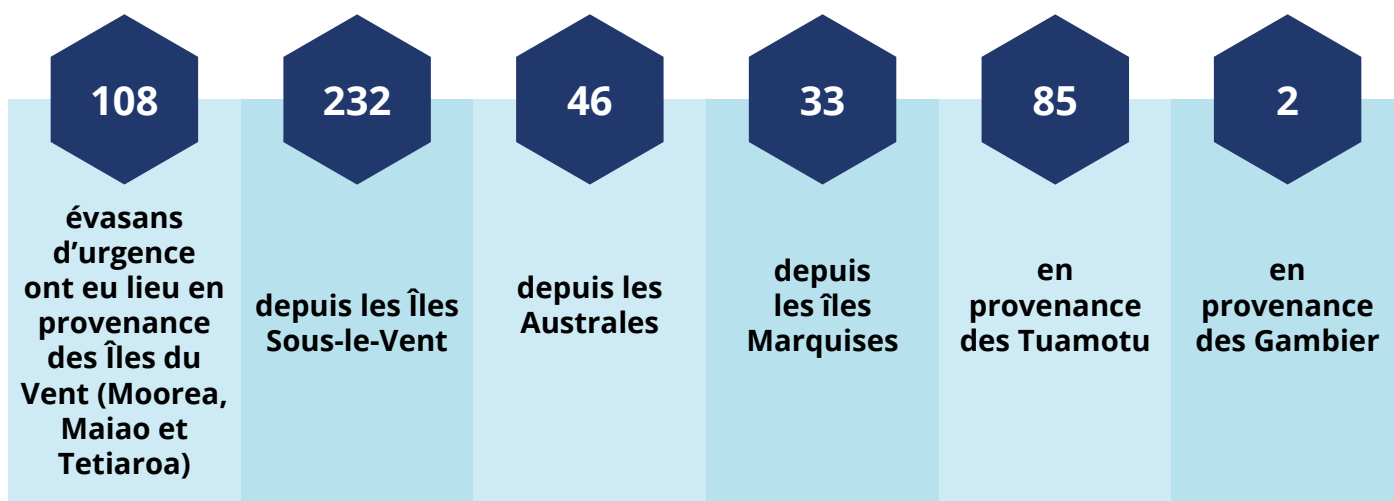
134) La gestion de la régulation médicale du Centre 15 est assurée par un médecin régulateur accompagné d'assistants de régulation qui ont la charge de déterminer la réponse la plus adaptée à l'appel reçu et de déclencher dans les délais les plus rapides les moyens de transport les plus appropriés par le biais du SMUR et des sapeurs-pompiers.

135) Les évacuations urgentes concernent les patients présentant une urgence médicale absolue (accidents de la route, polytraumatismes, pathologies cardiaques et pulmonaires, urgences pédiatriques, urgence gynéco-obstétricales, comas, arrêts cardiaques, état de choc).

136) Les dispositions de l'article 8 de la convention du 1<sup>er</sup> mars 2017 modifiée conclue entre la CPS et Air Archipels « confient » néanmoins au SAMU (et non au CHPF) conjointement avec Archipels, seule partie signataire au contrat, l'obligation de rechercher un aéronef dédié, ou du personnel nécessaire, à la réalisation des prestations de transport permettant d'assurer les évacuations sanitaires d'urgence en cas de difficulté liée à l'indisponibilité de l'aéronef dédié aux évacuations d'Air Archipels. De même l'article 4 de la convention du 19 novembre 2018 conclue entre la CPS et la société TNH oblige le SAMU à réserver les vols spéciaux auprès de la société qui doit tenir une permanence téléphonique opérationnel à ce titre pour Tahiti et Bora Bora.

137) Sage-femme, puéricultrice, pédiatre, etc.

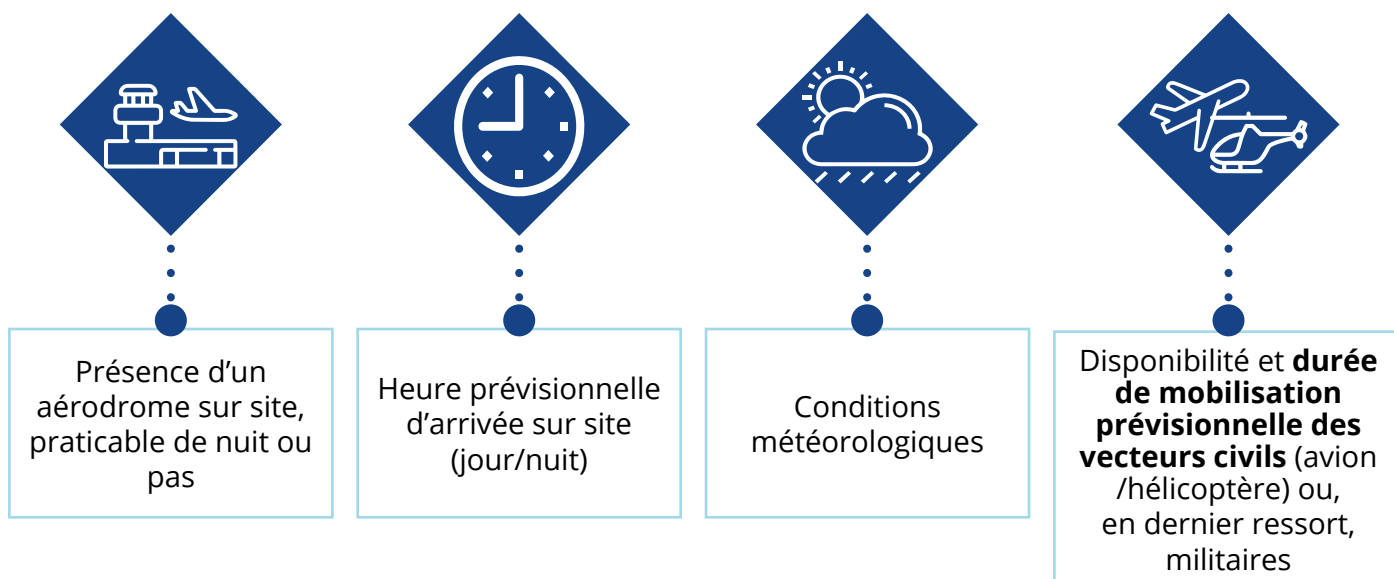
En 2018, 506 évasans d'urgence ont été déclenchés par vol spécial du SAMU :



## ZOOM SUR LES MISSIONS DU SERVICE D'AIDE MÉDICALE D'URGENCE (SAMU)

- ◆ Assurer une écoute téléphonique 24 heures sur 24 sur un numéro d'urgence qui est le centre 15;
- ◆ Déterminer et déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- ◆ S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation et organiser la prise en charge hospitalière ou en clinique du patient.
- ◆ Organiser la prise en charge sur le terrain de toutes les urgences vitales ou pas, par une équipe du SMUR ;
- ◆ Veiller à l'admission du patient et s'assurer toujours au final que le patient a été pris en charge dans le bon établissement par la bonne équipe et dans le bon service ;
- ◆ Assurer l'enseignement des soins d'urgence à travers le Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence (CESU) qui a pour mission de former les agents de santé qui seront en poste isolés ou également les agents de santé de l'hôpital ;
- ◆ Assurer des missions dans le cadre des urgences connexes (catastrophes collectives, épidémies, accident de la route ou aérien important). Le SAMU organise la prise en charge des victimes qui sont en grand nombre à partir du site de la catastrophe jusqu'à l'hospitalisation dans les hôpitaux et les cliniques dans le cadre de la mise en place des plans de secours déclenchés par l'Etat compétent en ce domaine ;
- ◆ Intervient dans le cadre du Plan Blanc qui est déclenché en cas d'afflux massif de victimes au CHPF.

Ainsi, lorsque la décision de déclenchement d'une évacuation sanitaire par vol spécial est prise, le choix du vecteur par le médecin régulateur est fait selon les contraintes suivantes :



•••••  
• **La rareté des moyens de transport (1 aéronef disponible à Air Archipels) place le médecin régulateur dans une position parfois extrêmement difficile** dès lors que ce dernier doit toujours garder à l'esprit que la mobilisation pour un temps long des vecteurs aériens peut interdire tout autre évacuation d'urgence survenant pendant cette période. Des arbitrages en lien avec le pronostic vital global entre patients peuvent donner lieu à des prises de décisions très délicates.  
•••••

Le recours à des évacuations sanitaires médicales urgentes par vols spéciaux du SAMU est directement lié à l'absence de structures de prise en charge pour les urgences vitales dans la quasi-totalité du territoire géographique, hormis Raiatea et Nuku Hiva, mais également à la structure du réseau de transport aérien par vol régulier qui ne privilégie pas les liaisons intra-archipels et dont la fréquence des vols est incompatible avec les impératifs de l'urgence médicale.

•••••  
• De ce fait, lorsque le patient ne se trouve pas au point géographique où il pourra être secouru par l'équipe médicale, **ce dernier est acheminé par les moyens de la sécurité civile dont disposent les communes**<sup>138</sup> mais également parfois grâce **à la solidarité de la population** qui peut avoir à intervenir dans le transport des malades bien malgré elle.  
•••••

• En effet, dans les îles, les centres médicaux, les infirmeries et postes de secours ne disposent pas d'ambulances dédiées, au transport des patients mais uniquement de voitures de service pour permettre le déplacement du personnel des formations sanitaires et la distribution de médicaments.  
•••••

Ainsi, la plupart des évacuations sanitaires d'urgence nécessite pour l'acheminement d'un patient jusqu'au CHPF, l'articulation de trois moyens de transports : terrestre, maritime et aérien justifiant des délais de prise en charge qui peuvent s'avérer longs, voire très longs selon la géographie et la distance à parcourir.

De manière très concrète, un patient d'une île des Marquises autre que Nuku Hiva devra dans un premier temps être pris en charge soit par les pompiers communaux (lorsqu'ils existent, ce qui n'est pas le cas dans toutes les communes<sup>139</sup>) jusqu'à la formation sanitaire la plus adaptée, soit par le médecin, l'infirmier, l'adjoint aux soins ou l'auxiliaire de soins présents à la formation sanitaire, qui après avoir pratiqué les premiers gestes d'urgence, va solliciter le concours des pompiers communaux pour assurer le transport sanitaire.

138) À noter que les communes sont placées dans une situation d'iniquité de moyens pour l'exercice de cette compétence dès lors le nombre d'habitants peut varier du simple au triple entre chaque île alors que les surfaces géographiques à couvrir sont identiques (Ua Pou et Fatu Hiva par exemple).

139) Par exemple la commune de Ua Huka ne dispose de pompiers.

Le Dr Beaumont du CHPF<sup>140</sup> souligne les **archétypes des dysfonctionnements** des évasans reposant sur :

➔ **Le défaut de communication entre médecins ;**

« Parce qu'il n'y a pas de réactivité, il n'y a pas de communication et il n'y a pas d'esprit d'initiative et d'adaptation aux circonstances qui peuvent être gérées dans un certain nombre de cas. Ça tient à des manques de moyens. Ça tient à des manques de formation. Et ça tient à l'incompétence ou comment dirais-je l'inadaptation de certains agents ou postes de travail. »

➔ **La compétence d'évaluation des personnels de santé, mais également ;**

« La gestion des urgences médicales nécessite la mobilisation des personnes les plus performantes »

➔ **L'organisation et la disponibilité des moyens de transports.**

Pour illustrer ces archétypes de dysfonctionnements des évasans, deux évasans d'urgence dans les années 80-90 :

- La première concerne l'évasan d'une japonaise qui a présenté des douleurs abdominales en fin d'après-midi à son hôtel situé sur un *motu* à Bora Bora.

Cette dernière a été transférée auprès d'un médecin de Vaitape et n'a pas été évasanée faute de disponibilité de vecteur aérien et de pilote. **Aucun médecin de l'Hôpital d'Uturoa ou de Mamao n'a été, à aucun moment, consulté à l'époque.** La patiente, n'ayant pu être évasanée par hélicoptère que le lendemain matin à 5 h 30, est décédée avant son arrivée sur Uturoa car elle s'était « déglobulisée » durant la nuit faute, pour le médecin, d'avoir pu bénéficier de conseils avisés lui indiquant de transfuser la patiente.

- **La seconde évasan a conduit non pas au décès du patient mais à la facturation de la CPS et à la mobilisation inutile de personnels urgentistes.**

Elle est consécutive à une erreur de diagnostic posé par un médecin aux Marquises qui ne nécessitait pas une évasan d'urgence sur Tahiti mais un simple transfert sanitaire sur l'hôpital de Taiohae.

Le président de la CME du CHPF met en exergue **le risque de glissement de compétences au profit de personnels de santé non formés aux interventions d'urgence, une insuffisance de formation des personnels médicaux adaptée à un exercice médical dans les îles et un risque de responsabilité médicale accrue du personnel de santé.**

Cette compétence d'évaluation des personnels de santé a également été signalée aux rapporteuses, lors de l'audition des maires, concernant **des erreurs d'appréciation de la part d'auxiliaires de santé ayant engagé le pronostic vital du patient.**

.....  
140) Gynécologue-obstétricien et médecin-légiste. Ancien chef de service de la maternité et ancien directeur technique de l'école de sages-femmes du CHPF.

Selon le lieu de situation, les difficultés peuvent se cumuler et vite dériver en une situation ingérable. En effet, les circonstances peuvent requérir la présence d'un médecin<sup>141</sup> difficilement joignable en raison de l'état des réseaux de communication, imposer l'intervention des forces de gendarmerie, ne permettre que le transport d'un patient à la fois par ambulance<sup>142</sup> et interdire la pratique de geste d'urgence par manque de place, requérir un transport d'urgence par bateau non disponible, nécessiter du matériel d'urgence non opérationnel<sup>143</sup> ou encore la réalisation d'opérations d'hélicoptère<sup>144</sup>. Ces multiples contraintes peuvent s'avérer dramatiques et dégénérer en situation d'urgence impliquant plusieurs victimes<sup>145</sup>.

Après examen par le médecin, l'infirmier, l'aide-soignante ou encore l'auxiliaire de soins, le patient est transporté par bateau (speed-boat ou bonitier), de jour comme de nuit, sans convoyeur médical avec pour seul maître à bord le pêcheur du bateau jusqu'à l'hôpital de Taiohae. La dégradation de l'état clinique des patients (voire le décès<sup>146</sup>) durant le transport provenant d'Ua Huka et Ua Pou dans un bateau inadapté peut parfois être constaté.

« *Accueilli comme un naufragé* », le patient devra ensuite être à nouveau transporté jusqu'à l'aérodrome situé à Terre déserte ce qui nécessite de parcourir une route (aujourd'hui bétonnée mais non sécurisée et non éclairée de nuit) qui traverse l'île de Nuku Hiva de part en part à plus de 1200 mètres d'altitude et laquelle comprend plus de 360 virages pendant une durée minimum d'1 h 30 dans les meilleures conditions de jour. La nuit ou le mauvais temps se chargent de renchérir les délais et les difficultés liées aux conditions de transports et ce notamment pour les parturientes avancées dans le terme ou encore en circonstances d'AVC ou de fractures.

Dignes d'un parcours de stage de survie, et de l'avis unanime des personnels médicaux et paramédicaux, des représentants communaux, des pompiers, les délais et les conditions de transports sanitaires d'urgence intra-archipels qu'ont à connaître plus spécifiquement les résidents des îles des Marquises (Ua Pou, Ua Huka, Tahuata et Fatu Hiva), comme tous ceux des îles et atolls éloignés des Tuamotu-Gambier trop excentrés d'un aérodrome, ne sont plus acceptables et acceptés par la population<sup>147</sup> en ce qu'ils conduisent à des inégalités d'accès aux soins et ne garantissent pas un droit effectif à la protection de la santé en cas d'urgence médicale.

Les rapporteuses ont voulu vivre les conditions de transports par mer subies par les patients évasanés. Elles ont effectué de jour le trajet cahotique entre Ua Pou et Ua Huka par bonitier et sont arrivées à destination « *comme des naufragées* ». **Qu'en serait-il si ce trajet avait été réalisé par nuit noire, par temps pluvieux et mer démontée avec un pilote non expérimenté ?**

• • • • •  
• Les multiples constats effectués par les rapporteuses sur le terrain démontrent qu'en cas de •  
• conjugaison de contraintes, la prise en charge des patients évacués en urgence des îles éloignées de •  
• Tahiti relève de délais trop tardifs en raison de l'absence de véritable moyen de transport sanitaire •  
• public intra-archipel, hormis des bateaux de pêche pour répondre de l'insuffisance de l'offre de •  
• soins. Ainsi, l'égalité instaurée par la PSG s'effondre en ce qu'elle ne garantit pas dans les faits la •  
• continuité des soins et un égal accès pour tous. •  
• • • • •

141) Le turnover et l'insuffisance d'effectif de médecins peuvent conduire à de réelles difficultés de prises en charge.  
142) Les ambulances de plus grande capacité s'avèrent très onéreuses pour les petites communes et ne sont pas adaptées en tout état de cause à l'état des routes.  
143) Faute de stabilisation des équipes médicales, et de médecins, la vérification du matériel d'urgence n'est pas toujours effectuée dans les délais requis.  
144) Accidenté de Fatu Hiva.  
145) Cas de 11 personnes accidentés, dont 4 très graves (un pneumothorax et une fracture du bassin), sur Hakamaïi situé à 30 km du centre médical de Hakahau dont les opérations de transports sanitaires par les pompiers ont nécessité plus de 12 heures d'intervention continue compte tenu du fait que le véhicule sanitaire ne peut accueillir qu'un seul patient à la fois. La durée du trajet aller-retour de l'infirmerie de Hakamaïi au centre médical de Hakahau nécessitant 3 heures par patient. La prise en charge sanitaire de cet accident de la route a été causé par un renversement d'un véhicule a dû nécessiter l'intervention spontanée de la population présente pour assister l'auxiliaire de soins pour le nettoyage des plaies, unique personnel de santé présente avant l'arrivée du médecin et des pompiers en provenance de Hakahau.  
146) Les décès les plus fréquents surviennent pour des causes d'hémorragies.  
147) « *Les Marquisiens ne souhaitant ni naître ni mourir à Tahiti mais chez eux.* »

Par ailleurs, la prise en charge par l'équipe médicale couplée à l'acheminement du patient au CHPF implique que l'équipe du SMUR se déplace du CHPF pour rejoindre le patient jusqu'à son lieu de situation puis le rapatrie sur Tahiti, ce qui rallonge d'autant les délais de prise en charge médicale du patient si les distances à parcourir sont importantes.

En effet, il n'existe en Polynésie française qu'un seul SMUR pour couvrir l'ensemble du territoire géographique. Si le déploiement du SMUR aux Marquises est apparu au demeurant plus ardu en l'absence de vecteur aérien qui peut rayonner sur l'archipel, la récente arrivée d'un hélicoptère de TNH justifie sa création à l'hôpital de Taiohae dès lors que la rapidité d'intervention des équipes SMUR est un élément déterminant dans la prise en charge des patients en situation d'urgence vitale. C'est également un élément déterminant de l'égal accès aux soins et de la continuité territoriale.

## ZOOM SUR LE COMITÉ DE L'AIDE MÉDICALE D'URGENCE ET DES TRANSPORTS SANITAIRES(COTAMUTS)<sup>148</sup>

Créé en application de la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999, le COTAMUTS a pour mission de :

- ◆ veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population ;
- ◆ s'assurer de la coopération des personnes physiques et morales participant à l'aide médicale d'urgence et aux transports sanitaires (terrestres, aériens et maritimes) ;
- ◆ examiner les questions relevant de l'activité médicale de l'aide médicale urgente et veiller au respect de la déontologie et du secret professionnel ;
- ◆ donner un avis préalable à la délivrance, à la suspension ou au retrait par le Président du gouvernement de l'agrément nécessaire aux transports sanitaires<sup>149</sup>.

Il peut être saisi par son président de tout problème relatif aux transports sanitaires.

Ainsi, le comité de l'aide médicale d'urgence a pour objet de se prononcer sur la réglementation des transports sanitaires et mettre en relation tous les dispositifs de secours (communaux comme territoriaux) afin d'assurer auprès des patients en quelque endroit où ils se trouvent les soins d'urgence appropriés à leur état.

Or, force est de constater que depuis 1999, le COTAMUTS s'est essentiellement prononcé sur des dossiers de demande d'agrément des transports sanitaires terrestres réglementés<sup>150</sup> : catégorie A (ambulances de secours d'urgence), B (voitures de secours aux asphyxiés et blessés), C (ambulances) et D (véhicules sanitaires légers) pour le compte de particuliers ou de communes situés essentiellement à Tahiti, Moorea et aux Îles Sous-le-Vent.

.....

148) Le comité de l'aide médicale d'urgence et des transports sanitaires est composé du directeur de l'ARASS, du médecin inspecteur de la santé, du directeur de la protection civil chargé des services d'incendies et de secours, le médecin chef des services d'incendie et de secours, le directeur du centre hospitalier territorial, le médecin-chef du services des urgences du centre hospitalier territorial (SMUR), d'un représentant à l'assemblée de la Polynésie française, un maire désigné au sein de la commission paritaire de concertation (fonction inexistante à ce jour), un médecin représentant l'ordre des médecins, un médecin conseil de la CPS, un médecin représentant la direction interarmées des services de santé, un représentant de la fédération polynésienne de secourisme, un représentant de l'union des sapeurs-pompiers, deux praticiens d'exercice libéral dont un exerçant dans un établissement de santé privé.

149) Arrêté CM n° 162 du 9 février 2001 modifié fixant les conditions d'agrément des transports sanitaires soumis aux dispositions de la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999, portant création d'un comité territorial de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires prévoit à son article 1<sup>er</sup> que :

« **Toute personne physique ou morale qui se propose d'effectuer des transports sanitaires doit avoir été préalablement agréée, par arrêté du Président du gouvernement de la Polynésie française, conformément à l'article 9 de la délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999, portant création d'un comité territorial de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.** »

150) ANNEXE 10 - Les différentes catégories de véhicules terrestres dédiés au transport sanitaire

En effet, les conditions drastiques imposées par la réglementation handicapent davantage les îles éloignées car elles s'avèrent difficilement réalisables et totalement inadaptées au principe de réalité qui prévaut au quotidien. Ainsi, pour permettre le développement de l'offre de soins de proximité conformément au SOS, il conviendrait de proposer une réglementation davantage adaptée au contexte insulaire.

Toutefois, le COTAMUTS n'apparaît s'être jamais prononcé sur la réglementation des transports sanitaires aériens ou maritimes, ni sur la coordination des dispositifs de secours (aucun texte existant). De ce fait, **la réglementation maritime pour les évassans d'urgence** est quasi inexistante.

Aussi et bien souvent, les bateaux mobilisés dans les îles dépourvues d'aérodrome, et en l'absence d'hélicoptère, les vecteurs maritimes utilisés afin de rallier l'île ou l'atoll le plus proche où pourra se poser un avion, sont inadaptés pour le transport sanitaire dès lorsqu'ils sont destinés à la plaisance, au transport de personnes, au tourisme ou encore à la pêche (poti mārara, bonitier), généralement d'une vingtaine à une trentaine de pieds (6 à 9 mètres).

Le Haut-commissaire, par le biais de plusieurs arrêtés a agréé en 2016 l'intervention de quelques speed-boats effectuant du transport sanitaire en mer sous certaines conditions<sup>151</sup>.

S'agissant de sa mission relative à la coordination des soins, les rapporteuses constatent que le cadre conventionnel n'a aucunement progressé. Par conséquent, aucune convention n'encadre les relations entre les services communaux de secours en mer et le CHPF.

Enfin, les rapporteuses de la mission soulignent la nécessité de redéfinir la composition du COTAMUTS dès lors qu'il exclut les Maires alors que ces derniers s'inscrivent comme les premiers concernés par la coordination de l'aide médicale d'urgence et de son ajustement par rapport aux besoins de leur population.

Les évacuations sanitaires d'urgence par vols spéciaux sont réalisées par deux compagnies aériennes privées ayant passé une convention avec la CPS :

- **La société Air Archipels et la société Tahiti Nui Helicopters depuis 2018 ainsi que les forces armées, pour le transport des ressortissants des trois régimes de la protection sociale généralisée.**

En cas d'évasan, le SAMU va affréter **soit pour le compte de la CPS lorsqu'il s'agit de l'un de ses ressortissants, soit pour le compte de l'hôpital lorsqu'il s'agit des non ressortissants, un aéronef.**

La société Air archipels, filiale du groupe Air Tahiti, exploite trois avions de type Beechcraft King<sup>152</sup> 200 et la société Tahiti Nui Helicopters détenue à 50 % par ATN et par HBG exploite une flotte de quatre hélicoptères (2 EC 135 et 2AS 350B2) sur deux bases (Tahiti et Bora Bora).

En cas de non-réponse de ces deux sociétés et dans le cadre de la règle des « 4i » appliquée par les forces armées en Polynésie française, le recours aux moyens militaires est possible : Hélicoptère Dauphin, Avions Casa et Gardian (en 2019, 20 % des évassans sont réalisées avec ces moyens pour un coût de 300 millions F CFP sur une enveloppe globale de 650 millions F CFP).

.....

151) ANNEXE 11 - Agrément de transport de passager dans le cadre de transports sanitaires ou médicaux urgents dans l'archipel des îles Marquises

152) Le Beechcraft qui est déclenché en première ligne est dédié aux évassans urgentes, il s'agit d'une véritable « ambulance des airs ». Bien que le COTAMUTS n'ait pas réglementé les conditions de transports sanitaires, il est spécialement équipé pour le transport sanitaire avec un module life port (sortie d'oxygène, d'air comprimé, prise de vide, et prises ondulées en 220 volts) et dispose d'un support de civière. La configuration de base peut être modifiée et il est possible d'ajouter un support pour une deuxième civière ou une couveuse. Il permet ainsi de transporter deux patients évassanés ou une maman ou son bébé. Le Beechcraft est un avion performant et rapide (520 km/heure) permettant de rallier les îles les plus éloignées de Tahiti dans des délais raisonnables compte tenu des distances à parcourir : 45 min pour rallier Raiatea, 3 h 20 pour Hiva Oa, 3 h 15 pour Reao et 3 h 45 pour rejoindre Mangareva.

Les évacuations sanitaires d'urgence sont organisées selon les dispositions prévues par plusieurs conventions établies par différentes autorités signataires comme suit :

- ◇ La convention du 1<sup>er</sup> mars 2017 modifiée par avenant du 1<sup>er</sup> avril 2019 relative aux évacuations sanitaires d'urgence conclue entre la CPS et la société Air Archipels qui couvre l'ensemble des ressortissants de la Caisse<sup>153</sup> ;
- ◇ La convention du 19 novembre 2018 conclue entre la CPS et la société Tahiti Nui Helicopters **non transmise aux rapporteurs par les intéressés**, lesquels n'adressèrent que la convention provisoire d'une durée d'un mois signée le 19 juillet 2019 prolongeant la convention de novembre 2018<sup>154</sup> ;
- ◇ La convention conclue entre les forces armées, le Pays, la CPS et le CHPF qui couvre les ressortissants<sup>155</sup> ;
- ◇ La convention relative aux évasans d'urgence conclue entre le CHPF et Air Archipels qui couvre les non ressortissants<sup>156</sup>.

L'organisation des évacuations sanitaires d'urgence relève d'autorités signataires distinctes (CPS, CHPF et Pays) pour la réalisation d'une même mission et justifiant, par la même, la nécessité de clarifier l'attribution de l'exercice de cette mission et ce d'autant qu'aucune de ces conventions n'a été précédée d'un appel d'offres contrairement aux transports des évacuations sanitaires internationales.

### LA CONVENTION D'AIR ARCHIPELS DU 1<sup>ER</sup> MARS 2017 MODIFIÉE

Cette convention succède à la convention relative au transport aérien des évacuations sanitaires d'urgence approuvée par les 3 régimes de protection sociale entre la CPS et la compagnie Air Archipels (délibérations approuvées par arrêtés nos 1098 CM du 8 août 2016 pour le RST, nos 1 343 et 1 346 CM du 12 septembre 2016 pour le RGS et le RNS) et établie pour une durée d'1 an à compter de sa date d'effet et reconductible 4 ans, soit 5 ans au total.

Elle peut être dénoncée à tout moment par les parties et sous un préavis de 3 mois sans pénalité financière.

Conclue entre la CPS et la société Air Archipels, la convention du 1<sup>er</sup> mars 2017 se fonde sur la mission de gestion des différents régimes de protection sociale qui incombe à la Caisse pour confier à Air Archipels le transport des ressortissants (RGS, RNS, et RSPF) dans le respect de la réglementation relative au transport aérien public pour une durée d'un an reconductible pour une durée de 4 ans.

Pour garantir la mise en œuvre du transport sanitaire d'urgence, Air Archipels s'engage à tenir à disposition de la CPS par période de 24 heures de jour comme de nuit dans un délai de 45 minutes :

- ◆ un aéronef ;
- ◆ deux équipages ;
- ◆ et à organiser une permanence pour la réception et le traitement des appels du SAMU H 24 et 7J/7.

.....  
153) ANNEXE 12 - Convention du 1<sup>er</sup> mars 2017 modifiée par avenant du 1<sup>er</sup> avril 2019 relative aux évacuations sanitaires urgentes conclue entre la CPS et Air Archipels

154) ANNEXE 13- Convention provisoire du 19 juillet 2019 relative aux évasans d'urgence conclue entre TNH et la CPS

155) ANNEXE 14 - Convention relative aux évasans d'urgence conclue entre les forces armées et la CPS

156) ANNEXE 15 - Convention relative aux évasans urgentes des non ressortissants de la CPS conclue entre le CHPF et la compagnie Air Archipels



Toutefois, si pour des raisons techniques l'appareil spécifié n'est pas disponible, Air Archipels se doit dans la mesure du possible de fournir un autre appareil avant d'effectuer une recherche de moyens permettant d'assurer l'évacuation sanitaire suivant l'ordre de priorité suivant :

- ◆ aéronef de la compagnie (autre Beechcraft mobilisable pour une autre évacuation urgente après modification de sa configuration) ;
- ◆ aéronefs figurant sur la liste des autres entreprises privées de transport aérien ;
- ◆ les aéronefs d'État.

Le médecin peut décider d'embarquer, après accord du pilote, un accompagnateur pour le malade. En contrepartie, la CPS s'engage à verser un forfait mensuel de 10 160 000 F CFP couvrant les frais fixes sur une durée de 5 ans et un prix à l'heure de vol fixé à 199 500 F CFP pour couvrir les autres frais dont le carburant. Les prix pouvant être révisés en cas de variation positive ou négative de plus de 2 % de la valeur du carburant.

La convention peut être notamment résiliée en cas d'inexécution des prestations de vols.

Modifiée par voie d'avenant le 1<sup>er</sup> avril 2019, la convention prévoit de nouvelles stipulations qui pour l'essentiel :

- ◆ précisent que désormais Air Archipels s'oblige au respect des engagements prévus et s'engage à réaliser les prestations demandées **sans pour autant être tenue à une obligation de résultat mais uniquement de moyens bien que le versement d'un forfait mensuel couvrant les frais fixes soit maintenu (sans en préciser le montant) ainsi que le versement d'un prix à l'heure de vol désormais fixé en fonction du type d'aéronef ;**
- ◆ obligent la société à produire à la CPS en mai de chaque année son compte d'exploitation analytique spécifique à l'activité des évacués et les clés de répartition utilisées sur le modèle figurant en annexe ;
- ◆ fixent sa durée pour une période de 6 ans, renouvelable par tacite reconduction pour une période de 3 ans renouvelable une fois ;
- ◆ intègrent une clause de renégociation tarifaire en cas de modification de l'économie générale du contrat et ce notamment en la circonstance de la mise en service d'un nouvel aéronef ou encore de variation du nombre annuel d'heures de plus de 20 % et projeté à 1 000 heures ;
- ◆ fixent le délai de résiliation des parties de 3 à 12 mois.

**Bien que sollicités par les rapporteuses, le montant du forfait mensuel couvrant les frais fixes ainsi que les tarifs à l'heure de vol d'Air Archipels n'ont pas été portés à la connaissance de l'assemblée, ni par la CPS ni par Air Archipels au motif du secret professionnel, ce qui est regrettable.**

Clairement, l'évolution de cette convention mérite l'attention toute particulière du Pays en ce que la CPS s'est manifestement arrogée de sa propre initiative le droit de passer des conventions en méconnaissance des règles de la commande publique dès lors qu'il ne relève aucunement de ses missions d'organiser les transports sanitaires d'urgence.

Par ailleurs, et dès lors que **les moyens dont dispose le SAMU sont estimés *inexistants, insuffisants, inadaptés ou indisponibles*<sup>157</sup>, les forces armées de l'État sont sollicitées** par le biais du Haut-commissariat.

.....

157) Instruction ministérielle relative à l'engagement des armées sur le territoire national lorsqu'elles interviennent sur réquisition de l'autorité civile n° 10100/SGDSN/PSE/PSN/NP DU 14/11/2017 approuvée par le Premier Ministre.

## ZOOM SUR LA STRATÉGIE DE SÉCURITÉ NATIONALE LA RÈGLE DES 4 I

La stratégie de la sécurité nationale à laquelle concourt l'ensemble des politiques publiques, a pour objet, en vertu de l'article L 1111-1 du code de la défense, d'identifier l'ensemble des menaces et des risques susceptibles d'affecter la vie de la Nation, notamment en ce qui concerne la protection de la population, l'intégrité du territoire et la permanence des institutions de la République et de déterminer les réponses que les pouvoirs publics doivent y apporter.

La politique de défense, qui a pour objet d'assurer l'intégrité du territoire et la protection de la population contre les agressions armées, contribue, de même que les politiques de sécurité intérieure et de sécurité civile, à la stratégie de sécurité nationale, dont les priorités ont été définies par le Livre Blanc sur la défense de la sécurité nationale de 2013.

Mise en œuvre sous l'autorité du premier ministre, la politique de défense comprend l'ensemble des mesures prises dans les milieux terrestre, maritime, aérien, et spatial ainsi que dans le cyberspace afin de prévenir tout acte hostile et d'assurer le contrôle et la surveillance du territoire et de ses approches. Dans ce cadre, les armées assurent, outre les missions liées à la dissuasion et aux interventions extérieures, la défense militaire du territoire national. À cet effet, elles mettent en œuvre des dispositifs, appelés « postures » et adaptés à la spécificité de chaque milieu.

Dans le milieu terrestre, les forces de sécurité intérieure et de sécurité civile assument la primauté de l'action pour garantir la sécurité et la protection des populations. Dès lors que les moyens dont dispose l'autorité civile sont estimés inexistantes, insuffisants, inadaptés ou indisponibles (règle des 4 I), les armées peuvent être sollicitées pour renforcer le dispositif de sécurité mis en œuvre sous la responsabilité du Ministre de l'Intérieur. Elles sont engagées, hors du champ de la défense militaire qui constitue leur mission première, en vertu d'une réquisition, de l'autorité civile conformément aux termes de l'article L 1321-1 du code de la défense.

L'appréciation de ces critères, qui ne sont pas cumulatifs, fait systématiquement l'objet d'un dialogue civilo-militaire à l'échelon central. Les réquisitions administratives ont pour objet la mise à disposition de capacités militaires en vue de leur utilisation pour des missions précises et délimitées exécutées sous la responsabilité de l'Autorité Civile.

Dans les collectivités d'outre-mer, les réquisitions sont adressées par le représentant de l'État au commandant supérieur des forces armées ou au commandant militaire et donnent lieu à remboursement de la Polynésie française à l'État en application de la convention n° 04816-2016 du 23 mai 2016 relative aux transports sanitaires de personnes civiles extérieures au ministère de la défense par moyens aériens des forces armées de Polynésie française établie entre le Commandant supérieur des forces armées et le Président de la Polynésie française, les directeurs de la CPS et du CHPF.

À ce jour, les performances des moyens déployés civils comme militaires prévoient des délais d'intervention qui s'avèrent très disparates selon les vecteurs utilisés et leurs disponibilités mais également selon les lieux de résidence des habitants.

En effet, malgré l'importance des moyens mis en œuvre, compte tenu des charges associées, la géographie polynésienne induit des fortes contraintes qui exigent des temps d'approche trop importants pour garantir l'arrivée sur site d'une équipe SMUR à partir de la décision de déclenchement par le médecin régulateur dans des délais comparables à la métropole.

En outre, la disponibilité d'un seul avion et de son équipage pour tous les archipels de la Polynésie française tel que prévu par la convention établie entre Air Archipels et la CPS, s'avère **insuffisante pour répondre à des urgences simultanées sur un même lieu ou survenant dans des îles distinctes ou encore éloignées.**

Tableau 19 : Vecteurs aériens disponibles avec tarifs horaires au 1<sup>er</sup> janvier 2019

MOYENS MILITAIRES			
Avion	Casa	742 322 F CFP/heure	Conventionné avec la CPS
Avion	Guardian	2 167 109 F CFP/heure	Conventionné avec la CPS
Helicoptère interservice N3 +	Dauphin	1 411 672 F CFP/heure	Conventionné avec la CPS
MOYENS CIVILS			
Air Archipels	Avion Beech King	342 935 F CFP/heure	Forfait annuel
Air Tahiti	ATR 72	Tarifs des vols programmés	Pas de conventionnement avec la CPS - Vols commerciaux à la demande
TNH	EC 135 Écureuil	480 000 <sup>158</sup> F CFP/heure	Conventionné avec la CPS Pas de forfait annuel

La prise en charge des heures de vol est assurée par les différents régimes des ressortissants de la protection sociale généralisée ainsi que ceux de la sécurité sociale sur la base des conventions avec les opérateurs et dans le cadre d'une enveloppe budgétaire dédiée.

## AXE 8

### RÉGULER LES TRANSPORTS SANITAIRES



**43**

Définir un protocole de prise en charge des urgences sanitaires par les pompiers communaux et rendre obligatoire la présence d'un accompagnateur médical des patients transportés en urgence par voie maritime

**44**

Développer des relais SMUR dans les principales structures de la santé où le bassin de population est important (Taravao, Afareaitu, Taiohae, Raiatea)

**45**

Définir un schéma territorial des évacuations sanitaires d'urgence et accroître la disponibilité des vecteurs aériens et maritimes

**46**

Créer une unité spécialisée dans les évacuations sanitaires au sein des forces armées et renégocier les conditions de leurs interventions en Polynésie française (Règle des 4 I)

.....  
158) Le tarif de base de la minute de vol est de 8 000 F CFP/minute TTC avec dégressivité sur la base de l'heure de vol résultante par tranche de 10 heures à compter de la 50<sup>ème</sup> heure de vol jusqu'à atteindre le plancher minimum de 6 500 F CFP la minute de vol.

### 3.2) Des délais de prise en charge trop longs

L'organisation des évacuations sous sa forme actuelle date de la fin des années 1970 avec l'achat par le Territoire en 1981 d'un avion de type Nomad N22-B<sup>159</sup> médicalisé et entièrement dédié aux évacuations. Avec le développement des pistes aériennes dans les îles des différents archipels des avions plus performants ont été utilisés (société TCA, Air Océania, Wan Air, et enfin Air Archipels).

Le choix de l'avion comme vecteur prioritaire a toujours prévalu dans l'organisation de base des évacuations. La présence d'opérateurs d'hélicoptères à partir de 1985 (Chantiers de Marama Nui) a permis l'utilisation de ce vecteur vers les îles de proximité de Tahiti mais sans jamais vraiment prendre la place de l'avion (absence d'hélistation dans l'ancien hôpital de Mamao, réglementation imposant l'utilisation de machine bi-turbine à partir de 1995).

L'augmentation constante des vols au départ de Tahiti montre les limites de l'organisation actuelle telle que définie dans les années 80 avec des conventions de transports de vols commerciaux inadaptées pour répondre à la poursuite de l'intérêt général et aux besoins actuels.

En effet, le déclenchement simultané de plusieurs évacuations sanitaires n'est pas toujours possible et l'enchaînement de plusieurs vols s'avère parfois impossible compte tenu du temps de repos de sécurité imposé aux équipages.

Selon les conventions conclues avec la CPS, **Air Archipels n'est ainsi pas tenue à une obligation de résultat<sup>160</sup> et n'encourt aucune sanction financière en cas de défaillance alors que le prestataire hélicoptère (TNH) n'est pas tenu de maintenir une astreinte, sa disponibilité s'avère donc aléatoire.**

De ce fait, le SAMU est dans l'obligation de recourir aux moyens de l'État comme cela a été le cas en 2018 pour la réalisation de **71 évacuations d'urgence dont les 2/3 auraient pu être réalisés par des moyens civils**. La même tendance s'inscrit pour 2019 malgré le fait que la convention Air Archipels a bénéficié d'une **revalorisation financière qui n'a pas pu faire l'objet d'une communication aux rapporteuses de la mission**.

Ainsi, selon les informations recueillies par les rapporteuses lors des auditions menées sur le terrain, le temps d'attente moyen pour qu'un aéronef d'Air Archipels se rende à Nuku Hiva après déclenchement par le SAMU est évalué entre 6 h à 8 h, ce qui en cas d'AVC ne permet pas de garantir un minimum de chance aux patients dès lors que le temps total de prise en charge par le CHPF s'évalue à 15 h voire plus selon les circonstances.

En outre, la disponibilité d'un unique aéronef n'autorise pas davantage la prise en charge simultanée de plusieurs patients sur un même lieu, ce qui implique à l'équipe médicale de devoir faire des choix parfois difficiles sur le plan moral et pouvant conduire au décès des patients.

Par ailleurs, **plusieurs aérodromes n'offrent aucun moyen aérien de nuit comme à Maupiti, Rimatarā, Ua Pou, Ua Huka, Hiva Oa, Ahe, Anaa, Apatiki, Aratika, Arutua, Faaite, Fakahina, Fangatau, Hikueru, Katiu, Kauehi, Kaukura, Makemo, Manihi, Mataiva, Napuka, Nukutavake, Puka Puka, Pukarua, Raroia, Reao, Takapoto, Takaroa, Takume, Tikehau, Tureia, Vahitahi, Totegeie qui dessert les îles Gambier.**

Il en va de même à Moorea dès lors que les pistes de l'aérodrome de Tema'e bien que balisées ne sont pas mises en service faute de contrôleur aérien d'astreinte depuis janvier 2019. Bien qu'une hélistation moderne soit à disposition à proximité de l'hôpital d'Āfareaitu, cette dernière est inexploitée entre 20 h et 6 h car la convention conclue par la CPS avec la société TNH ne prévoit pas d'indemnisation permettant à la société de financer un régime d'astreinte des pilotes dont les heures de vols sont strictement réglementées.

.....  
159) L'utilisation du Nomad a été stoppée en 1987.

160) Pour des raisons qui n'ont pas été clairement portées à la connaissance des rapporteuses.

En l'absence d'explications plausibles permettant de justifier une telle mesure, les rapporteuses de la mission préconisent **que le CHPF conclue, dans l'attente de la définition d'un appel d'offres, une convention avec la société TNH pour assurer les évacuations d'urgence sur Moorea et transmette les factures correspondantes à la CPS.**

La nuit, seules les forces armées peuvent armer un aéronef et atterrir sur tous les aérodromes de la Polynésie française hormis sur les altiports d'Ua Pou et d'Ua Huka qui n'autorisent sa desserte que par le Twin Otter de jour.

Sur ces deux îles, les évacuations d'urgence de nuit ne peuvent s'effectuer que par bateau (*bonitier, poti mārara ou speed boat*) dans des conditions de délais et transports totalement inadaptées à l'état des patients et peu compatibles avec le caractère d'urgence d'une évacuation.

Enfin, certaines îles habitées ne disposent pas d'aérodrome pour autoriser une prise en charge sanitaire autrement que par l'hélicoptère ou par bateau.

Il en va ainsi pour l'île de Tahaa qui dépourvue d'aérodrome, n'est accessible que par la mer et mobilise pour ces évacuations maritimes un bateau dans des conditions parfois « folkloriques » selon les propos soulignés aux rapporteuses. Ce dernier bénéficierait de conventionnement tarifaire avec la CPS.

Il en va de même pour les îles de Tahuata et Fatu Hiva qui sont également accessibles uniquement de jour depuis Atuona par la navette administrative Te Ata O Hiva desservant le sud des Marquises selon une tournée administrative définie et ne permettant pas en tout état de cause la réactivité requise pour répondre aux urgences médicales. Les conditions de navigation étant par ailleurs très difficiles à supporter compte tenu du mouvement permanent de la houle et de l'absence de tout aménagement dédié au transport sanitaire.

Mais, également pour Rapa dont la seule desserte peut être effectuée par l'hélicoptère du Dauphin acheminé par le CASA depuis Raivavae mais n'est envisageable que dans des délais longs et un coût forfaitaire de 15 MF CFP.

S'agissant des atolls habités mais difficiles d'accès, seul le Dauphin acheminé par le CASA permet une intervention d'urgence (Amanu, Tematangi, Hereheretue, etc.). Il en va de même pour la trentaine de résidents vivant en dehors de tout cadre sanitaire et en isolement sur Scilly et Mopelia.

.....  
• Compte tenu de l'étendue du pays, les rapporteuses de la mission suggèrent que l'organisation des évacuations sanitaires d'urgence intègre **la nécessité d'accroître la disponibilité des vecteurs maritimes et aériens en allouant les moyens dédiés à la sécurité publique et en permettant une réquisition accrue des forces armées selon de nouvelles conditions négociées.**  
.....

En effet, de l'avis unanime des personnes entendues, il ressort que les évacuations sanitaires relèvent de vraies opérations militaires dès lors que l'on évacue sur une superficie égale à celle de l'Europe, sur des îles difficiles d'accès et parfois dénuées de tout suivi sanitaire.

**Air Archipels ne pourra donc jamais prétendre à répondre à toutes les catégories d'évacuation sanitaire et leur fréquente indisponibilité démontre les limites atteintes de l'organisation actuelle. Il en va de même pour la société TNH qui n'apparaît pas davantage en mesure d'intervenir la nuit.**

.....  
• Les rapporteuses de la mission attirent la plus grande attention du Pays et de l'État sur la nécessité de faire évoluer les processus actuels car si l'Armée n'est plus disponible pour réaliser une évacuation, la configuration géographique du territoire ne permet pas à la Polynésie française d'être en mesure d'assurer à sa population une aide médicale d'urgence.  
.....

Ainsi, même si les évacuations urgentes ne sont pas les missions premières des forces armées en Polynésie française, il relève de l'évidence que le concours de l'armée pour les réaliser sera toujours nécessaire dès lors que les équipages sont parfaitement rodés et formés spécialement à dessein. Et de l'avis unanime du corps médical, la gestion des urgences médicales nécessite la mobilisation des personnes les plus performantes.

Dans un souci de cohérence, les rapporteurs de la mission préconisent que l'organisation du transport sanitaire d'urgence soit entièrement revue en retenant une meilleure répartition de l'utilisation des vecteurs aériens (l'avion et l'hélicoptère) au regard des statistiques des évacuations réalisées par archipel. L'hélicoptère devrait être privilégié pour réaliser les évacuations des Îles Sous-le-Vent jusqu'à l'hélistation du CHPF mais également aux îles Marquises pour les évacuations intra-archipels compte tenu de la géographie du territoire et de la présence de l'hôpital de Taiohae alors que l'avion serait plus judicieux pour desservir les distances plus longues à parcourir (Australes et Tuamotu).

En 2015, l'ancienne convention conclue entre la CPS et la société Tahiti Helicopters prévoyait de mettre à disposition pour les évacuations urgentes, trois hélicoptères de type Écureuil (deux AS 350 B2 et un AS 355 N habilités à voler de nuit et à se poser directement sur l'hélistation du CHPF) qui pouvaient voler à une vitesse moyenne de 220 km/heure et maximale de 280 km/heure.

Ainsi, deux hélicoptères étaient basés à Tahiti et étaient disponibles pour la réalisation des interventions aux Îles du Vent ainsi qu'à l'hôpital de Taravao. L'AS 355 N permettait de réaliser un gain de temps précieux en évitant le trajet en ambulance terrestre d'environ 20 minutes entre l'aéroport de Faa et le CHPF. Les temps de vol (de jour avec des conditions météo favorables) en hélicoptère civil s'établissaient comme suit :

**Tableau 20 : Temps de vols par hélicoptère depuis les IDV jusqu'au CHPF**

	Taravao	Moorea	Maiao	Tetiaroa
Hélistation du CHPF	18 minutes	12 minutes	35 minutes	20 minutes

Le troisième hélicoptère basé à Bora Bora et disponible, permettait de réaliser les évacuations aux Îles Sous-le-Vent en se rendant sur les lieux du patient en des temps records depuis la station PAGO à Bora Bora :

**Tableau 21 : Temps de vols par hélicoptère depuis la station PAGO**

	Maupiti	Tahaa	Raiatea	Huahine
Bora Bora	20 minutes	5 minutes	10 minutes	25 minutes

Ainsi, les évacuations médicalisées par l'équipe soignante sur place, permettaient une prise en charge médicale d'urgence sur l'hôpital d'Uturoa dans de courts délais :

**Tableau 22 : Temps de vols par hélicoptère depuis Uturoa**

	Maupiti	Bora Bora	Tahaa	Huahine
Raiatea	30 minutes	5 minutes	10 minutes	25 minutes

De jour, et suivant des conditions météorologiques favorables, une évacuation directement vers l'hélistation du CHPF apparaît tout à fait envisageable et permettrait de pallier l'indisponibilité d'aéronefs :

**Tableau 23 : Temps de vols par hélicoptère depuis les ISLV jusqu'au CHPF**

	Maupiti	Bora Bora	Tahaa	Raiatea	Huahine
CHPF	1 h 25	1 h 15	1 h 10	1 h 05	50 minutes

Jusqu'en 2007, un hélicoptère civil était basé aux îles Marquises et permettait les évacuations intra-archipels à destination de l'hôpital de Taiohae. Si une évacuation vers le CHPF était nécessaire, le Beechcraft était alors mobilisé, les distances étant trop grandes pour être compatibles avec l'autonomie réduite des hélicoptères.

## AXE 9

### PALLIER L'INDISPONIBILITÉ FRÉQUENTE DES COMPAGNIES AÉRIENNES



**47** Mettre en place un appel d'offres avec un cahier des charges permettant d'identifier les besoins des évacuations d'urgence

**48** Dans les délais les plus brefs, conclure une convention avec la société TNH pour organiser les évacuations d'urgence sur Moorea

**49** Prévoir les aménagements dédiés aux transports sanitaires sur le TE ATA O HIVA et sur les navires bénéficiant notamment d'incitations fiscales à l'investissement (TEREVAU et AREMITI)

**50** Doter les communes dépourvues d'aérodrome, de bateaux médicalisés pour la réalisation des évacuations d'urgence

### 3.3) Les évacuations programmées

Tout comme les évacuations d'urgence, les évacuations programmées correspondent à une offre de soins inexistante sur le lieu de résidence des ressortissants CPS et concernent les patients atteints d'une pathologie nécessitant un diagnostic, un acte thérapeutique ou un avis spécialisé non réalisable sur l'île ou l'atoll de résidence. Elles concernent les patients atteints d'une pathologie sans caractère d'urgence. Hormis dans l'archipel de la Société, les structures de la Direction de la santé restent bien souvent le principal et souvent l'unique prescripteur des évacuations sanitaires programmées dans les îles, compte tenu de la faible présence des professionnels de santé conventionnés par la CPS et de la nécessité de garantir la continuité des soins due aux assurés sociaux.

Tout comme les évacuations d'urgence, mais dans une proportion différente, les évacuations programmées se font vers l'un des hôpitaux de proximité ou vers le CHPF par vol régulier de la compagnie Air Tahiti ou par voie maritime vers une île voisine pourvue d'un aérodrome et après une demande d'entente préalable adressée auprès du service évacuation de la CPS en remplissant un formulaire dédié à cet effet. Les facteurs d'évolution (diminution ou augmentation) des évacuations programmées sont ainsi directement liés à l'état de santé de la population mais également à la présence de prescripteurs de soins sur place ainsi qu'aux missions avancées des spécialistes du CHPF, de la Direction de la santé ou encore des intervenants libéraux visant à améliorer et accroître la proximité de l'offre de soins.

Les consultations spécialisées avancées ne sont donc pas forcément génératrices de diminution d'évacuations sanitaires programmées dès lors qu'elles permettent d'assurer un meilleur suivi des patients et peuvent conduire à la réalisation d'examens médicaux qui n'étaient pas effectués et par suite, générer de nouvelles dépenses d'assurance maladie des différents régimes sociaux de la protection sociale généralisée.

Mais d'avis unanime, les évacuations programmées participent, tout comme les consultations spécialisées avancées, à l'amélioration de l'offre de soins. Elles contribuent à éviter des décompensations pathologiques graves nécessitant la mobilisation d'évacuations urgentes par vol spécial du SAMU.

À souligner que des réflexions actuellement en cours portent sur la mise en place d'un parcours de soins dédié au patient au CHPF. Elle permettra de mutualiser les déplacements des patients évasanés vers le CHPF dès lors que l'organisation actuelle n'offre pas cette possibilité, les besoins médicaux étant exprimés au fil de l'eau par chaque spécialité.

Le regroupement de patients au départ d'îles non pourvues d'aérodromes telles que Tahuata, Fatu Hiva ou encore Rapa où les transports maritimes s'avèrent très coûteux (70 000 F CFP la traversée entre Fatu Hiva et Hiva Oa, 120 000 F CFP entre Ua Pou et Nuku Hiva quelque soit le nombre de passagers transportés), permettra de diminuer ces frais.

Dans le cadre des évasans programmées, il a été porté à la connaissance des rapporteuses des **cas d'évasans de complaisance**. Ainsi, lors des différentes auditions, des abus ont été signalés :

- ◆ « Il y a 2 types d'évasans, l'évasan d'urgence à laquelle je suis favorable, il y a aussi des évasans touristiques parce qu'on a envie de venir à Tahiti passer des vacances. Et là également, la responsabilité doit être une prise de conscience de ceux qui ont reçu une formation sur l'atoll concerné... ».
- ◆ « C'est le médecin qui ordonne l'évasan. Là, je pense qu'il y a quand même quelques abus. »
- ◆ « Il y en a quand même qui abusent **au détriment de ceux qui ont vraiment besoin** d'une évasan, d'aller voir un spécialiste. Il suffit que j'ai envie d'aller à Pape'ete, je vais aller chez le dentiste, j'ai mal aux dents.... Parce que c'est taote mā aussi qui cautionnent un peu quelque part ça. Ils savent pertinemment par exemple que de Huahine, de Maupiti, il y a tous les cabinets privés de leurs petits copains, kiné, il faut faire fonctionner, et voilà, en veux-tu une évasan par ci, par là. Je le dis haut et fort. On sait ce qui se passe. »
- ◆ « **Les évasans programmées se sont transformées au fil des ans en une agence de voyage pour les habitants des îles. Il faut que le patient se responsabilise et que les infirmiers retrouvent leur métier de soignant.** »

## AXE 10

### AMÉLIORER L'ORGANISATION DES ÉVASANS PROGRAMMÉES

**51** Mutualiser les déplacements des patients au CHPF pour la réalisation des examens médicaux

**52** Mettre en place un opérateur unique basé au SAMU pour les évasans programmées de tous les archipels

**53** Définir un protocole édictant les critères d'éligibilité des patients aux évasan, aux CSA ou à la télémédecine

**54** Encadrer, contrôler les évasans programmées pour prévenir les abus





### 3.4) Les évasans psychiatriques

S'agissant des évasans psychiatriques réalisées sur Nuku Hiva, les rapporteuses de la mission attirent l'attention sur la nécessité de mieux encadrer l'imputation de la prise en charge des frais de déplacement des agents de police judiciaire accompagnant le patient durant le transport jusqu'au CHPF dès lors que la commune est amenée à assurer cette mission pour le compte de ses habitants mais également pour les habitants de communes voisines. Tel est ainsi le cas des habitants d'Ua Huka et Ua Pou, du fait que ces patients sont internés à l'hôpital de Taiohae dans l'attente de la disponibilité d'un vol pour Papeete. La même problématique a été constatée pour les habitants de la commune de Tahaa sur l'île de Raiatea, notamment dans la commune d'Uturoa en raison de la présence de l'hôpital et de l'aéroport.

Afin de ne pas obérer les budgets communaux des prises en charge médicales qui ne relèvent pas directement des habitants de la commune concernée, et s'agissant d'une mission exercée au titre de la sécurité publique, les rapporteuses de la mission préconisent **que l'accompagnement des malades psychiatriques ne résidant pas dans la commune puisse être également assuré par les forces de gendarmerie.**

De même, les rapporteuses de la mission préconisent **que les dépenses générées par les déplacements des agents de police communaux pour la prise en charge des évasans psychiatriques soient compensées par un remboursement des frais de transport**, la commune mettant déjà gracieusement à disposition son personnel.

## 4) LE NOUVEAU RÔLE À JOUER DES SERVICES D'INCENDIE ET DE SECOURS COMMUNAUX

En application de sa compétence pour la protection des personnes sur le territoire de sa commune, le Maire assure les opérations de secours et d'urgence à ses administrés. En effet, il dispose de moyens matériels et humains, c'est-à-dire de pompiers et d'ambulances, au titre du service d'incendie et de secours, puisque ce service concourt avec d'autres services et professionnels concernés, à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence. Ce service peut notamment être chargé de l'évacuation sanitaire des administrés.

Cette collaboration des communes en matière de santé est plébiscitée par la société civile qui les reconnaît comme des acteurs indispensables dans la prise en charge sanitaire des populations :

*« Au travers des missions qu'elles exercent sur le cadre de vie de leurs administrés, les communes jouent un rôle important. Elles interviennent par exemple, lorsque leurs moyens le permettent, pour le transport sanitaire de leurs administrés ; et les pompiers communaux réalisent souvent les gestes de premiers secours en cas d'accident sur leur territoire avant de passer le relai aux urgentistes du CHPF »<sup>161</sup>.*

Mais cette compétence octroyée par l'État représente une charge lourde pour les finances communales et engage leurs responsabilités civiles voire pénales.

.....  
161) Avis N° 41/2015 du CESEC sur le projet de délibération portant approbation par l'Assemblée de la Polynésie française du Schéma d'organisation sanitaire 2015-2020.

#### 4.1) Les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, une récente compétence désormais confiée aux communes par le CGCT

Le Code général des collectivités territoriales définit le cadre relatif aux services d'incendie et de secours<sup>162</sup>. Outre la prévention, la protection et la lutte contre les incendies, les services d'incendie et de secours communaux « *concourent à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes ... ainsi qu'aux secours d'urgence* », notamment aux « *secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes ainsi que leur évacuation* » (article L1852-2). Ces services sont placés sous l'autorité du Maire ou du Haut-Commissaire lesquels dans l'exercice de leurs pouvoirs de police, mettent en oeuvre les moyens relevant des services d'incendie et de secours dans les conditions prévues par un règlement opérationnel arrêté par le haut-commissaire (articles L1852-3 et L1852-4).

L'article L1852-5 fixe le schéma d'analyse et de couverture des risques auxquels doivent faire face les services d'incendie et de secours. L'article L1852-6 détermine la composition du corps de sapeurs-pompiers constitué de sapeurs-pompiers professionnels et volontaires.

Cette compétence en matière de secours d'urgence dévolue aux communes, illustre de manière caricaturale, l'enchevêtrement de compétences entre :

- ➔ La sécurité publique de compétence régaliennne, la santé de compétence du Pays et les pompiers, agents communaux, de compétence communale. En dépit de l'aide à l'investissement amené par l'État à travers le FIP, les frais de fonctionnement demeurent prohibitifs pour des budgets communaux (carburant, équipements des ambulances, médicaments, bateaux communaux, coût des sapeurs-pompiers).

Au cours de l'audition des représentants-maires, il est apparu que l'exercice de cette compétence imposée aux communes est ardu :

- ➔ « On a un service secours, les pompiers, encore faut-il qu'ils soient formés à prendre en charge des accidentés, des malades ! ». Le manque d'urgentiste affecté à ce service communal est patent dans toutes les communes ainsi que l'obligation d'improviser. « Normalement, on doit, avant d'intervenir, embarquer un urgentiste à bord des ambulances. On fait avec nos moyens du bord... Ce sont des agents communaux qui font office d'infirmier, de docteur. ».
- ➔ Se posent alors des questions de responsabilités civile et pénale qui freinent certains pompiers à intervenir « parce qu'ils ne savent pas comment prendre l'accidenté, et ça, on est à la limite de la légalité. ».
- ➔ Les Maires sont partagés entre s'exposer à ce risque pénal et la crainte de se voir reprocher « de ne pas intervenir, de ne pas porter secours », de non-assistance à personne en danger. La solution serait d'avoir « des personnels compétents » mais la dotation du FIP est insuffisante pour faire face à cette obligation.

#### 4.2) Les transports sanitaires à la charge des communes

Aux Marquises Sud, la commune de Hiva Oa prend en charge par solidarité le transport par ambulance et la mise à disposition de pompiers volontaires pour les patients évacués de Fatu Hiva et Tahuata en plus de ceux de la commune :

- ◆ « *Mais la solidarité a des limites, il y a des charges, il y a des frais et surtout la CPS ne peut pas prendre en charge les factures des collectivités, cela leur coûtera moins cher que de faire appel aux privés.* »

.....  
162) Articles L1852-1 à L1852-10 du CGCT.

Ce problème de prise en charge des ambulances et des pompiers par la commune est général. Les communes ne peuvent pas facturer cette prestation sanitaire :

- ◆ « De deux choses, l'une, ou effectivement la CPS ne peut pas rembourser une collectivité, à ce moment-là, le FIP, le fonds intercommunal prévoit une dotation spéciale secours, intervention évasan en fonction de la taille de la population. »

Les bateaux communaux assurent également les évasans. Les charges d'entretien demeurent lourdes pour une prestation assurée gratuitement jusqu'ici, malgré la détaxe récente des carburants aux communes :

- ◆ « Je ne sais pas comment faire, est-ce qu'il faut facturer à la CPS ? Est-ce qu'on peut aussi facturer à la CPS ?... Mais peut-être que nous aussi les maires, il faudrait qu'on voie au niveau du FIP, sur la répartition du FIP et de doter un peu mieux les communes qui disposent des centres de secours, de casernes pompiers. C'est un service, à la limite, on n'est pas obligé de le faire. Comme la police municipale, c'est une compétence de l'État. On est gentil ici en Polynésie, on fait beaucoup de choses à la place de l'État, les passeports, les cartes d'identité, de plus en plus, c'est nous qui le faisons, on nous donne une petite dotation, mais cela ne couvre pas les dépenses pour ça. Je sais qu'en France, un truc comme ça, ça ne passera pas. ... Et pourtant, je me souviens à une époque, la présidente de la Chambre territoriale des comptes avait présidé une commission d'évaluation des charges de tous les compétences transférées aux communes. Je crois que cela vaut le coup de réactualiser cette commission pour bien mesurer si les communes disposent bien des moyens pour faire face... ce sont de nouvelles obligations. L'évasan fait partie effectivement, on ne discute même pas. »

Cependant, dans le respect de leurs missions respectives, la commune de Nuku Hiva a pu passer une convention<sup>163</sup> avec la Direction de la santé pour assurer les transferts sanitaires des résidents de l'île. À l'issue de la prestation, la collectivité adresse une facturation à l'hôpital de Taiohae mais qui ne prend pas en compte la totalité des frais engagés.

#### 4.3) Les frais funéraires à la charge des communes

Les ressortissants et leurs ayants-droit déclarés à la CPS bénéficient de la prise en charge des frais funéraires d'un montant de 150 000 F CFP pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans et de 80 000 F CFP pour les enfants âgés de moins de 12 ans ainsi que les frais de rapatriement des dépouilles du lieu de décès au lieu de résidence sur la base des tarifs des moyens de transport le plus économique et correspondant dans les faits à la voie maritime.

En cas d'évasan, ces frais sont pris en charge en tiers payant et non par remboursement. Ces frais comprennent :

- ◇ La fourniture et la livraison du cercueil ;
- ◇ La fourniture des frais découlant de l'application des mesures de salubrité (glace carbonique, location de lit réfrigérant, embaumement) ;
- ◇ La mise en bière ;
- ◇ Les frais de morgue ;
- ◇ Les frais de portage et de transport par corbillard du lieu d'exposition au lieu d'inhumation ;
- ◇ Les frais des démarches administratives.

Si cette aide est accordée aux familles à Tahiti qui se rendent auprès des entreprises funéraires pour s'occuper de leur défunt, elle n'est en revanche pas reversée aux communes qui se substituent aux entreprises funéraires sur leur territoire géographique.

.....

163) ANNEXE 16 - Convention relative au transport sanitaire conclue avec la commune de Nuku Hiva et la Direction de la santé

Ainsi, en cas d'évasan des îles Marquises sur l'hôpital de Taiohae et de survenance de décès, la commune qui pallie la carence de l'initiative privée, réalise les cercueils pour le compte de ses administrés avant de procéder au rapatriement du corps sur l'île du défunt.

Pour autant cette dernière ne perçoit aucune participation de la CPS pour la prise en charge des frais funéraires de ces familles.

Dans un souci d'équité, les rapporteuses de la mission préconisent que les communes puissent bénéficier de la prise en charge des frais funéraires liés à la fourniture des cercueils pour le compte des familles dès lors que ces collectivités interviennent pour pallier la carence de l'initiative privée sur leur territoire. Or, aucune disposition réglementaire de l'arrêté n° 1408 IT du 13 octobre 1956 fixant les règles relatives aux opérations financières et comptables de la caisse de compensation des prestations familiales n'apparaissant justifier que les personnes morales ne seraient pas éligibles au bénéfice de la prise en charge de ces prestations funéraires réalisées pour le compte de ses ressortissants.

Les modalités de cette prise en charge pourraient être ainsi organisées par voie conventionnelle à l'instar de ce que la CPS a pu également convenir avec les forces armées<sup>164</sup> pour la prise en charge financière liée à la mise à disposition des moyens militaires pour la réalisation des évacuations sanitaires.

S'agissant des frais de rapatriement des dépouilles, il est souligné que de manière récente, Air Tahiti assure le rapatriement des défunts par fret aérien mais à des tarifs très prohibitifs. Selon les informations transmises aux rapporteuses, le transport d'un défunt de Papeete sur Nuku Hiva s'évaluerait à près de 2,4 millions F CFP par un ATR 42.

Compte tenu du prix anormalement élevé pratiqué, et des conditions de transports proposés par la voie du fret, les membres de la mission préconisent que **ces tarifs soient réglementés afin de contenir les situations d'abus et les situations d'endettement des familles.**

De surcroît, quand le patient évasané des îles décède à Tahiti, le Maire de la commune de résidence du patient décédé se retrouve bien malgré lui « impliqué » dans le rapatriement de la dépouille, notamment par avion :

*« ... pour pouvoir ramener le corps, tous les gouvernements disent « non débrouillez-vous, il y a la CPS et vous pouvez le ramener par bateau ». Mais il faut se mettre dans la peau de ces familles qui veulent rapatrier rapidement leur dépouille chez eux. Et c'est là où on intervient et parfois je paie de ma poche, ces familles quand elles viennent devant toi, tu es un homme politique et ce sont tes administrés, tu ne vas pas les regarder sans rien faire... C'est humain, on a affaire à des administrés que tu vois tous les jours et quand il n'y a pas de moyens tu es obligé de sortir de ta poche en tant qu'élus. Donc, nous n'avons pas de dispositif digne de ce nom, s'il y a le bateau, il y a la CPS, on rembourse le cercueil, il y a 200 000 F pour payer mais quand le gars arrive... ces gens- là, ils veulent que ça arrive par avion pour saluer leur défunt... ».*

.....  
164) Voir article 6.4 de la convention armée n° 048-16 du 23 mai 2016 conclue avec la CPS.

## AXE 11

### SOUTENIR LES SECOURS SANITAIRES ASSUMÉS PAR LES COMMUNES

**55** Clarifier les missions d'assistance et de secours des services de secours



**56** Imputer les frais de déplacements des agents communaux pour l'accompagnement des évasans psychiatriques sur le fonds de continuité territoriale de transport interinsulaire

**57** Faire assurer l'accompagnement des évasans psychiatriques des non-résidents d'une commune par la gendarmerie

**58** Intégrer les sapeurs-pompiers communaux aux formations aux gestes d'urgence du CESU

**59** Imputer à la CPS la prise en charge des frais engagés par les communes réalisant des transports sanitaires

**60** Revoir la dotation du FIP aux communes réalisant des évacuations sanitaires



**61** Réactiver la commission d'évaluation des charges des compétences transférées aux communes

**62** Imputer à la CPS la prise en charge des frais engagés par les communes réalisant des services funéraires

#### 4.4) Les difficultés sociales soulevées par les évacuations sanitaires

Les évasans programmées comme d'urgence se justifient par le déplacement d'un patient qui ne peut disposer de l'offre de soins adéquate sur son lieu de résidence. Bien que la CPS finance la prise en charge des dépenses de transports et d'hébergement pour chaque régime (RGS, RNS et RSPF), des frais inhérents au séjour génèrent parfois des dépenses imprévues pour les familles qui n'en ont pas toujours les moyens dès lors que la maladie n'est pas prévisible. En effet, les auditions des maires, du CHPF comme de la Direction de la santé ont mis en évidence que les évacuations sanitaires peuvent se révéler coûteuses pour :

- ◇ Les patients dont les dates de consultations sont modifiées au dernier moment et impliquent de trouver un hébergement dans l'urgence faute de réservation faite par la CPS à l'Hospitel ou dans une pension de famille ;
- ◇ Les patients dont la prise en charge médicale s'inscrit pour une durée non initialement prévue ;
- ◇ Les femmes enceintes en provenance d'archipels éloignés qui doivent séjourner sur une longue période à Tahiti dans l'attente de leur accouchement ;
- ◇ L'avance des frais de nourriture lorsqu'ils sont hébergés dans les pensions d'accueil ;
- ◇ Les patients qui ne sont pas pris en charge par le CHPF mais par une clinique privée ;
- ◇ La prise en charge des déplacements entre la pension d'accueil et le CHPF ;

- ◇ Les usagers qui ne sont inscrits à aucun régime de protection sociale faute d'un renouvellement effectué dans les délais impartis ;
- ◇ L'avance des frais funéraires<sup>165</sup> ;
- ◇ La prise en charge du retour de patients décédés vers leur île d'origine par voie aérienne compte tenu des délais imposés par le transport maritime.

En outre, les circonstances d'urgence peuvent mettre en difficulté les familles qui doivent bien souvent s'organiser dans la précipitation pour la garde de leurs enfants et suspendre du jour au lendemain leur activité salariale ou économique.

En Polynésie française, il n'existe pas de prestations légales pour lutter contre la pauvreté ou garantir un minimum de revenu en cas de maladie chronique grave pour les personnes exerçant une activité non salariée, la seule prestation légale existante étant l'aide au handicap. Pour autant, des aides extra légales existent et sont directement gérées pour ce qui relève des évasans par la CPS pour les 3 régimes de prestations sociales (RGS, RNS et RSPF). La Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE) n'intervient que sur demande de la CPS lorsque celle-ci ne peut résoudre directement les problématiques sociales.

Le nature des aides sollicitées se révèle, dans la plupart des cas, être des aides alimentaires, vestimentaires (trousseau pour les nouveau-nés) et d'hygiène. Selon les auditions menées par les rapporteuses, ces aides sanitaires représentent une très faible part des dépenses du Fonds d'action sociale et sont allouées sur la base d'une évaluation menée par les travailleurs sociaux après enquête. Par ailleurs, plusieurs personnes auditionnées ont relaté des cas de patients ayant rencontré des difficultés d'hébergement le soir de leur arrivée à l'aéroport de Tahiti-Faa'a car les services administratifs de la CPS sont généralement fermés après 15 h 30. Des propos recueillis par nos rapporteuses démontrent des difficultés des personnes évasanées à accéder à un logement dédié.

Plusieurs gestantes auraient été amenées à dormir sur les bancs du CHPF alors que d'autres ont dû être hébergées par une représentante à l'assemblée, l'Hospitel ayant refusé de manière catégorique de les recevoir faute de réservation préalable effectuée par la CPS.

Par ailleurs, certains signalent l'occupation abusive de l'Hospitel par les internes de médecine alors qu'auparavant ils étaient hébergés à l'hôtel dans l'attente de trouver un logement. De ce fait, certains patients sont hébergés en pension sur Punaauia et Paea, où ils ne disposent d'aucun moyen de locomotion et sont excentrés par rapport au CHPF où ils doivent effectuer leurs examens et consultations programmés.



*Visite de l'Hospitel*

.....  
 165) En ce cas, la commission de secours apporte son soutien aux familles mais les délais de paiement auprès des fournisseurs sont longs (1 à 2 mois) dès lors que la dépense est imputée sur le budget du Pays et non sur le Fonds d'action social ce qui ne permet pas de mettre en place un partenariat commercial.

Ces situations, au demeurant regrettables, conduisent les rapporteuses à préconiser **la mise en place d'une ligne d'astreinte téléphonique** à toutes fins que les évacués sanitaires des îles puissent joindre depuis l'aéroport la CPS pour trouver une solution à ces difficultés.

Par ailleurs, s'agissant du rapatriement des défunts consécutif à une évacuation sanitaire, les délais de transport par voie maritime pour les habitants des îles éloignées de Tahiti ne permettent pas de retenir un délai raisonnable<sup>166</sup> pour que les familles puissent faire leur deuil.

En effet, la CPS ne prend en charge que les frais de rapatriement par voie maritime car il s'agit du moyen de transport le plus économique. Toutefois, les délais de transport proposés, selon le trajet à parcourir, apparaissent peu compatibles avec la douleur des familles qui éprouvent le besoin de se recueillir pour faire leur deuil.

Outre le fait que les délais par voie maritime peuvent s'avérer longs, même parfois très longs, en raison du décalage de leur départ, les conditions de transport peuvent également conduire à une altération physique du défunt pouvant donner lieu à des écoulements lors du débarquement selon les constats opérés par certains maires. Transportés dans un container non réfrigéré et avec le fret, les cercueils ne disposent pas de conditions optimales de transport.

Pour le transport en avion, les tarifs pratiqués dépendent de la distance et de la taille de l'aéronef et selon deux propositions mises en œuvre par Air Tahiti. Soit la famille du défunt affrète un avion spécialement pour toute la famille, et dans ce cas, il lui faudra payer le prix du charter en entier. Soit, il lui est proposé de transporter le cercueil selon une option plus économique par un vol régulier. Dans ce cas, la famille doit partager le vol avec d'autres voyageurs mais devra obligatoirement payer **8 places sur ATR 72 et 4 sur ATR 42, qu'elles soient occupées ou pas.**

Cette pratique commerciale a pour effet de forcer la vente de places d'avions alors que les familles peuvent n'être intéressées que par l'achat d'une seule place et a pour effet de renchérir le coût du transport du rapatriement du défunt. **En considération de la situation de monopole de fait d'Air Tahiti, cette vente semble relever d'un abus de position dominante de la société au sens du code de la concurrence applicable en Polynésie française.**

**Le transport de dépouille mortelle sur la compagnie Air Tahiti peut être réalisé sur un vol régulier ou un vol affrété privatisé :**

➔ **Transport sur vols réguliers**

Ces tarifs comprennent :

- ◇ Le transport de la dépouille mortelle ;
- ◇ Le transport de passagers accompagnateurs selon la répartition suivante : 8 sur ATR 72 et 4 sur ATR 42.

**Tableau 24 : Tarifs sur vols réguliers (TTC en XPF)**

	Moyenne Saison		Haute saison	
	ATR 72 600	ATR 42 600	ATR 72 600	ATR 42 600
<b>Tahiti - Moorea</b>	128 208	64 104	140 208	70 104
<b>Tahiti - Huahine</b>	332 208	166 104	375 408	187 704
<b>Tahiti- Raivavae</b>	677 808	338 904	773 808	386 904
<b>Tahiti - Hao</b>	730 608	365 304	833 808	416 904
<b>Tahiti - Nuku Hiva</b>	807 408	403 704	922 608	431 304

.....  
166) Des familles résidant aux Australes ont eu à attendre près d'un mois avant de réceptionner le cercueil de leur défunt. En ce cas, les affaires sociales, après évaluation sociale, peuvent apporter une aide à la prise en charge du transport aérien du défunt.

Les tarifs communiqués peuvent être amenés à être révisés dans le cas d'une modification du programme de vols réguliers.

### → **Transport sur vols affrétés**

Les tarifs ci-dessus sont communiqués à titre indicatif par Air Tahiti. Le tarif définitif de chaque affrètement est défini après une étude de faisabilité réalisée par les équipes techniques d'Air Tahiti prenant en compte les éléments suivants :

- ◇ la disponibilité des aéronefs et des équipages ;
- ◇ les contraintes opérationnelles et d'exploitation.

**Tableau 25 : Tarifs sur vols affrétés (aller simple)**

	<b>ATR 72 600</b>	<b>ATR 42 600</b>
<b>Tahiti/Moorea</b>	<b>340 000</b>	<b>330 000</b>
<b>Tahiti/Huahine</b>	<b>980 000</b>	<b>875 000</b>
<b>Tahiti/ Raivavae</b>	<b>1 750 000</b>	<b>1 250 000</b>
<b>Tahiti/Hao</b>	<b>1 820 000</b>	<b>1 640 000</b>
<b>Tahiti/Nuku Hiva</b>	<b>2 200 000</b>	<b>1 900 000</b>

Compte tenu de la récurrence des demandes d'aides adressées à la DFSE par les particuliers ou auprès des Maires, pour bénéficier d'une aide au transport aérien, les membres de la mission préconisent de réglementer les tarifs et d'imputer ces dépenses sur le fonds de continuité de transport interinsulaire.

## **AXE 12**

### **ATTÉNUER LES DIFFICULTÉS SOCIALES SOULEVÉES PAR LES ÉVACUATIONS SANITAIRES**

**51** Instaurer un numéro d'appel d'astreinte à la CPS dédié à la gestion des situations d'urgence des évasans

**52** Réglementer les tarifs de transport par voie aérienne des dépouilles et imputer ces dépenses sur le Fonds de continuité du transport insulaire sanitaire

**53** Maintenir les droits sociaux des personnes décédées pour assurer la gestion des frais funéraires et de rapatriement

**54** Améliorer la prise en charge des patients évasanés aux urgences du CHPF







# **PARTIE 3**

**QUELS REMÈDES POUR TENDRE  
VERS UNE ÉGALITÉ TERRITORIALE  
DE L'ACCÈS AUX SOINS  
DANS CHAQUE ARCHIPEL ?**

Le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 proclamait, au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale, les principes économiques et sociaux nationaux et la quasi-totalité des normes constitutionnelles en matière sociale. Ainsi, l’alinéa 11 consacre le droit à la protection de la santé : « **La Nation garantit à tous, notamment à l’enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l’incapacité de travailler a le droit d’obtenir de la collectivité des moyens convenables d’existence.** »

Reconnu comme un objectif à valeur constitutionnelle, le droit à la protection de la santé génère des impacts en termes de solidarité car il oblige l’État à garantir à toute personne sur le sol national « un accès égalitaire aux soins nécessités par son état de santé, sans discrimination ». Mais, l’existence d’inégalités territoriales d’accès aux soins en Polynésie française rend délicate la mise en œuvre de ce droit.

Et dans un contexte de difficultés financières à laquelle la PSG est confrontée, « ces problématiques d’accès aux soins pourraient, à terme, remettre en cause le principe de solidarité sur lequel repose actuellement notre système de santé »<sup>167</sup>. Sur un territoire aussi immense que l’Europe, ces inégalités en santé sont à l’origine de la croissance continue des transferts sanitaires. Leur réduction constitue une priorité de la politique sanitaire de la Polynésie française.

C’est ainsi que le 16 février 2016, l’assemblée adoptait deux textes majeurs inscrivant dans la durée la politique sanitaire de la Polynésie. Il s’agit des « Orientations stratégiques de la politique de santé de la Polynésie française 2016-2025 »<sup>168</sup> et du « Schéma d’organisation sanitaire de la Polynésie française 2016-2021 »<sup>169</sup>. Ils posent comme principe la nécessité de mener des réformes profondes qui devront être admises et partagées par tous car les réponses actuelles aux problèmes sanitaires sont jugées insuffisantes et peu efficaces pour le maintien de l’équité en santé. L’état des lieux qu’ils dressent est sans concession :

➔ « *Les écarts se creusent entre les différentes offres de soins et dans les niveaux de prestations fournis. L’offre de proximité de premier niveau est la plus touchée. **Soumises aux contraintes géographiques, les inégalités d’accès sont accentuées dans les îles éloignées, avec la dégradation des moyens liée à la crise économique.** Le drainage des moyens vers l’hôpital de Taaone a eu un effet négatif indirect sur l’offre de proximité. Si les missions de consultations avancées des spécialistes du CHPf se poursuivent, les missions de santé publique dans les îles éloignées se réduisent... **Le travail en réseau est quasi inexistant** faute de pilotage, de cadre institutionnalisé et de porteurs. **L’urgence est à la maîtrise des dépenses et la recherche de financement** pour relancer le développement de la santé.* »

Or, les surcoûts structurels du dispositif des transferts sanitaires sont difficilement compressibles. Ils sont essentiellement supportés par le Pays et les communes. Si les autres collectivités d’outre-mer bénéficient des moyens hélicoptères déployés dans l’Hexagone, ce n’est pas le cas en Polynésie française où la PSG paie les prestations fort onéreuses des forces armées, sollicitées dans le cadre d’évasans d’urgence dans des îles éloignées et difficiles d’accès.

.....  
167) Le droit à la protection de la santé dans l’alinéa 11 du Préambule de 1946 : les impacts en termes de solidarité - 05/12/16 - Marion Girer : Maître de conférences HDR en droit. Faculté de droit, IFROSS recherche, université de Lyon, université Jean-Moulin Lyon 3, 18, rue Chevreul, 69007 Lyon, France.

168) Délibération N° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé. Avec ses quatre axes majeurs, ces Orientations stratégiques fixent pour la prochaine décennie le cadre de la politique de santé de la Polynésie à partir duquel sont élaborés le schéma d’organisation sanitaire ainsi que la réforme de la PSG en cours de construction.

169) Délibération N° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d’organisation sanitaire 2016-2021. Ce SOS est opposable aux tiers (administrations, établissements de santé, CPS, professionnels de santé et usagers). Son élaboration en 2015 est liée au retour de l’État au financement de la PSG par l’attribution d’une dotation annuelle de 12 millions € (1,4 milliard FCFP) destinée au régime de solidarité territoriale. Il prévoit 6 axes majeurs fixant la politique quinquennale de santé dont 3 impactent directement l’offre de soins et l’organisation des évasans dans les îles éloignées.

En dépit des dispositions constitutionnelles qui font de la protection de la santé un droit fondamental et de la loi EROM qui oblige l'Etat à concourir au travers des plans de convergence à l'égalité réelle, les Polynésiens apparaissent clairement à ce jour comme des citoyens de seconde zone exclus du bénéfice de ces droits fondamentaux en comparaison de leurs compatriotes ultramarins ou nationaux. Cette situation défavorable qui déroge à la devise égalitaire de la République, ne peut durer.

### **Les principes de solidarité nationale de la République imposent une continuité sanitaire dont la charge finale incombe à l'État français au nom du principe de « l'égalité des citoyens pour l'accès aux soins de base ».**

Par conséquent, dans une collectivité territoriale de 5,5 millions de km<sup>2</sup> aussi grande que l'Europe, il est du devoir de l'État de concourir à empêcher des morts évitables, de diminuer les pertes de chance des patients des îles éloignées ou difficiles d'accès en participant financièrement et techniquement à l'amélioration des modalités d'accès à l'offre de soins.

Si, au fil du temps, des solutions pérennes ou conventionnelles ont été amenées à certaines problématiques d'offre et d'accès aux soins, beaucoup ne sont pas encore résolues alors que des préconisations et des solutions ont été formulées depuis plusieurs années. Les rapporteuses estiment indispensables de mettre en œuvre les « Orientations stratégiques de la politique de santé de la Polynésie française 2016-2025 », le « Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2016-2021 » ainsi que le rapport IGAS, IGA, IGF de 2018 qui s'inscrit en faveur de la Polynésie française.

C'est d'ailleurs à la demande du Président de la Polynésie française que les ministres des solidarités et de la santé, des outre-mer et de l'action et des comptes publics<sup>170</sup>, ont conjointement sollicité le 23 mai 2018 auprès des 3 inspections générales<sup>171</sup> IGAS, IGA et IGF, la réalisation d'un diagnostic partagé de la situation de la PSG et la définition d'un plan d'actions en matière de solidarité et de santé. Il est essentiellement motivé par la nécessité de poursuivre le soutien financier de l'État à l'équilibre des comptes financiers de la PSG au-delà de l'exercice 2019 et de définir le nouveau cadre conventionnel entre l'État et la Polynésie française en 2020. Ce rapport doit notamment permettre :

- ◆ D'identifier et d'analyser les surcoûts qu'engendrent la situation géographique et archipélagique singulière de la Polynésie française, la prévalence accrue de certaines pathologies et le sur-risque liés à la pauvreté relative ;
- ◆ D'aboutir à des recommandations pour conforter les équilibres financiers de la PSG ;
- ◆ De garantir l'effort de solidarité nationale de l'État au bénéfice de la Polynésie française pour surmonter ces handicaps structurels.

Après avoir souligné que les surcoûts de la situation géographique de la Polynésie sont difficilement évaluables sauf pour les évasans, les inspecteurs généraux concluent à une augmentation naturelle des évasans inter-îles pour avoir accès à l'offre sanitaire sur le constat :

- ◇ D'une **insuffisance de l'offre de soins dans les îles éloignées de Tahiti**<sup>172</sup> en raison de la forte dispersion géographique et démographique de la Polynésie française ; le maillage des médecins est insuffisant alors que celui des infirmières est acceptable ;
- ◇ Des **difficultés organisationnelles à y implanter des professionnels de santé** (densité insuffisante malgré la possibilité de conventionnement de médecins dans la zone 5)<sup>173</sup> ;

.....  
170) M<sup>me</sup> Agnès BUZYN, M<sup>me</sup> Annick GIRARDIN, et M. Gérald DARMANIN

171) Inspection générale de l'administration, inspection générale des affaires sociales et inspection générale des finances)

172) 6 établissements hospitaliers sur 9 sont concentrés sur Tahiti et les 3 hôpitaux périphériques situés à Moorea, Uturoa et aux Marquises ne disposaient pas des moyens techniques suffisants pour répondre aux besoins sanitaires de la population permettant de limiter les évasans au CHPF liées aux chimiothérapies, mammographes. Depuis lors un mammographe a été installé aux Marquises mais selon les auditions des maires, **les examens restent principalement au bénéfice des résidents sur île de Nuku Hiva, lieu d'implantation de l'hôpital Louis Rollin.**

173) La Polynésie française ne forme pas de professionnels de santé pour ses propres besoins et a recours à des recrutements de professionnels venus de métropole dont l'éloignement familial combinés à des obstacles de pratique en milieu insulaire fragilise leur engagement et influe sur leur lieu d'exercice.

- ◇ De la **prépondérance du CHPF** qui est le seul établissement hospitalier à disposer d'un panel complet des disciplines médicales et chirurgicales en Polynésie française et le seul établissement ayant vocation à accueillir et à prendre en charge toutes les urgences et en particulier les plus lourdes engageant le pronostic vital des usagers.

De ce fait, le rôle et la place du CHPF en qualité d'établissement de recours unique sur l'espace polynésien apparaissent essentiels pour répondre aux besoins des évasans inter-îles qu'elle qu'en soit la nature, la gravité ou l'urgence.

## 1) CONFORTER LES ÉQUILIBRES FINANCIERS DE LA PROTECTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE (PSG)

La PSG instituée en 1994 a permis d'instaurer la couverture sociale de tous les Polynésiens en leur donnant droit aux soins, en subvenant aux besoins des personnes dépendantes et en organisant une solidarité à l'endroit des familles nécessiteuses. Cette protection sociale est rendue possible par l'existence de trois régimes sociaux dont les financements diffèrent<sup>174</sup>. Mais sa situation demeure fragile en dépit des premières réformes entreprises. Les dépenses de l'assurance maladie continue de progresser même si elles semblent contenues en dessous de 3,9 % grâce à une augmentation du taux de cotisation de 0,66 points pour les salariés, et le retour progressif à l'équilibre de l'assurance vieillesse n'est rendu possible que par une nouvelle hausse du taux de cotisation de la tranche A (+ 0,64 points) qui le porte à 22 %.

Depuis 2016, suite à l'adoption par l'assemblée de la Polynésie française des délibérations portant approbation des Orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé et du Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021, l'État est revenu au financement de la PSG. Cependant, **les rapporteurs estiment insuffisante la participation financière de l'État au vu du lourd tribut en maladies radio-induites payé par la CPS après 30 années d'essais nucléaires**<sup>175</sup>. Pour ne prendre que le cancer du sein chez la femme polynésienne, il représente à lui seul avec une moyenne de 180 nouveaux cas par an, le tiers des nouveaux cas de cancer et la première cause de mortalité féminine.

C'est pourquoi les rapporteurs agréent au vœu N° 2/2021 relatif au fait nucléaire exprimé par l'ensemble de la société civile au CESEC le 3 juin 2021, lequel sollicite l'État la prise en charge des frais médicaux des patients polynésiens porteurs de cancers radio-induits<sup>176</sup>. **Ces frais imputables à l'auteur des préjudices sont jusqu'à aujourd'hui financés par les différents régimes sociaux polynésiens.** Le CESEC formule le vœu légitime que les dépenses liées aux maladies radio-induites soient prises en compte par l'État. Il s'agit en l'occurrence :

- ◆ « Du remboursement des dépenses engagées par la CPS : 80 milliards de F CFP (environ 670 millions d'euros) ;
- ◆ De la prise en charge des services d'oncologie : 5,2 milliards de F CFP par an (environ 43,576 millions d'euros/an) ».

Ces remboursements et prises en charge par l'État des pathologies cancéreuses radio-induites s'ils amélioreront de manière indubitable les comptes financiers fragiles de la PSG, répareront surtout une injustice.

174) Ainsi, les régimes des salariés (RGS) et des non-salariés (RNS) sont essentiellement financés par les cotisations patronales et salariales tandis que le régime de solidarité (RST) est financé par une subvention du Pays et la fiscalité.

175) 193 essais dont 41 atmosphériques de 1966 à 1996.

176) Ce vœu dit notamment que : « La France, à travers la loi Morin de 2010, a reconnu que les essais nucléaires avaient eu des conséquences sanitaires importantes et qu'elle devait réparation afin d'amorcer la réconciliation avec les Polynésiens, force est de constater que le but fixé par ladite loi est très loin d'être atteint. La CPS a assumé toutes ses responsabilités quant à la prise en charge médicale ou accidentelle de tous les résidents polynésiens atteints d'une des 23 maladies radio-induites de la loi Morin, pour un montant cumulé évalué à 80 milliards de F CFP (670 millions d'euros), et même au-delà en prenant en charge les maladies radio-induites non encore reconnues telles de nombreuses maladies cardiovasculaires. La CPS couvre ainsi chaque année, pour 5,2 milliards de F CFP (43,576 millions d'euros), les dépenses des services d'oncologie, et la prise en charge des malades ».

Par ailleurs, en surcroît des inégalités territoriales d'accès aux soins, l'existence d'inégalités socioéconomiques d'accès aux soins incite les rapporteuses à proposer la mise en place d'un dispositif destiné à lutter contre les exclusions et à **assurer aux Polynésiens en situation de précarité, notamment aux ressortissants du régime de solidarité et ceux en fin de droits, une couverture optimale de leurs besoins sanitaires et sociaux.**

L'Axe 1 des « Orientations stratégiques 2016-2025 » propose de moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social polynésien. Il prévoit notamment **une loi annuelle de finances sociales traduisant les orientations de santé** et regroupant l'ensemble des crédits destinés au financement de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale. Ainsi, les allocations et répartitions de crédits de cette enveloppe seront bien identifiées.

Cette loi de finances permettra d'une part de garantir les financements, la transparence, la maîtrise des dépenses de santé, l'équilibre financier, d'autre part d'améliorer les prestations aux usagers du système de santé et enfin d'anticiper les nouveaux besoins. Les rapporteuses y voient notamment l'opportunité **de singulariser le financement des CSA et des évasans** bien que cet objectif de loi annuelle sociale et sanitaire ne soit pas encore effectif 5 ans après l'adoption de la délibération.

## AXE 13

### CONFORTER LES ÉQUILIBRES FINANCIERS DE LA PSG ET LA COUVERTURE MÉDICALE DES POLYNÉSIENS



**51** Faire rembourser et prendre en charge par l'État les frais médicaux des patients atteints de cancers émergeant à la liste des maladies radio-induites de la loi Morin ;

**52** Organiser une couverture médicale à 100 % du territoire pour les Polynésiens en situation de précarité ;

**53** Instaurer une loi annuelle de finances sanitaires et sociales votée par l'assemblée lors de la prochaine session budgétaire.

## 2) OPTIMISER LA GOUVERNANCE SANITAIRE ET L'ORGANISATION DES SOINS

Depuis plusieurs décennies, l'organisation de la santé publique en Polynésie est bicéphale avec d'un côté le CHPF et de l'autre les formations sanitaires de la Direction de la santé. Dans un pays de 280 000 habitants disséminés dans cinq archipels, cette organisation est inadaptée aux problématiques sanitaires que connaît la Polynésie.

C'est pourquoi la réforme de l'offre hospitalière au niveau territorial prévue dans le premier Axe des « Orientations stratégiques 2016-2025 » est pertinente. Elle devra commencer par la mutualisation des laboratoires de biologie de l'Institut de recherches Louis Malardé, des hôpitaux d'Uturoa et de Taiohae et celui du CHPF. Cette injonction n'est pas encore exaucée depuis 2016 alors qu'elle permettrait de poser les premiers jalons d'un futur service public hospitalier unifié. Les rapporteuses exhortent le ministre de la santé à réaliser cet objectif dans les plus brefs délais.

En complément, l'Axe 1 du **Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) de la Polynésie française 2016-2021** consacre la restauration de l'Autorité du Pays par la création de l'Établissement Polynésien de soins primaires qui regroupera l'ensemble des structures publiques de santé de soins primaires et de prévention sans hébergement de la Direction de la Santé. Elle décloisonnera l'organisation et le

fonctionnement des structures actuelles. Elle est censée assouplir les modalités de gestion quotidienne, accroître les rotations des personnels de santé et **améliorer l'offre de soins dans les formations sanitaires périphériques**.

Ce futur établissement public qui n'a toujours pas vu le jour malgré un calendrier fixé dès promulgation du SOS, définit une organisation territoriale autour de subdivisions archipélagiques en 2016 et le transfert de l'ensemble des moyens afférents en 2017.

Pour éviter la reproduction future d'une organisation bicéphale avec d'un côté l'établissement hospitalier unifié regroupant le CHPF et les hôpitaux publics périphériques et de l'autre l'Établissement polynésien de soins primaires, les rapporteuses recommandent que ce dernier soit intégré à l'établissement hospitalier unifié de manière à ce qu'il soit à égalité de moyens avec les établissements hospitaliers. Cette fusion du service public sanitaire en Polynésie participera à la mutualisation et à l'optimisation des moyens disponibles, au partage des compétences, d'outils et d'informations afin de répondre à la continuité des soins et à une prise en charge sanitaire globale à l'échelle du Pays.

L'unification du **service hospitalier public polynésien** planifiée dès la promulgation du SOS est censée créer une communauté hospitalière entre les hôpitaux de Taaone, d'Uturoa, de Taravao et de Taiohae à qui l'ensemble des moyens afférents sera transféré en 2017. Cette communauté hospitalière unique permettra selon le CESC<sup>177</sup> de **mieux organiser les flux de patients et de praticiens entre ces établissements, et d'améliorer la coordination des décisions concernant les transports sanitaires et les consultations avancées**.

Ce futur centre hospitalier public unifié n'a pas encore vu le jour. Et les quatre hôpitaux périphériques de Taravao, Moorea, Uturoa et Taiohae, parents pauvres du système de santé polynésien, continuent leur décrochage avec :

- ◇ Des problématiques de gestion, de gouvernance, de sous-financement et d'absence de stratégie ;
- ◇ Des contraintes structurelles relatives à leur desserte, à leur attractivité et à la taille du bassin d'attraction ;
- ◇ Une activité déclinante et une productivité faible ;
- ◇ Un financement inadapté au prix de journée depuis 1995 ;
- ◇ Un manque de réactivité sur le recrutement, les opérations de maintenance, *etc*<sup>178</sup>.

La refonte des hôpitaux publics périphériques est à considérer « en articulation avec le CHPF, soit sous forme de fusion, soit via une mise en réseau et une coopération étroite sur un certain nombre de missions » concluait le document du SOS. La voie de la fusion est, selon les rapporteuses, la meilleure des options afin de placer les hôpitaux périphériques ainsi que le futur Établissement polynésien de soins primaires à égalité de droits avec le CHPF.

Cette fusion est d'importance pour améliorer non seulement l'organisation des CSA et des transferts sanitaires mais également l'offre de soins dans les îles éloignées. Et le statut de cette future entité devrait être celui d'un établissement public autonome plutôt que celui d'un simple service hospitalier unifié, son financement devra figurer en toute transparence dans la loi annuelle de finances sociales et sanitaires.

.....  
177) Avis N° 41/2015 du CESEC sur le projet de délibération portant approbation par l'Assemblée de la Polynésie française du Schéma d'organisation sanitaire 2015-2020. Consulté par saisine du Président de la Polynésie française en date du 22 octobre 2015, cet avis a été examiné puis adopté en commission le 18 novembre 2015 et en assemblée plénière le 19 novembre 2015.

178) Selon le diagnostic sanitaire établi par le rapport du SOS.

**L'axe 3 du SOS a pour objectif d'adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins.** Ainsi, le sous-axe 3.5.5. prévoit de mettre en place un réseau de santé périnatal piloté par la maternité de référence du CHPF, en vue de formaliser la coordination des prises en charge des grossesses et des accouchements<sup>179</sup> notamment interinsulaires.

La mise en place des missions de CSA gynéco-obstétricales<sup>180</sup> depuis 2004 à l'initiative du CHPF a ainsi permis d'éviter des décès lors d'accouchements, ce qui n'était pas le cas auparavant. Très peu d'évasans d'urgence obstétricale sont à constater dans les îles desservies par des CSA, celles-ci surviennent très souvent dans les îles dépourvues de CSA c'est-à-dire les ISLV et Moorea d'autant que les évasans programmées y sont organisées à partir de 38 semaines au lieu de 37 préconisées par le CHPF ce qui génère près de 10 % d'évasans d'urgence par an et donne lieu parfois à des accouchements inopinés dans des lieux inadaptés (avion, bateau, ambulance, voiture).

La prise en charge des grossesses des ISLV est effectuée par les obstétriciens de l'hôpital d'Uturoa qui définissent leur propre protocole et notamment le terme de grossesse auquel les gestantes doivent se déplacer à Tahiti. Les évasans d'urgence des parturientes de Moorea nécessitent la mobilisation d'une équipe du SMUR toujours composée d'une sage-femme et un délai minimum de 2 heures en bateau de jour, ou par un vecteur aérien de nuit.

Pour adapter au mieux la prise en charge de la mère et de l'enfant et éviter au maximum le dernier recours aux évasans en urgence, les rapporteuses recommandent d'instaurer officiellement ce réseau de santé périnatal piloté par la maternité et le service de néonatalogie de référence. L'un des bénéficiaires immédiats est l'harmonisation du terme de la fin de grossesse avec chaque formation sanitaire et l'instauration par les praticiens hospitaliers de protocoles obstétricaux et gynécologiques communs à toutes les formations sanitaires publiques.

Ce réseau périnatal permettra de faire baisser le nombre d'évacuations sanitaires urgentes. La création d'un centre hospitalier public unifié auquel se joindrait le futur établissement de soins primaires offrira les conditions favorables à l'officialisation de ce réseau périnatal qui existe de manière informelle depuis une trentaine d'années.

## AXE 14

### OPTIMISER LA GOUVERNANCE SANITAIRE ET L'ORGANISATION DES SOINS



**70** Bâtir l'Établissement Polynésien de soins primaires

**71** Regrouper tous les hôpitaux publics ainsi que le futur Établissement polynésien de soins primaires en un seul et unique Établissement hospitalier et sanitaire public

**72** Mutualiser les laboratoires et pharmacies publics

**73** Officialiser le réseau périnatal polynésien piloté par le département mère-enfant du CHPF

179) À ce jour, selon le protocole de la CPS, la femme enceinte résidant dans les îles bénéficie à l'issue de la première consultation (CSA la plupart du temps), d'une évasan dans la structure médicale de son archipel de résidence pour effectuer sa première échographie. Elle détient le planning de ses futures consultations jusqu'à l'accouchement. Puis, avant le 8e mois de grossesse, elle bénéficie d'une évasan programmée pour l'accouchement.

180) À ce jour, les CSA retiennent à 10 % de l'activité obstétricale du CHPF et correspondent à un suivi de 200 à 250 femmes enceintes par an sur un total de 2500.

### 3) RENFORCER LA PRÉVENTION SANITAIRE

Les évasans sont la conséquence du mauvais état de santé de la population polynésienne dont 1 habitant sur 6 est en longue maladie. Pour diminuer leur nombre ou la gravité des pathologies les motivant, la prévention sanitaire joue un rôle important à long terme. La prévention primaire opère en amont de la maladie, la prévention secondaire intervient à un stade précoce de son évolution et la prévention tertiaire s'attache aux complications et aux risques de récives. En renforçant la prévention, la politique sanitaire œuvre à stopper l'évolution exponentielle des patients en longue maladie, voire à en diminuer le nombre.

L'Axe stratégique 3 centre la politique sanitaire sur la prévention et la promotion de la santé à long terme. La promotion de la santé n'est pas l'affaire du seul ministre de la santé mais d'une collaboration interministérielle de manière à ce que les politiques sectorielles soient cohérentes avec les concepts et les objectifs de santé, en particulier dans les luttes contre le tabagisme, l'alcoolisme **où les objectifs économiques contrecarrent souvent ceux de la santé publique**. La priorité est réservée à la réduction du surpoids et de la prévalence des maladies évitables telles que l'obésité, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires.

En Polynésie, les maladies dites de civilisation constituent effectivement un enjeu sanitaire et économique majeur car elles représentent les principales causes de mortalité prématurée (40 % des décès avant 65 ans) et des dépenses de santé. Elles sont responsables de l'augmentation exponentielle du nombre de patients en longue maladie qui a quadruplé en 10 ans, lesquels patients sont également **les principaux bénéficiaires d'évacuations sanitaires**.

Pour ne prendre que l'exemple de la maladie diabétique, le nombre de patients diabétiques a quadruplé depuis 1995 dès lors que 48 % des familles polynésiennes consomment 19 millions de litres de soda par an, en particulier les jeunes enfants et les adolescents qui, fidélisés dès le plus jeune âge à la consommation de ces sodas sucrés, sont prédisposés à devenir, à l'âge adulte, de futurs obèses et diabétiques à moins que ce ne soit déjà le cas.

Pour leur part, si elles agréent entièrement aux directives du SOS en faveur de la prévention et de la promotion de la santé, **les rapporteuses souhaitent que la lutte contre le diabète fasse l'objet d'une stratégie plus audacieuse de taxation et de réduction du taux de sucre dans les aliments et boissons sucrés ainsi que dans les produits lactés locaux**, à l'instar des dispositions de la loi n° 2013-453 du 3 juin 2013 visant à garantir la qualité de l'offre alimentaire en outre-mer, dite loi LUREL, imposant que les aliments vendus dans les Outre-mer ne contiennent pas un taux de sucre supérieur à celui observé en France métropolitaine.

Pour canaliser cette évolution sanitaire catastrophique, la fiscalité comportementale avait été privilégiée dans la loi du pays portant diverses mesures fiscales pour le financement des actions de prévention en matière de santé publique, adoptée le 6 décembre 2018 par l'assemblée de la Polynésie française. Cette loi du pays modificative du régime de la taxe de consommation pour la prévention (TCP) prévoyait l'accroissement de la pression fiscale sur les produits sucrés en l'ajustant selon la teneur en sucre, tout en préservant les industries locales. Elle devait entrer en application le 1<sup>er</sup> juillet 2019.

Mais, entre-temps, cette loi a été abrogée par la loi du pays portant modification du régime de la taxe de consommation des produits sucrés pour la prévention<sup>181</sup> votée le 27 juin 2019 au motif de ne pas « affecter la compétitivité des entreprises implantées en Polynésie française, pourvoyeuses d'emplois »<sup>182, 183</sup>. **La nouvelle loi prévoyant des abattements de 50 % pour les autres produits avec sucres ajoutés, constitue par conséquent une régression.**

.....  
181) Rapport N° 52-2019/APF sur le projet de loi du pays portant diverses mesures fiscales pour le financement des actions de prévention en matière de santé publique.

182) Rapport N° 52-2019 sur le projet de loi du pays portant modification du régime de la taxe de consommation pour la prévention.

183) Compte-rendu intégral de la 5<sup>ème</sup> séance plénière de la session administrative du jeudi 27 juin 2019, p. 32-40.



Par ailleurs, dans sa décision N° 90-283 DC du 8 janvier 1991, le Conseil constitutionnel a estimé que le 11ème alinéa du préambule de 1946 octroie un droit à la protection de la santé et que ce droit est de nature à justifier l'interdiction de la publicité directe ou indirecte en faveur du tabac.

D'autre part, tant aux Marquises qu'aux Îles Sous-le-Vent, les équipes soignantes ont sensibilisé les rapporteuses aux cas sporadiques de leptospirose dont les complications sont gravissimes, voire mortelles, et de la nécessité d'informer régulièrement les agriculteurs-éleveurs sur le port de bottes obligatoires.

## AXE 15

### RENFORCER LA PRÉVENTION SANITAIRE



74

Légiférer sur une diminution du taux de sucre dans les aliments vendus en Polynésie française et revenir à une fiscalité comportementale plus dissuasive

75

Interdire la publicité directe ou indirecte en faveur des produits et boissons sucrés, du tabac et de l'alcool, au titre du droit à la protection de la santé

76

Prendre des mesures en faveur des agriculteurs dans tous les archipels afin de réduire les cas gravissimes de leptospirose

## 4) AMÉLIORER LE TRANSPORT SANITAIRE

Au niveau des Îles du Vent, le renforcement des rotations héliportées de Moorea et Taravao vers le CHPF inscrit dans l'axe 2 du SOS 2016-2021 est devenu effectif depuis la mise aux normes de l'hélistation du CHPF en 2015. Pour autant, le CESEC estime regrettable que cette infrastructure n'ait pu être mise en service depuis 2010 à l'ouverture de l'hôpital du Taaone. « *Ceci aurait sans doute évité un surcoût (transports terrestres et maritimes, entretien de surfaces et d'équipements non utilisés...), mais surtout la perte de chance de survie qu'ont peut-être eue certains patients* » concluait-il.

Si ces rotations par hélicoptères ont effectivement lieu depuis, néanmoins les vols de nuit sont entravés par l'absence d'astreintes de contrôleurs aériens des corps de l'État à Moorea. Or, le bassin de population de la Presqu'île compte 32 000 habitants et Moorea 18 000 résidents avec un doublement de sa population pendant les fêtes, les vacances et les week-ends.

Outre le renforcement de l'accès aux soins primaires et la mise en place de rotations sur les îles sans offre, le sous-axe 2.4.4. privilégie de réduire les transports sanitaires en majorant la coordination des évasans et par le biais de la réintégration partielle des budgets transports dans les hôpitaux (notamment au sein du Service polynésien hospitalier). Il prévoit de rapprocher la décision budgétaire du donneur d'ordre, responsable de la filière et d'encadrer la tarification et l'offre de transport aérien, maritime et terrestre. Les rapporteuses considèrent que **cette coordination des évasans tant programmées qu'urgentes à l'échelle de la Polynésie doit être confiée entièrement au SAMU.**

Par ailleurs, bien que la convention d'objectifs et de moyens alloue une dotation spécifique pour le financement des CSA pour diminuer les évasans programmés et d'urgence, cette dotation n'a pas permis de diminuer le nombre d'évasans inter-îles qui n'a cessé de progresser ces dernières années sur un bassin de population hors Tahiti évalué à 80 000 habitants<sup>184</sup> comme suit :

.....  
184) Selon le recensement de 2017 la PF comprend 275 918 hab. répartis comme suit : l'archipel des îles du vent (Tahiti-Moorea : 207 333 hab.), des îles-sous-le Vent (35 393 hab.), des Tuamotu-Gambier (16 881 hab.), des Australes (6 965 hab.), des Marquises (9 346 hab.).

Tableau : Nombre et montant des évéasans inter-îles sur les exercices 2015-2017

	2015			2016			2017		
	Nb de patients	Nb d'évéasans	Montant évéasan pris en charge	Nb de patients	Nb d'évéasans	Montant évéasan pris en charge	Nb de patients	Nb d'évéasans	Montant évéasan pris en charge
TRANSPORTEUR-AVION	12 333	20 821	1 338 903 381	12 981	22 209	1 475 073 057	13 280	23 513	1 396 119 828
TRANSPORTEUR-BATEAU	3 458	9 092	59 151 295	3 595	9 229	67 296 205	4 018	10 913	74 526 887
TRANSPORTEUR-HÉLICOPTÈRE	98	99	21 900 000	209	214	43 188 680	34	34	5 775 000
TRANSPORTEUR-VÉHICULE LÉGER	1 176	1 948	16 666 866	1 358	2 266	18 408 780	1 472	2 460	20 521 130
AUTRES	94	95	106 400	87	95	75 600	143	164	216 170
<b>TOTAL TRANSPORTS (HORS FORFAITS AIR ARCHIPEL)</b>	<b>17 159</b>	<b>29 300</b>	<b>1 436 727 942</b>	<b>18 230</b>	<b>31 001</b>	<b>1 604 042 322</b>	<b>18 947</b>	<b>33 522</b>	<b>1 497 159 015</b>
<b>HÉBERGEMENTS ET FUNÉRAIRES</b>	<b>2 152</b>	<b>3 199</b>	<b>154 431 098</b>	<b>2 406</b>	<b>3 653</b>	<b>180 529 602</b>	<b>2 478</b>	<b>3 911</b>	<b>181 717 790</b>
<b>TOTAL GLOBAL</b>	<b>14 966</b>	<b>29 347</b>	<b>1 591 159 040</b>	<b>15 743</b>	<b>31 052</b>	<b>1 784 571 924</b>	<b>16 272</b>	<b>33 567</b>	<b>1 678 876 805</b>

Source : CPS

En 2017, le montant des dépenses engagées par la CPS pour les évéasans interinsulaires s'élève à 1,831 milliard F CFP. Pour diminuer leurs coûts et surcoûts, le rapport établi en 2018 par les administrations centrales préconise **la prise en charge par l'État d'une partie du surcoût des frais de transport des évéasans inter-îles**<sup>185</sup>

De surcroît, en ce qui concerne les évéasans d'urgence, les moyens civils ne suffisent pas à couvrir les besoins de transfert et la facture de transports urgents pour l'année 2016 est répartie presque pour moitié entre les moyens civils et les moyens militaires, alors que ces derniers n'ont représenté qu'un peu plus de 10 % des évéacuations<sup>186</sup> :

Tableau : Prise en charge en 2016 des urgences médicales inter-îles par des moyens civils ou militaires

	Vecteur	Heures de vol	coût CFP	coût €
<b>Moyens civils</b>	Beechking 200	1 144	339 480 000	2 844 836
	Écureuil	52	15 600 000	130 728
	<b>Total</b>	<b>1 196</b>	<b>355 080 000</b>	<b>2 975 564</b>
<b>Moyens militaires</b>	Casa	119	100 780 743	844 541
	Guardian	13	36 305 373	304 238
	Dauphin	129	177 721 265	1 489 301
	<b>Total</b>	<b>261</b>	<b>314 807 381</b>	<b>2 638 080</b>
<b>Total</b>		<b>1 457</b>	<b>669 887 381</b>	<b>5 613 644</b>

Source : CHPF

.....  
185) Recommandation n° 18 du rapport de synthèse.

186) La facture de chaque transport militaire est établie sur la base des coûts horaires de l'instruction interministérielle 120 du 1<sup>er</sup> octobre 2015 conformément au tarif horaire suivant : 1 h de Gardian : 2 792 703 F CFP (24 403€); 1h de Casa: 846 892 F CFP (7 097€); 1h de Dauphin: 177 676 F CFP.

En effet, il n'y a pas, contrairement aux DOM et à la Nouvelle-Calédonie, d'hélicoptères de sécurité civile ou de gendarmerie disponibles. Mais, une convention passée le 23 mai 2016 entre l'Autorité militaire et le Haut-Commissariat d'une part et le Président du Pays, les directeurs de la CPS et du CHPF d'autre part, organise la mise à disposition de moyens militaires (deux hélicoptères Dauphin, deux avions Guardian, deux avions Casa, une Alouette 3) pour assurer des missions de transport aérien sanitaire « en cas d'indisponibilité, d'inadaptation, d'insuffisance ou d'inexistence des transports aériens civils ». Cependant, « la combinaison des moyens civils et militaires de transports pour les évacuations sanitaires inter-îles urgentes génère pour la protection sociale polynésienne un surcoût de 670 MF CFP (5,6 M€). »

Toujours selon les inspecteurs IGAS, si la maîtrise de ce coût dépend en premier lieu des choix d'organisation du Pays, il ne pourra pas être annulé du fait de la structure géographique du territoire. **Une contribution de la solidarité nationale serait donc justifiée au titre des surcoûts structurels, d'autant plus que la Polynésie n'a pas d'autre choix.** Cette mesure fait suite au constat du « surcoût généré par les évasans comme résultant d'un handicap structurel du territoire pouvant faire l'objet d'une future convention entre l'État et le Pays en contribuant à en réduire le coût et en supporter le surcoût »<sup>187</sup>.

Il est également constaté la hausse des coûts de transports des évasans inter-îles sur les cinq dernières années (1 236 MF CFP en 2010 à 1 869 M F CFP en 2015, soit une hausse de + 51,2 % en 5 ans)<sup>188</sup> et notamment du caractère très onéreux des dépenses concernant les évasans interinsulaires réalisées par les forces armées<sup>189</sup>.

La recommandation du rapport de l'IGAS s'inscrit dans le droit fil de **l'exercice de la solidarité nationale** qui doit être poursuivie en considération des principes constitutionnels de la République<sup>190</sup>, des observations du rapport de la Cour des comptes<sup>191</sup>, de la loi EROM<sup>192</sup>, et du code des transports instaurant un fonds à la continuité territoriale intérieure **quand bien même la compétence santé relève de la Polynésie française.** À ce titre, il est à souligner que si la Polynésie française dispose de la compétence Éducation, l'État contribue toujours à son financement chaque année à hauteur de 60 milliards F CFP selon le rapport établi par la CTC sur la Mission éducation.

À noter également, la ministre des Outre-mer Annick Girardin<sup>193</sup> a fait le point sur le soutien national au régime de solidarité de la Polynésie française sur une question posée par la députée Nicole Sanquer lors de son audition par la Délégation aux Outre-mer de l'Assemblée nationale. Si la ministre a réaffirmé que l'État serait de nouveau présent en 2020 pour soutenir le RSPF à l'avenir, cette dernière n'a pas précisé les modalités retenues et le montant qu'il conviendra de retenir, lesquels sont encore en débat.

.....  
187) Voir page 126 du Rapport IGAS.

188) Voir tableau 17 relatif à la consommation de soins ambulatoire et de biens médicaux de 2010 à 2015 p. 44 du rapport IGAS, IGA ET IGF.

189) Les tarifs des forces armées viennent d'être révisés à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2018. La notification a été faite au directeur de la CPS le 16 juillet dernier. 23 évasans ayant déjà été facturées aux tarifs de 2017 pour 627 543 € un titre de perception de 37 236 € a été émis pour couvrir la facturation aux tarifs 2018 de 664 775 €.

190) Préambule de la Constitution. « La Nation garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère la protection de la santé. »

191) La santé dans les outre-mer une responsabilité de la République Cour des comptes -juin 2014.

192) La loi n° 2017-256 du 28 février 2017 de programmation relative à l'égalité réelle outre-mer et portant autres dispositions en matière sociale et économique.

193)« *Et c'est en tenant compte de ces données qu'il a été décidé de travailler un peu différemment, a annoncé Annick Girardin. Vous dites que pour 2020 vous avez une inquiétude. Aujourd'hui ce n'est pas au budget du ministère des Outre-mer puisque nous n'avons effectivement pas fini la concertation. La proposition qui est la mienne, c'est d'inclure ces crédits dans le contrat de convergence et de transformation que l'on doit signer avec la Polynésie. Mais sachez que l'engagement envers la Polynésie sera effectivement maintenu, les conditions doivent être débattues, je sais qu'il y a un certain nombre d'investissements que veut faire le président en Polynésie, et nous en avons déjà discuté ensemble.* »

Les inspecteurs IGAS invitent à « **poursuivre les aides à l'investissement visant à améliorer l'offre de soins dans les îles pour réduire le nombre d'évasans** ». Leur rapport fait état de la contribution de l'État pour l'amélioration du dépistage avec le financement du mammographe aux Marquises pour un montant de 14,2 millions F CFP ainsi que l'aménagement d'un box à chimiothérapie à Uturoa et à Taiohae pour un montant de 42,8 millions F CFP. Il souligne que « *le départ dans les îles des techniques de dépistage, mammographes et de chimiothérapies, sous le contrôle de praticien du CHPF réduit le nombre d'évasans inter-îles* »<sup>194</sup>.

**Dans le cadre de la prochaine convention santé-solidarité, le rapport IGAS recommande de « privilégier une logique de financement de projets en soutien des politiques sanitaires et sociales en Polynésie (recommandation n° 19) ».** Cette mesure généraliste vise à ne pas restreindre le champ d'application de la convention au seul soutien financier de l'État mais de pouvoir inclure son appui technique dans la définition des politiques sanitaires. Les rapporteuses estiment que cette mesure pourrait être utile à la mise en place d'un plan de continuité territoriale intérieure en matière d'aide médicale d'urgence mais également pour la mise en place d'un schéma directeur de développement de la télémédecine en Polynésie française.

**« Étendre la durée de la convention à 5 ans afin de donner le temps suffisant pour concevoir, négocier, et mettre en oeuvre des réformes structurelles, et pour produire des éléments d'évaluation » (recommandation n° 22).** Cette mesure apparaît fondamentale en ce qu'elle doit retenir une durée suffisante pour permettre à la Polynésie française de retenir des sources de financement et un soutien technique durables pour autoriser une durée d'amortissement des investissements nécessaires à réaliser dans le cadre de la définition d'un nouveau schéma d'organisation sanitaire des évasans inter-îles (acquisition d'hélicoptère par exemple).

## AXE 16

### AMÉLIORER LES TRANSPORTS SANITAIRES

77

Rétablir les astreintes des contrôleurs aériens à Moorea

78

Confier la coordination des évasans urgentes et programmées au SAMU

79

Poursuivre les aides à l'investissement visant à améliorer l'offre de soins dans les îles

80

À défaut d'hélicoptères civils dédiés au secours, obtenir la gratuité des évasans urgentes réalisées par l'armée au titre de la solidarité et de l'égalité nationales

81

Au titre de la continuité territoriale, obtenir la prise en charge par l'État d'une partie du surcoût des frais de transport des transports sanitaires maritimes et aériens

.....  
194) Page 125 du rapport IGAS

## 5) DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE

La télémédecine devrait considérablement améliorer l'accessibilité aux soins en favorisant les échanges professionnels et en évitant de nombreuses évasans coûteuses. « **Soutenir la constitution d'un espace numérique de santé polynésien** » est un objectif de l'axe 6 du SOS afin de mettre en place une **télémédecine dans les archipels**. Il prévoit :

- ◆ D'équiper les archipels en télémédecine de 2016 à 2018 pour améliorer les soins primaires et mailler efficacement l'ensemble du territoire. En pratique, il s'agit d'équiper l'ensemble des dispensaires en matériel de téléconsultation en association avec le Dossier Médical Partagé (DMP) et d'effectuer la télésurveillance des patients souffrant de pathologies cardiaques en particulier les implantés ainsi que la télédialyse des insuffisants rénaux ;
- ◆ D'adopter une réglementation polynésienne de télémédecine dès 2016 et enfin de définir les modalités de rémunération associées en 2017 : cotation d'actes, système forfaitaire ou non.

Si l'échéancier prévisionnel prévoyait d'équiper tous les dispensaires entre 2016 et 2018, ces objectifs sont partiellement atteints. Les rapporteuses attirent l'attention du ministre de la santé sur la nécessité d'accélérer la dotation des postes de soins des îles en équipements de télémédecine.

Prévue par le SOS pour 2016, la réglementation polynésienne de télémédecine a été adoptée par l'assemblée le 6 juillet 2017 dans la loi du pays N° 2017-23 du 24 août 2017<sup>195</sup>. En liminaire, les objectifs assignés à la télémédecine sont de réaliser en télémédecine 20 % des actes médicaux et de réduire les évasans de 30 %.

En effaçant les distances entre les patients et les soignants, cette nouvelle technologie permet à distance « *d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique pour un patient à risque, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients*<sup>196</sup> ». Elle améliore la prise en charge des patients et réduit les inégalités d'accès aux soins dans les territoires isolés.

Le CESC<sup>197</sup> note que la télémédecine est un outil médical pertinent, adaptée à la configuration physique de la Polynésie française, qui permet des actes médicaux variés<sup>198</sup>. Cependant, si la télémédecine est un outil complémentaire adapté au contexte polynésien, elle n'est pas un moyen de substitution des professionnels de santé dans les îles. Pour être appropriée, elle devra s'accompagner d'une planification des consultations médicales. À juste titre, le CESC s'interroge sur les coûts de mise en place de liaisons spécialisées dans les structures sanitaires des îles car le budget prévu (300 millions FCFP pour l'acquisition des équipements, des formations des personnels...) n'est pas destiné au financement de ces liaisons et serait de toute manière insuffisant.

.....  
195) Article LP. 1<sup>er</sup> : « *La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figure nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients. Les définitions des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre, d'organisation et de prise en charge financière sont fixées par arrêté pris en conseil des ministres, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et de l'enclavement géographique.* »

196) Projet de loi du pays relatif à la télémédecine et exposé des motifs accompagnant le courrier 1538/PR du 14 mars 2013 de saisine du CESC.

197) Avis N° 145-2013 du 4 avril 2013 sur le projet de loi relatif à la télémédecine

198) « *La télé-consultation : consultation médicale à distance d'un patient,*

*La télé-expertise : concertation pluridisciplinaire autour du dossier du patient sans sa présence physique,*

*La télé-surveillance médicale : surveillance à distance d'un patient,*

*La télé-assistance médicale : aide apportée à distance d'un professionnel de santé à un autre professionnel et,*

*Une réponse médicale : apportée dans le cadre de la régulation médicale (permanence des soins et urgences) ».*

Le 20 juin 2017, lors de l'examen du projet de loi du pays relatif à la télémédecine par la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi, les représentants ont argué de la nécessité de **réguler les activités de télémédecine<sup>199</sup> et d'élaborer un schéma directeur de développement de la télémédecine en Polynésie française**, compte tenu de la configuration d'éléments favorables (le développement des moyens de télécommunication, le schéma d'organisation sanitaire et l'Accord de l'Élysée qui doivent permettre **d'atteindre l'égalité réelle entre tous les citoyens) qui permettra ainsi de justifier les demandes de la Polynésie française au soutien de l'État dans le domaine de la santé.**

Cette recommandation des élus membres de ladite commission législative de l'assemblée est essentielle à mettre en œuvre afin de pallier aux difficultés de l'offre de soins dans les îles isolées, réduire les évènements programmés comme d'urgence mais également répondre aux situations d'urgence en apportant un soutien psychologique aux médecins et aux personnels paramédicaux isolés. En considération de ces éléments convergents, les rapporteuses préconisent de solliciter le soutien technique et financier de l'État au développement de la télémédecine grâce à un calendrier assorti de mesures opérationnelles précises afin de remplir ces objectifs dans des délais les plus diligents.

L'État s'est engagé à soutenir le développement numérique de la Polynésie française notamment son financement. Ainsi, dans la limite de ses compétences, il favorise le « déploiement des réseaux haut et très haut débit en tenant notamment compte des besoins accrus d'intervention publique en matière de déploiement de la fibre optique. Il oeuvre également en faveur du rattachement du territoire aux grands réseaux numériques internationaux, ainsi qu'au raccordement effectif des différentes composantes de ce territoire aux réseaux de communication ». C'est la raison pour laquelle, il s'est également engagé à soutenir les projets tendant au financement d'équipements structurants via le Fonds Exceptionnel d'Investissement (FEI), notamment dans le secteur du numérique afin d'atténuer les effets de l'isolement et de l'éloignement.

De plus, le rapport IGAS de 2018 préconise de « **renforcer les dispositifs assurant la présence de professionnels de santé dans les îles et faire appuyer par les agences nationales, le développement de la télémédecine** »<sup>200</sup> et d'équiper en priorité :

- ◆ Les hôpitaux périphériques ;
- ◆ Les centres de soins primaires des îles (liste des 11 premiers sites) ;
- ◆ Les îles dépourvues de présence médicale mais avec la présence d'un personnel de santé afin de faciliter les échanges avec le patient et le médecin.

Un recensement du nombre d'îles concernées devra être réalisé afin d'estimer le coût prévisible.

Grâce au déploiement de la fibre dans les archipels, la Direction de la santé prévoit d'étendre l'activité de télémédecine par briques successives. Pour chaque structure, l'équipement envisagé serait composé d'une station de télémédecine ainsi qu'un ordinateur avec connexion Internet avec les « télémédecins ». Le développement de la mise en place du câble Natitua devrait permettre de couvrir une grande partie du territoire polynésien dans les prochains mois.

Actuellement, quatre acteurs contribuent à la réalisation d'actes de télémédecine :

- ◆ L'association APURAD avec la télé dialyse à hauteur de 3 000 consultations par an ;
- ◆ Le CHPF avec la télé cardiologie (surveillance des stimulateurs ou des défibrillateurs) ;
- ◆ La société FENUA MEDEX qui pratique une activité de télémédecine pour les acteurs hôteliers et perliers. En 2017, et sur le site de Tetiaroa elle a réalisé 1 013 téléconsultations.
- ◆ La Direction de la santé au sein du service des Tuamotu-Gambier qui exerce une activité de télémédecine avec des moyens beaucoup plus limités (information confirmée par l'audition du chef de service, D' Laudon).

.....  
199) Par la désignation d'un médecin référent et la mise en place d'un comité de pilotage regroupant la Direction de la santé, le CHPF, le service informatique du Pays et la CPS dans lequel serait membre le président de la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi.

200) Recommandation n° 10

Lors des auditions, certains praticiens hospitaliers pointent l'importance de disposer **d'un équipement vidéo « digne de ce nom »** afin de permettre la tenue de conférences avec les îles à l'instar des équipements de télémédecine dont se sont dotés les hôtels du Saint-Régis et du Brando. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre en place une salle de visioconférence au CHPF avec des créneaux horaires par spécialité médicale et de prévoir la préemption de la bande passante en cas d'urgence afin de garantir l'efficacité du dispositif.

**La télémédecine, notamment la téléconsultation, permettrait de répondre à de nombreuses situations difficiles à gérer sans mobiliser d'évacuation sanitaire ou d'y pallier lorsque celles-ci sont impossibles à réaliser (vol de nuit, indisponibilité d'aéronefs, absence d'aérodrome praticable, délais d'urgence vitaux, absence de personnels qualifiés).**

## AXE 17

### DÉVELOPPER LA TÉLÉMÉDECINE

**82** Requérir le concours technique des agences nationales du numérique en santé



**83** Demander le soutien financier de l'État au développement de la télémédecine dans les formations sanitaires publiques des archipels

**84** Élaborer le schéma directeur de la télémédecine en Polynésie française

**85** Installer une salle de visioconférence au CHPF

## 6) PALLIER LA CARENCE DES SOIGNANTS DANS LES ARCHIPELS

L'avant-dernier schéma d'organisation sanitaire fixait l'objectif d'atteindre un médecin par tranche de population de 1000 habitants, particulièrement dans les archipels éloignés. C'est loin d'être le cas aux Australes, aux Tuamotu-Gambier et aux Marquises où l'offre de soins demeure dégradée. Le diagnostic posé par les médecins-inspecteurs en 2015 est toujours d'actualité avec une « densité (pour 100 000 habitants) des médecins généralistes (32) et des infirmiers (223) la plus basse de la Nation ; un turn-over médical moyen endémique : 251 % ; une couverture pour 1000 habitants de 23 semaines par an pour les médecins, celui des infirmières étant de 70 semaines par an ».

C'est pourquoi la modernisation des modes de gestion des ressources et des compétences ainsi que des plans de formation professionnelle prévus par l'Axe 1 des Orientations stratégiques de la politique de santé sont essentiels à mettre en œuvre sans plus tarder. Les objectifs visés sont d'assurer une bonne gouvernance et d'éviter la baisse constante des postes et des effectifs, qui menace directement le fonctionnement des services, l'accessibilité et la qualité des prestations dans les structures de la Direction de la santé.

Au cours de leurs missions dans les îles au contact des personnels de santé publique, les rapporteuses ont reçu des doléances unanimes, quel que soit l'archipel visité, **sur les mauvaises conditions de recrutement et de prises de fonction, lesquelles participent à la publicité négative et à la désaffectation des postes des îles.** Dans la perspective de la création d'un service public unifié, les rapporteuses estiment que la gestion des postes de tous les personnels oeuvrant dans les structures sanitaires publiques du Pays devrait être confiée à une entité hospitalière unique en adéquation avec la perspective d'un service hospitalier public unifié.

**L'amélioration de la santé primaire dans les archipels, prévue à l'Axe 2 du SOS** vise à améliorer avant tout le sort de nos concitoyens des archipels. Cet objectif s'inscrit en adéquation avec la création de l'établissement public de soins primaires qui favorisera l'offre de soins dans les archipels grâce à un maillage territorial. Notamment, il fixe les objectifs suivants :

- ◆ Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les îles en 2017-2018 ;
- ◆ Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins, y compris étrangers hors UE, en 2016-2017 ;
- ◆ Couvrir les zones sans médecin par une offre itinérante de médecins et paramédicaux en 2017-2018.

Mais ces ressources humaines sont difficiles à obtenir et à retenir au vu des déserts médicaux et de la pénurie de médecins en Europe, en particulier en France métropolitaine. Or, depuis 2004, l'Université de la Polynésie française propose une première année<sup>201</sup> de préparation aux concours des études médicales qui permet notamment aux lauréats desdits concours d'effectuer leur deuxième année d'études dans les filières médicales et paramédicales en France métropolitaine. Ce début de premier cycle médical est censé **favoriser l'océanisation des cadres polynésiens** lesquels ont vocation, au terme de leurs études, à venir exercer dans leur pays d'origine dans le secteur médical et paramédical, qu'il s'agisse du secteur public, privé ou libéral.

L'agence polynésienne de régulation sanitaire et sociale (ARASS) a notamment pour mission de procéder au recensement des professionnels de santé qui ont l'obligation de faire enregistrer leur diplôme avant de pouvoir exercer dans notre pays. Mais, aucun dispositif sérieux de traçabilité permettant de suivre leur parcours professionnel au regard notamment des objectifs « d'océanisation » des cadres ne semble avoir été mis en place depuis près de 20 ans.

Par conséquent, plusieurs centaines d'étudiants polynésiens lauréats de la filière PACES de l'Université de Polynésie qui, au terme de leur formation en France métropolitaine, ont été en capacité d'intégrer le secteur médical et paramédical en Polynésie, sont pour la plupart inconnus des services de la santé, ni n'exercent dans leur Pays.

Ainsi, pour ne prendre que la filière de médecine, de 2004 à août 2020, 242 étudiants polynésiens ont pu intégrer le cursus de médecine, dans les spécialités de médecine générale et dans les autres spécialités sans qu'un suivi méticuleux de leur parcours n'ait été initié. Cette déperdition de « matière grise » apparaît comme un énorme gâchis, d'autant que certains parmi eux bénéficient de bourses octroyées par le Pays. Or, il n'appartient pas aux étudiants de rechercher des postes disponibles dans leur Pays mais au Pays de les accompagner, les suivre pas à pas au cours de leurs longues études et *in fine* de leur proposer des postes.

Pour remédier à cette déperdition d'étudiants poursuivant leur cursus à l'extérieur de la Polynésie et répondre de manière pérenne à la pénurie médicale dans les archipels éloignés, les rapporteuses estiment que les étudiants en médecine devraient pouvoir effectuer régulièrement des stages validants dans les structures sanitaires de la Direction de la santé, dès le premier cycle, puis aux deuxième et troisième cycles dans le cadre de la spécialité de médecine générale.

Ces stages réguliers leur permettront de se familiariser à l'exercice en poste isolé et de travailler au terme de leur longue formation (9 ans minimum) dans les archipels éloignés. La première année des études de médecine existe depuis 2004 en Polynésie et a prouvé sa capacité à produire des lauréats, les rapporteuses trouvent qu'il est grand temps de passer à un niveau supérieur.

.....  
201) Cette première année d'enseignement médical fut créée à l'origine afin de mettre l'école de sages-femmes du CHPF en conformité avec l'évolution métropolitaine universitaire de la formation qui impose aux futurs étudiants en maïeutique de passer par le crible de la première année de médecine.



En outre, les rapporteuses recommandent de faciliter le mode de recrutement des médecins et de prévoir des mesures incitatives telles que le versement de bourses majorées pour les étudiants qui reviennent exercer au fenua ; le soutien professionnel et financier aux médecins qui souhaitent s'installer sur un long terme dans les îles éloignées ; l'appui aux médecins retraités qui souhaitent travailler quelques années tout en parrainant un jeune médecin diplômé dans l'exercice en poste isolé.

De leur côté, les inspecteurs de l'IGAS recommandent d'« **homogénéiser les délégations de tâches et renforcer la formation des professionnels de santé (recommandation n° 10 de l'annexe 6)**<sup>202</sup>.

Afin de pallier la carence des médecins libéraux, les dispositifs publics dans les îles éloignées s'appuient sur les auxiliaires de santé et les infirmiers en poste isolé lesquels disposent de compétences élargies. Un système de délégation de tâches s'est progressivement mis en place afin de pourvoir aux besoins sanitaires des usagers. Ce dispositif, certes pragmatique, ne répond pas d'un cadre légal et réglementaire dès lors que l'exercice isolé dans les archipels nécessite un niveau de compétences avéré. Le rapport IGAS préconise de l'améliorer en harmonisant les pratiques développées et en assurant une formation continue adaptée aux personnels paramédicaux, ce que les rapporteuses agrément.

**L'amélioration de la compétence des personnels paramédicaux permettra d'identifier avec plus de justesse les besoins ou pas d'évacuations sanitaires programmées et/ou d'urgence en évitant des erreurs d'appréciation confirmées par les auditions.**

## AXE 18

### PALLIER LA CARENCE DES SOIGNANTS DANS LES ARCHIPELS

**86** Confier au CHPF le recrutement et la gestion prévisionnelle des postes dans les formations sanitaires publiques



**87** Suivre le cursus des étudiants polynésiens en médecine, en odontologie, en pharmacie actuellement en formation dans l'hexagone et prioriser leur intégration dans les structures de soins et d'hospitalisations publics du Pays

**88** Majorer la bourse des étudiants polynésiens qui reviennent exercer au pays

**89** Faire évoluer le statut du CHPF en CHU et ouvrir un cycle entier de formation de médecine générale en Polynésie en partenariat avec les facultés métropolitaines, notamment Bordeaux et Tours, et avec les facultés océaniques, notamment en Nouvelle-Zélande et à Fidji

**90** Homogénéiser les délégations de tâches et renforcer la formation des professionnels de santé

.....  
202) Voir page 172 du rapport IGAS de 2018.

# CONCLUSION

Les évacuations d'urgence sont actuellement réalisées par deux compagnies aériennes : Air Archipels et Tahiti Nui Helicopters, sous convention tarifaire de la CPS, leurs contrats sont renouvelables par tacite reconduction. Fréquemment indisponibles, Air Archipels et TNH ne sont pas en mesure de garantir une réponse permanente au SAMU. L'Armée intervient à la demande quand les moyens civils sont inopérants selon la règle des 4 i c'est-à-dire quand les moyens civils sont Indisponibles, Inadaptés, Insuffisants, ou Inexistants. Mais les moyens aériens de l'Armée sont les plus coûteux au motif que les évacuations ne relèvent pas de sa mission première.

L'organisation actuelle des évacuations ne permet pas à la Polynésie d'assurer de manière performante et optimale une aide médicale d'urgence à sa population. Elle a atteint ses limites. Par conséquent, il est nécessaire de redéfinir le schéma territorial d'organisation des évacuations d'urgence par une prise en charge en hélicoptère des ISLV et des Marquises, en surcroît de celle de Taravao et Moorea, et un redéploiement des avions au bénéfice des Tuamotu-Gambier et des Australes.

Pour pallier l'indisponibilité fréquente des compagnies aériennes et le défaut de réponse de la CPS, il convient de lancer un appel d'offres avec un cahier des charges identifiant clairement les besoins en évacuations d'urgence. Il est essentiel d'implanter une héliportation près de chaque hôpital périphérique. Pour exemple aux Îles Sous-le-Vent, l'implantation d'une héliportation sur le remblai de l'hôpital d'Uturoa permettrait de réceptionner toutes les urgences inter-îles des ISLV mais également de les acheminer si besoin jusqu'au CHPF.

Pour développer la télémédecine, il est indispensable au préalable de raccorder à la fibre les formations sanitaires les plus importantes dans les archipels éloignés et de créer une salle de téléconsultation au CHPF. Dans chaque structure sanitaire où le bassin de population est important, des relais SMUR doivent être développés.

L'organisation d'une évacuation urgente repose (i) sur la communication entre médecins (elle est vitale) afin que des décisions adaptées à l'urgence soient apportées ; (ii) sur la compétence d'évaluation des personnels de santé et (iii) sur la disponibilité des moyens de transports. Ainsi, l'hélicoptère est le seul vecteur permettant de répondre aux urgences de Taravao, Moorea et des Îles Sous-le-Vent en raison du nombre de décès lors des accidents de la route. C'est également l'aéronef adapté à la géographie et aux urgences des îles Marquises.

Dès lors qu'elles posent de réelles difficultés d'organisation, il importe de réglementer et de codifier la régulation des évacuations sanitaires urgentes et de retenir l'obligation de recourir à des spécialistes chevronnés pour les déclencher c'est-à-dire des praticiens qui ont la connaissance des dessertes aériennes et des ressources sanitaires disponibles dans les îles afin de prendre des décisions les plus adaptées aux situations. Il est indispensable de confier la gestion de l'aide médicale d'urgence au SAMU.

Au préalable, les problématiques liées au contrat d'Air Archipels doivent être résolues sur :

- ◆ La question de la permanence des pilotes d'Air Archipels ;
- ◆ La question de la disponibilité et de réservation des vols d'Air Tahiti ou Air Archipels ;
- ◆ La nécessité **de pouvoir faire des réservations auprès d'Air Archipels ou d'Air Tahiti depuis le CHPF**, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui ;
- ◆ Le transport des dépouilles par vol Air Tahiti ;
- ◆ La nécessité de baliser les pistes afin qu'elles soient accessibles de nuit.

Pour améliorer l'offre de soins dans les archipels éloignés, les rapporteurs recommandent :

- ◆ D'affecter des médecins expérimentés dans des lieux éloignés d'une ressource chirurgicale de première proximité. Pour ce faire, il convient de définir des fiches de postes adaptées aux urgences sanitaires en ciblant des profils de médecins disposant de compétences généralistes et non ultra spécialisées dans un domaine donné ;
- ◆ De mettre en œuvre un support psychologique quand la gestion d'une urgence vitale requiert un soutien d'autres médecins pour conseiller également sur les gestes appropriés faute de moyens visuels adéquats ;
- ◆ D'acquérir du plasma lyophilisé utilisé par l'Armée lequel peut se conserver à température ambiante.

Pour ce faire, la constitution d'un établissement sanitaire public unifié regroupant le CHPF, les hôpitaux périphériques de Taravao, Moorea, Uturoa, Taiohae et le futur établissement de soins primaires est primordiale.

Il est nécessaire d'une part de développer les CSA afin de prévenir les évasans d'urgence et d'assurer un suivi régulier des patients et des enfants et ce, notamment dans les spécialités de la cardiologie et de la pédiatrie. Une attente trop importante des consultations spécialisées justifie amplement la nécessité de recruter des praticiens hospitaliers.

D'autre part, il est crucial de ne retenir qu'une seule entité, en l'occurrence le CHPF, pour assurer la gestion du réseau inter-îles, en intégrant les médecins libéraux sous convention si besoin, dès lors que la scission instaurée avec la Direction de la santé rencontre de nombreuses difficultés de gestion. Par ailleurs, il convient de codifier et mutualiser les évasans programmées pour éviter les évasans affinitaires et les décisions arbitraires du contrôle médical, et d'en confier la gestion au CHPF.

Tout comme les évasans d'urgence, les évasans programmées correspondent à une offre de soins inexistante et non réalisable sur le lieu de résidence de patients atteints d'une pathologie sans caractère d'urgence mais nécessitant un diagnostic, un acte thérapeutique ou un avis spécialisé. Elles contribuent ainsi que les CSA, à l'amélioration de l'offre de soins, en évitant des décompensations délétères qui mobilisent des évasans d'urgence par vol spécial du SAMU.

Pour accompagner la collectivité de Polynésie française dans la protection de la santé de sa population, la continuité territoriale devrait s'appliquer aux évasans interinsulaire programmées. En l'absence de moyens hélicoptères civils dédiés aux secours d'urgence, la création d'une unité spécialisée de l'Armée pour effectuer les évasans d'urgence dans les lieux les plus isolés et inaccessibles serait appropriée et à la charge de l'État.

# LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

## *Récapitulatif des auditions au sein de l'assemblée : Personnes auditionnées en salle Sonia AGNIERAY-THUNOT, John French TEARIKI et bureau du cabinet PR APF*

### Maires des archipels

M. Etienne TEHAAMOANA, maire de Hiva Oa et représentant à l'APF  
M. Benoît KAUTAI, maire de Nuku Hiva et représentant à l'APF  
M. Frédéric RIVETA, maire de Rurutu et représentants à l'APF  
M. Fernand TAHIATA, maire de Tubuai et représentant à l'APF  
Mme Louisa TAHUHUTERANI, conseillère municipale de Tubuai et représentante à l'APF  
M. Félix TOKORAGI, maire de Makemo et représentant à l'APF  
M<sup>me</sup> Joséphine TEAKOROTU, 1<sup>re</sup> adjointe maire des Gambier et représentante à l'APF  
M. Bernard NATUA, représentant à l'APF (Rangiroa)  
M. Gaston TONG SANG, maire de Bora Bora et président de l'APF  
M. Marcelin LISAN, maire de Huahine et représentant à l'APF  
M. Thomas MOUTAME, maire de Taputapuatea et représentant à l'APF  
M<sup>me</sup> Patricia AMARU, conseillère municipale de la commune de Tahaa et représentante à l'APF  
M<sup>me</sup> Sylviane TEROOATEA, maire d'Uturoa et représentante à l'APF  
M<sup>me</sup> Lana TETUANUI, sénatrice et représentante à l'APF  
M<sup>me</sup> Yseult BUTCHER-FERRY, représentante à l'APF (Tuamotu)

M. Laurent TOUVRON, gérant de Tahiti Nui Helicopters

M. Vetearii FLOHR, président de la Fédération d'Entraide Polynésienne de Sauvetage en Mer - FEPSM)  
M. Tehina PUARIITAHU, vice-président de la Fédération d'Entraide Polynésienne de Sauvetage en Mer

Dr Rainui RICHAUD, vice-président du CME

M. Heifara GARBET, directeur d'Air Archipels  
M. Manate VIVISH, directeur d'Air Tahiti

Dr Vincent SIMON, chef du SAMU et SMUR du CHPF

M. Mike GREIG, responsable de la cellule réseau inter-îles du CHPF

M. Terii SEAMAN, tavana hau de la circonscription des Tuamotu-Gambier

M<sup>me</sup> Sandrine MAURICE, présidente de l'association Naître en Polynésie

Dr Etienne BEAUMONT, médecin chef du service maternité au CHPF  
Dr Stéphane SAUGET, médecin chef du service obstétrique du CHPF

M. Sami DJEDID, responsable du service clientèle et facturation du CHPF

M. Viriamu FOUGEROUSSE, armateur du navire Mareva Nui  
M<sup>me</sup> Fifi TEROU et M. Boris PIEL, armateurs du navire Tuhaa Pae  
M. Patrick WONG, armateur du navire Aranui

M. Laurent LEBRETON, commandant supérieur des Forces Armées de la Polynésie française
Dr François LAUDON, chargé de mission, coordinateur de la veille sanitaire, subdivisionnaire des Tuamotu Gambier, de la Direction de la santé
M <sup>me</sup> Laurence BONNAC-THÉRON, directrice de la Direction de la santé
Dr Stéphane AMADEO, chef du service du département de la psychiatrie du CHPF M <sup>me</sup> Clémentine PICCHETTI, psychiatre
Mme Tiare MARTINEZ, directrice de l'Institut Mathilde Frébault
Dr Philippe BIAREZ, directeur de l'hôpital d'Afareaitu
M. Georges PUCHON, directeur de l'Aviation civile
M <sup>me</sup> Valérie HONG KIOU et Raiteva REGURON
M. Bruno LONJON et Mme Joahna CROS FROGIER
M. Yvonnick RAFFIN, directeur de la CPS Dr Vincent DUPONT, directeur adjoint de la CPS Dr Tuterai TUMAHAI, médecin conseil en chef de la CPS M. Cyril CONREUX, chef d'unité des affaires juridiques de la CPS M. Michel RUIZ M. Yannick LECORNU, responsable du pôle contrôle des risques M. Jean JISSANG, responsable des prestations de la PSG M. Cédric MERCADAL, délégué à la protection des données
M. Francis PEZET, chef du service de l'informatique de Polynésie française

### *Récapitulatif des auditions à Tahiti et Moorea (hors APF)*

M. Dominique SORAIN, haut-commissaire de la République en Polynésie française
Entretien avec la Directrice de l'Agence française de développement en Polynésie française (AFD) + son équipe 2 personnes
Entretien avec la directrice Marie-Pierre et un médecin urgentiste et visite de l'hélistation à l'Hôpital de Taravao
Mme Claude PANERO, directrice du CHPF, visite du SAMU (Centre 15), du Centre de transmission des appels - sapeurs pompier (CTA) (18) et visite de l'Hospitel au CHPF de Taaone et Hospitel
Entretien avec l'équipe médicale chargée des évassans en présence du Dr Philippe BIAREZ, Responsable des Formations Sanitaires de Moorea - Maiao ainsi que l'équipe médicale en charge des évassans
Visite de la Subdivision de la Santé des Tuamotu Gambier avec Dr LAUDON
Maison médicale de garde sise à Taaone, M. Hervé VERGEAUD
Maison de Taapuna, Punaauia
Hébergement Moananui, Punaauia
Foyer des jeunes filles de Paofai, Papeete
Centre d'hébergement de Faa'a
Pension Puea à Fariipiti
Pension Hamuta - Pirae

## Récapitulatif des auditions aux ISLV

### HUAHINE

M. Romuald LAI, chef de pompier de Fare – Huahine

M<sup>me</sup> Sarah SITZ, infirmière libérale de Huahine

Dr GUIMARD, médecin du dispensaire de Fare – Huahine + Personnels de santé du centre médical

### TAHAA

Conseil municipal de Patio – Tahaa

Mme Céline TEMATARU, Maire de TAHAA

M. Earl LAUGHLIN

M<sup>me</sup> Louisa TINORUA

M. Robert DOOM

M<sup>me</sup> Sylvie MAO

M. Alexandry TOA

Mme Yvette TEIHOTAATA

M. Marcel FIRUU

M<sup>me</sup> Mata MARUAE

M. Pierre MANEA, maire délégué PATIO

M. Pascal TAMAEHU, maire délégué TAPUAMU

M. Arthanase PATERE, maire délégué TIVA

M. Verdon TEFAATAU, maire délégué HIPU

M. Raymond TAEREA, maire délégué HAAMENE

M. Nick ATGER, maire délégué FAAAHA

M. Marc MARAEA, maire délégué POUTORU

M. Jean-Pierre VAIHO, maire délégué VAITOARE

M<sup>me</sup> Maire MAIARII

M. Sylvain CHU

M. Fabien TINORUA

M. Warren TAEREA-HIOE

M<sup>me</sup> Patricia AMARU

M. Yannick MOEINO

M. Jacques HITIMAUE

M<sup>me</sup> Maima CHANG SI MEN épouse BENNETT

M<sup>me</sup> Ahimana NAORE

M. Joël HAHE

Mme Hina PATU

Mme Miriama AURAA

Sapeurs-pompiers de la commune de Patio (2)

Centre médical de Patio : médecin, 3 infirmières

## RAIATEA

Conseil municipal de Uturoa – RAIATEA

M<sup>me</sup> Sylviane TEROOATEA, Maire

M<sup>me</sup> Moeani AMARU

M. Rudolphe TCHONG FONG

M. Dominique GOCHE

M<sup>me</sup> Louise TE PING

M<sup>me</sup> Vaite FATEATA

M. Puni TEROU

M. Joseph MOUCHAS

M<sup>me</sup> Dolorès TEANINIURAITEMOANA

M. Tehahetua TAUAROA

M. Ekana TERIINOHO

M<sup>me</sup> Murielle TEUIAU

M<sup>me</sup> Terii CHOUPAGUE

M. Billy VEHIATUA

Mme Danielle TETUANUI

M. Valentino ROCHETTE

M<sup>lle</sup> Mélisa TUPAIA

M. Eric AYON

M<sup>lle</sup> Marie-Noelle TEIHO

M. Léhi YIM YIU CHEUNG

M. Tuarii EBB

M<sup>me</sup> Doris HART

M. Pierre TEROU

M. Matahi BROTHERSON

M<sup>me</sup> Noéla GREIG épouse TIXIER

M. Germain GUILLOUX

M<sup>me</sup> Louisa PANI épouse THUAU

Sapeur pompier

---

Dr BEYLIER, subdivisionnaire de la santé des ISLV

Mme Isabelle RUIZ, cadre de santé (2)

M. Pascal WESTRELIN, directeur de l'hôpital de UTUROA – RAIATEA + chirurgien

## BORA BORA

Conseil municipal de Bora Bora

M. Gaston TONG SANG, Maire

M. Mahuru MARAKAI, maire délégué de NUNUE

M. Fray Willy TEMARII

M. Victor MATAIHAU

M<sup>me</sup> Nelia TCHE épouse MAIARII

M. Tafirai TEHIHIPO

M<sup>me</sup> Peggy TEIHOTAATA épouse VAHIMARAE

M<sup>me</sup> Lucie VIRASSAMY

M<sup>me</sup> Mareva PEUE épouse TETAHIOTUPA

M. Stéphane TERAÏ

M. Raimanutea TINORUA

M<sup>me</sup> Vaite VANE

M<sup>me</sup> Miriama TUHIRO épouse TETOOFA

M<sup>me</sup> Sylvana ESTALL

M<sup>me</sup> Mariana TANOÀ épouse ATIU

M. Pai AIHO

M. Victor ROOMATAAROA, maire délégué Faanui

M<sup>me</sup> Vairea PARKER

M. Temarii TUMARAE

M<sup>me</sup> Gwendolina DUGAN épouse LING

M. Fabrice JORDAN

M<sup>me</sup> Marie-France PITO épouse HAOATAÏ

M. Angélo GERMAIN

M<sup>me</sup> Vairea GRANDADAM

M. Teta PENEHATA, maire délégué de Anau

M. Luis TAUAROA

M<sup>me</sup> Fifi REUPENA épouse DANY

M<sup>me</sup> Virge TAPI

M. Mita TERIIPAÏA

M. Steeven GEVA, responsable sécurité publique et civile de la Commune

Mme Maire LEVERD, Secrétaire général

Dr Olivier MOREAU, médecin en charge du centre médical de Bora Bora

Infirmier libéral

---

Pilote de la Société de TNH



## Récapitulatif des auditions aux Australes

### RAIVAVAE

Conseil municipal de Raivavae  
M. Tepui TEVAATUA, Maire  
M. Césaire TAUTAHANA  
M. Teriitehau FLORES  
M. Christo MAHAA  
M<sup>me</sup> Henriette TEVAATUA  
M. Poroi OPETA, maire délégué de Rairua-Mahanatoa  
Mme Caroline TAMAITITAHIO  
M. Tihoti TEEHU  
M<sup>me</sup> Rosalie TETUAMANUHIRI  
M<sup>me</sup> Haipunaru QUAN WEL  
M. Mata NONOHA, maire délégué de Anatonu  
M. Jacques TUMARAE  
M<sup>me</sup> Antinéa TEHAHE, maire délégué de Vaiuru  
M. Willy TIARII

Personnel médical de l'infirmierie de Rurua

Mme Gwenaëlle TANGUY LE THOMAS, infirmière libérale

Personnels de santé du centre médical de Mataura – Tubuai  
Docteurs Lavena NEDELEC et Aurélie WEBER, 2 infirmiers,  
MM. Heimaona LUCAS et Gilles LING et le secrétaire du centre médical, M. Ismaël OTTO

### TUBUAI

Conseil municipal de Tubuai  
M. Fernand TAHIATA, Maire  
M. Hezekia VIRIAMU  
M<sup>me</sup> Arieta DELORD  
M<sup>me</sup> Patricia TUPEA  
M. Philippe PATII  
M. Jonathan TUPEA  
M. Angély GARBUTT  
M<sup>me</sup> Orieta TINORUA  
M. Guy YIENG-KOW  
M<sup>me</sup> Emilie AUDOUIN  
M<sup>me</sup> Mere TEMAROHIRANI  
M<sup>me</sup> Louisa TAHUHUTERANI  
M. Evrard TAU  
M<sup>me</sup> Taria FAATAU  
M. Farani TEINAURI  
M. Tihina VIRIAMU  
M. Adrien TEINAURI  
M<sup>me</sup> Mayalène HATITIO  
M. Tehei TEMAE  
Pompiers de la mairie

Réunion avec M<sup>me</sup> Patricia ANANIA subdivisionnaire santé et M<sup>me</sup> Luna TARIU à la subdivision de la santé

## RURUTU

Conseil municipal de Rurutu  
M. Frédéric RIVETA, Maire  
M. William LACOUR  
M. Bruno TAPUTU  
M. Adolphe MONG YEN  
M. Ebesa VAEA  
M. Firmin ROOMATAAROA  
M<sup>me</sup> Koba TEPA  
M<sup>me</sup> Valentina MARUHI  
M. Lionnel TAVITA  
M. Carlsen PARAU  
M. Dominique MOEAU  
Mme Tiarematatea MAIRAU  
M. Nahora PAPARAI  
M<sup>me</sup> Mataroa MAIRAU  
M. Tihoti ITAE TETAA  
M. Rodrigue MAROANUI  
M<sup>me</sup> Henriette TINOMOE  
M. Epharaima PITA  
2 Sapeurs-pompiers

---

Réunion avec le personnel de santé du centre médical de Moerai  
Dr Mara BURGER, responsable des infirmiers  
Mme Herenui FAAFAATUA, secrétaire  
Mme Sylvana TEHARURU

## RIMATARA

Conseil municipal de Rimatara  
M. HATITIO Georges, Maire  
M. TEHIO Siméon  
M<sup>me</sup> TEREOPA épouse TAHARIA Yolina  
M MOOROA Tetahina  
M<sup>me</sup> UTIA épouse TETUIRA Francine  
M UTIA Damas  
M<sup>me</sup> IOANE épouse TEHIO Elvina  
M<sup>me</sup> APINI épouse AVAE Vahineteu  
M. IOTUA Gabriel  
M. TAHARIA Sterlley  
M. IOTUA Pita  
M<sup>me</sup> ANANIA épouse HATITIO Tiaretutahi  
M<sup>me</sup> KATO épouse ANANIA Velda  
M<sup>me</sup> LIGTHART Iléana  
M. PAPARA Tehorui

Réunion avec 2 infirmières de l'infirmerie de Amaru  
M<sup>me</sup> Taraina TEINAURI  
M<sup>me</sup> Teata TEMAURIORAA

## Récapitulatif des auditions aux Marquises

### NUKU HIVA

Conseil municipal de Nuku Hiva + pompiers  
M. KAUTAI Benoît, Maire  
M<sup>me</sup> PETERANO épouse KAUTAI Jeanne Marie  
M. TAMARII Casimir  
M. TEHAAMOANA Pierre  
M. SCHMITH Teva  
M<sup>me</sup> HUUKENA épouse TAUPOTINI Mathilde  
M. TEIKIHAA Jean-Pascal  
M<sup>me</sup> AH-SCHA Françoise  
M. TEKOHUOTETUA Etienne  
M. TAATA Aldo  
M. HAOATAI Avearii  
M. PETERANO Max  
M<sup>me</sup> TEIKITEETINI épouse PIRIOTUA Joseline  
M. KAIHA Henri  
M. UTIA Casimir  
M. FALCHETTO Gordon  
M<sup>me</sup> IKIHAA épouse OTOMIMI Tenuuotefio  
M<sup>me</sup> TATA épouse TEIKITEETINI Titiatua  
M. TEIKITEKAHIOHO Gabriel, maire délégué de Taipivai  
M<sup>me</sup> PAUTU épouse FALCHETTO Gaëlle  
M. HAITI Nicolas  
M<sup>me</sup> TEKUATAOA veuve KATUPA Yvonne, maire délégué de Hatiheu  
M<sup>me</sup> KIIPUHIA épouse KAU-TAI Tahiamauani

Hôpital de Taiohae + infirmerie Hatiheu + poste de secours Aakapa

### UA POU

Centre médical de Hakahau

Conseil municipal et responsable des pompiers  
M. Joseph KAIHA, Maire  
M. Jacob KAIHA  
M<sup>me</sup> Rosita HIKUTINI  
M. Taruta HIKUTINI  
M. Alain AH-LO  
M. Michel HUUTI  
M. Isidore HIKUTINI, maire délégué  
M<sup>me</sup> Antoinette BRUNEAU  
M. Georges TEIKIEHUUPOKO  
M<sup>me</sup> Irène HAPIPI  
M. Sylvain TEIKIEHUUPOKO  
M. Martin OHOTOUA  
M<sup>me</sup> Jeanine TATA  
M. Georges KAUTAI, conseiller municipal  
M<sup>me</sup> Hinano Lena TISSOT, conseiller municipal  
M. Maurice HITUPUTOKA, conseiller municipal  
M. Pierre TAHIATOHUIPOKO, conseiller municipal  
M<sup>me</sup> Annette AH-LO, conseiller municipal  
M. Arsène PATI, conseiller municipal  
M. Bruno, responsable des pompiers

Association de sauvetage en mer, M. Patrice GUERET

Auxiliaire de soins de l'infirmerie de

## UA HUKA

Conseil municipal de Ua Huka  
M. Nestor OHU, Maire  
M. André BROWN  
M. Silvain FOURNIER  
M. Paul TEIKITEEPUPUNI  
M. Eugène FOURNIER  
M. Ranka AUNOA  
M<sup>me</sup> Anne-Marie TEATIU  
M<sup>me</sup> Florentine SCALLAMERA  
M. André TEPEA  
M. Roland TEATIU  
M. Firmin TEIKITEEPUPUNI  
M<sup>me</sup> Gabrielle BROWN  
M<sup>me</sup> Albertine TEIKITEEPUPUNI  
M<sup>me</sup> Antonia TEATIU  
M<sup>me</sup> Anne-Marie KAIHA

M. Thomas ATHENOL, infirmier de Hane

## ATUONA

Dr HUGUENOT et Dr Thibaut ESPAZE, personnel médical de Atuona

## HIVA OA

Conseil municipal de Hiva Oa  
M. Étienne TEHAAMOANA, Maire  
M. Xavier HIETAA  
M. Jean-Baptiste PETERANO  
M. Domingo TEHAAMOANA  
M. Patrice KAIMOKO  
M. Léon VAATETE  
M. Bertho TOUATEKINA  
Mme Vanina BARSINAS  
M<sup>me</sup> Rose-Marie BONNO  
M<sup>me</sup> Tania BONNO épouse TAPATOA  
M<sup>me</sup> Marie-Paule CHIMIN épouse CHANSON  
M. Gilles MENDIOLA  
M<sup>me</sup> Diane MOKE épouse TEUIRA  
M. Gilbert SAUNE  
M. Jean Emmanuel SHAN  
M. Chris TEIKIVAHITINI  
M<sup>me</sup> Léana UTIPUTONA épouse KAIMUKO  
M. Julien KOKAUANI  
M<sup>lle</sup> Agnès KOHEATIU  
Pompiers + représentant speed boat

Audition de M. Marc TARRATS, représentant de la FEPSM

Audition avec une infirmière libérale M<sup>me</sup> Marie-Josée HEITAA

## FATU HIVA

Conseil municipal de Fatu Hiva  
M. Henri TUIEINUI, Maire  
M<sup>me</sup> Justine GILMORE épouse PAVAOUUAU  
M. Xavier GILMORE  
M<sup>me</sup> Marie-Christine TUIEINUI épouse KOHUEINUI  
M<sup>me</sup> Marie-Noëlle EHUEINANA épouse KOKAUANI  
M. Hahioa ROPATI  
M. Arthur KOHUEINUI  
M. Athanase PAHUTOTI  
M<sup>me</sup> Lucia TUPAI  
M. Noël ARIITAI  
M<sup>me</sup> Marguerette MAKE épouse PAVAOUUAU  
M. Lorenzo PAVAOUUAU  
M<sup>me</sup> Glenda TEIKIOTIU épouse KAIHA  
M. Jean Maxime TAMETONA  
M<sup>me</sup> Marie-Céline KAMIA  
Diva CHERMANN

---

M. Roland LAUFATTE infirmier itinérant à l'infirmierie de Omoa  
M<sup>me</sup> Nadia VAIKAU auxiliaire de santé

## TAHUATA

Conseil municipal de Tahuata  
M. BARSINAS Félix, Maire  
M. KOKAUANI Tetuamatavau, François  
M<sup>me</sup> ROOTUEHINE épouse VAIMAA Myriam  
M<sup>me</sup> ANIAMIOI épouse NAKEAETOU Sabina  
M<sup>me</sup> TEREUA épouse LEMAIRE Teura  
M. TIMAU Louis  
M. VAKI Augustin  
M<sup>me</sup> KAHUPOTU veuve TAATA Marie Antoinette  
M. KOKAUANI Jean-Baptiste  
M<sup>me</sup> TOHUHUTOHETIA épouse BANGELINA Diane  
M. HUTAOUOHO William  
M. TIMAU Norbert  
M<sup>me</sup> TETAHIOTUPA épouse ANIAMIOI Sabine  
M<sup>me</sup> TIMAU épouse BARSINAS Marie Louise  
M<sup>me</sup> BONNO épouse TIMAU Mirella

---

M<sup>me</sup> Anita OHU, infirmière à l'infirmierie de Vaitahu  
M<sup>me</sup> Marie-Yvelice TAMATAI, auxiliaire de soin

## Récapitulatif des auditions aux Tuamotu-Gambier

### TIKEHAU

M<sup>lle</sup> Aleyde TAUMI, infirmière au dispensaire de Tikehau+ aide technique

M. Marere TETUA, maire de la Commune de Tikehau

### RANGIROA

Conseil municipal de Rangiroa

M. Teina MAREURA, Maire

M. Hoa Félix TETUA

M. Temeehu TETOKA

M. Manua NIVA

M. Ronald ESTALL

M. Auguste Tepuhipuhi TEHAU

M<sup>me</sup> Sylvia GATATA épouse TOOMARU

M. Bernard NATUA

M. Jeannot TUPAHIROA

M. François Taurarii MAURI

M. Pierre Tauhere TETIHIA

M<sup>me</sup> Weilani TEINAORE

M. Manuiva CADOUSTEAU

M<sup>me</sup> Joséphine TEIVAO épouse DESROCHES

M. Faaitini Nanua TAMAHEHU

M. Teanuanua TAIRANU

M. Marere METUA

Dr ANDRAUD, médecin au dispensaire de Rangiroa

M. Stéphane MELLADO, infirmier

Dr Étienne GUITTON, médecin libéral à Avatoru et Tiputa

François MAURI, tavana de tiputagents communaux + des habitants de Tiputa

### HAO

Réunion avec le personnel médical du centre médical de Hao (Dr Jérôme LACROIX, IDE, et auxiliaire de soins)

Conseil municipal de Hao

M. TUAHINE Théodore, Maire

M. DUMOULIN-BOURVEN Sébastien

M<sup>me</sup> ETARONIA épouse HIO Nadine

M. AKAMOANA Maniaro

M. LAU Charles

M. TUTEIRIHIA Thierry

M. PAVAOUAU Philippe

M<sup>me</sup> KAVERA Fifine

M<sup>me</sup> TAGAROA épouse ROOPINIA Nicole

M<sup>me</sup> QUESNE épouse CHONG Maura

M<sup>me</sup> TEREROA-TERIIRERE épouse VOIRIN Jacqueline

M<sup>me</sup> MAI-TAKAMOANA épouse APA Mauricette

Pompiers + Gendarmerie

### RIKITEA

Réunion avec certains membres du Conseil municipal de Rikitea (Tavana, + adjoints aux maires + SG)

Réunion avec le personnel médical du Centre médical de Rikitea (Dr Guy et infirmier)

Réunion avec M<sup>me</sup> Mathilde TAVITA, infirmière libérale à Rikitea

# LISTE DES ANNEXES

## **ANNEXE 1 - 3 fiches jointes à la préface**

*Annexe 1-1 : Questions des représentants sur les évasans inter-îles entre 2005 et 2020*

*Annexe 1-2 : Articles de presse sur les évasans inter-îles*

*Annexe 1-3 : Les transporteurs aériens*

**ANNEXE 2** – Lettre de cadrage relative à la mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles en Polynésie française

**ANNEXE 3** – Les formations sanitaires de la Direction de la santé

**ANNEXE 4** – Les différentes catégories de formations sanitaires

**ANNEXE 5** – Les aérodromes de Polynésie française

**ANNEXE 6** – Missions dans les îles

**ANNEXE 7** - Textes comparés des différents régimes de la protection sociale généralisée ouvrant aux évacuations sanitaires interinsulaires

**ANNEXE 8** - Formulaire de demande d'évacuation sanitaire programmée

**ANNEXE 9** - Bon de réquisition pour une évacuation sanitaire interinsulaire  
Convention relative aux évasans d'urgence conclue entre les forces armées et la CPS

**ANNEXE 10** - Les différentes catégories de véhicules terrestres dédiés au transport sanitaire

**ANNEXE 11** - Agrément de transport de passager dans le cadre de transports sanitaires ou médicaux urgents dans l'archipel des îles Marquises

**ANNEXE 12** - Convention du 1<sup>er</sup> mars 2017 modifiée par avenant du 1<sup>er</sup> avril 2019 relative aux évacuations sanitaires urgentes conclue entre la CPS et Air Archipels

**ANNEXE 13** - Convention provisoire du 19 juillet 2019 relative aux évasans d'urgence conclue entre TNH et la CPS

**ANNEXE 14** - Convention relative aux évasans d'urgence conclue entre les forces armées et la CPS

**ANNEXE 15** - Convention relative aux évasans urgentes des non ressortissants de la CPS conclue entre le CHPF et la compagnie Air Archipels

**ANNEXE 16** - Convention relative au transport sanitaire conclue avec la commune de Nuku-Hiva et la Direction de la santé

# ANNEXE 1 - 3 FICHES JOINTES À LA PRÉFACE

## ANNEXE 1-1 : Questions des représentants sur les évasans inter-îles entre 2005 et 2020

Durant ces quinze dernières années, les élus de l'assemblée ont interpellé les gouvernements successifs par une quinzaine de questions orales et écrites<sup>203</sup> :

1 - Ainsi, le 7 juillet 2005, Mme Tamara BOPP DU PONT pose une question orale sur **le manque de personnel de santé** sur l'île de Rapa où résident 495 habitants dont 40 souffrent de longue maladie. Une seule infirmière est en poste 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 alors que deux autres postes budgétairement prévus ne sont pas pourvus. La ministre de la santé répond que les postes isolés manquent d'attractivité en raison de la lourde responsabilité des soignants en situation d'isolement extrême, de l'absence de desserte aérienne et d'une desserte maritime peu fréquente. Elle prévoit de doter l'île d'une deuxième infirmière et de renforcer l'équipe des soignants itinérants dès lors que les postes seront votés par l'assemblée.

2 - Le 21 septembre 2005, c'est au tour de Mme Armelle MERCERON de poser une question orale sur **la pénurie de soignants** dans les archipels où de nombreux postes sont vacants ou privés de personnel stable tandis que ceux en poste sont en état d'épuisement professionnel (burnout). Elle déplore qu'il n'y ait aucun médecin aux Australes sur les quatre postes existants, une seule infirmière à Rapa, aucun médecin à Makemo, Fakarava, Hao, Rikitea et un seul médecin à Atuona au lieu de deux. Cette situation entraîne de **recourir à des évacuations sanitaires supplémentaires, coûteuses** pour la collectivité. La ministre de la santé reconnaît l'insuffisance de personnel médical et paramédical au sein de la Direction de la santé mais affirme hériter d'une situation ancienne où **aucune réforme ni gestion prévisionnelle de ces postes cruciaux de soignants** n'avaient été auparavant initiées.

3 - Au cours de la séance du 18 octobre 2005, M. Jean-Alain FREBAULT interpelle le ministre du développement des archipels sur **l'absence de desserte par hélicoptère** dans l'archipel des Marquises, suite à la panne et à l'immobilisation du seul hélicoptère le desservant. Il interroge le gouvernement sur les mesures d'urgence qu'il compte prendre pour pallier cette déficience, dans l'immédiat et à long terme et sur sa position vis-à-vis du vœu des élus marquisiens de voir pérenniser et renforcer la desserte en hélicoptère dans leur archipel.

Le ministre répond qu'en cas d'urgence immédiate, les îles peuvent être desservies par avion médicalisé, à l'exception de Tahuata et Fatu Hiva dépourvues de piste d'atterrissage. Les patients de ces deux îles devront être **transportés par voie maritime vers Hiva Oa par la navette ou par poti mārara**. L'hélicoptère pourra reprendre ses rotations dans 3 semaines après réception des pièces.

.....  
203) Questions orales de Mme Tamara BOPP DU PONT du 7 juillet 2005 portant sur la situation du personnel de santé sur l'île de Rapa, de Mme Armelle MERCERON du 21 septembre 2005 portant sur la santé publique dans les archipels, de M. Jean-Alain FREBAULT du 18 octobre 2005 portant sur la desserte en hélicoptère intra-îles aux îles Marquises, de Mme Maryse OLLIVIER du 4 juillet 2006 portant sur la procédure d'évasans inter-îles, de Mme Monique RICHTON portant sur la situation des médecins dans les îles, de M. J. FREBAULT du 20 octobre 2009 portant sur l'état d'avancement du projet d'hélicoptère destiné aux évacuations sanitaires et la veille sanitaire de l'archipel des Marquises, Mme Nicole BOUTEAU du 13 novembre 2014 sur la situation du personnel médical dans les structures de santé périphériques, de M. Joseph AH-SCHA du 29 septembre 2016 portant sur les évasans des Marquises ainsi que le réseau routier de l'archipel, de Mme Joëlle FREBAULT du 13 octobre 2016 portant sur le manque de personnel de santé aux Marquises etc.

Questions écrites de M. Teva ROHFRITSH du 1<sup>er</sup> octobre 2013 ayant pour objet « Évasan aux Marquises », de Mme Éliane TEVAHITUA du 30 novembre 2015 portant sur la situation sinistrée de l'hôpital des Marquises et du 12 juillet 2016 sur les conditions hasardeuses des évasans inter-îles aux Marquises.



Quant à la pérennisation et au renforcement de la desserte aérienne aux Marquises, la construction d'un aérodrome pour Dornier et Twin Otter est estimée à un milliard et la faisabilité réelle n'est pas établie pour les trois sites pressentis. À Fatu Hiva, le seul site retenu au Nord d'Omoa peut accueillir un altiport de 600 mètres de long avec un coût hors infrastructures routières de l'ordre de 2 milliards. L'exploitation de ces deux dessertes serait déficitaire.

**La desserte par hélicoptère présente l'avantage que tout terrain de volley, plage, parking peut servir d'hélicurface**, sans qu'il soit nécessaire de construire de nouvelles routes. Un simple hangar de 500 m<sup>2</sup> suffit pour abriter et maintenir l'appareil. Ce moyen est particulièrement adapté aux évasans.

4 - Le 4 juillet 2006, Mme Maryse OLLIVIER interpelle en séance plénière la ministre de la santé sur **les difficultés administratives survenues lors du retour programmé** à Tubuai d'un patient insuffisant respiratoire chronique, évacué sur le CHPF pour un bilan de contrôle. En raison d'un problème d'indisponibilité d'oxygène thérapeutique pendant le vol Papeete-Tubuai, les procédures administratives inhérentes aux services de la CPS, la Direction de la santé et Air Tahiti ont eu pour conséquence de prolonger le séjour du patient malgré lui. La représentante requiert de simplifier les procédures administratives, de coordonner les services techniques, **d'éviter aux patients le parcours du combattant** dans ces différents services, et « d'humaniser les relations administration-patient qui ont fait défaut dans ce cas précis ».

En réponse, la ministre précise que « la CPS a procédé **en 2005 à 22 559 évacuations sanitaires inter-îles** dont 19 821 ont fait l'objet d'une entente préalable avec la CPS et 2.738 ont fait l'objet d'une réquisition de la part d'un médecin. Sur ces 22 559 évacuations sanitaires, 17 611 représentaient des évacuations entre les archipels et Tahiti, et plus précisément, 1703 entre les Australes et Tahiti. Ces chiffres sont considérables en regard du peu de plaintes enregistrées et indiquent que la CPS maîtrise parfaitement la procédure à la satisfaction générale. Elle estime le cas cité comme exceptionnel. Depuis, la Direction de la santé s'est dotée d'une bouteille d'oxygène stockée sur Tubuai pour le prochain insuffisant respiratoire amené à être évacué. Concernant la simplification des démarches administratives, la CPS a instauré un guichet unique qui traite en un lieu tous les dossiers d'évacuations sanitaires.

5 - En séance du 18 juin 2009, Mme Monique RICHETON pose une question au ministre de la santé **sur le manque de médecins dans les archipels des Tuamotu-Gambier et les Marquises** en dépit de l'objectif du schéma d'organisation sanitaire d'atteindre **un médecin par tranche de population de 1 000 habitants**. Ainsi, la commune de Rikitea qui compte un millier d'habitants, ne dispose d'aucun médecin. Cette situation s'avère très problématique en cas d'urgence et en raison de l'éloignement car la piste n'est pas ouverte au trafic aérien nocturne. La représentante demande comment le ministre compte réaliser l'objectif de mettre un médecin pour 1000 habitants dans les îles éloignées.

En retour, le ministre répond qu'il a pour ambition de **placer l'utilisateur au coeur du système de soin en améliorant l'offre de soins de proximité**, notamment aux Tuamotu-Gambier structurellement déficitaires du fait de leur dispersion géographique. Il annonce le recrutement en cours d'un médecin pour Rikitea. Il indique qu'aux Marquises, l'île d'Ua Pou compte deux médecins en postes fixes au centre médical de Hakahau. Pour les îles de moins de 1.000 habitants telles que Fatu Hiva, Tahuata, Ua Huka, il prévoit des missions médicales et dentaires supplémentaires dans le cadre du contrat de projets 2008-2013.

6 - Le 28 mai 2009, Mme Joëlle FREBAULT pose une question orale sur la **situation alarmante de la disparition des hélicoptères du ciel polynésien**. Pour des raisons de rentabilité<sup>204</sup>, de quatre appareils en exploitation<sup>205</sup>, la société Polynesia Hélicoptères dont l'avenir est incertain ne dispose plus que d'un seul hélicoptère opérationnel basé à Tahiti. Il y a également peu de visibilité sur l'avenir des deux hélicoptères Puma de l'armée. Or, l'hélicoptère constitue un moyen de transport sanitaire indispensable dont **la rapidité d'intervention peut sauver des vies** sur un territoire qui reste encore très enclavé et peu facile d'accès. Si son rayon d'action de 300 kilomètres lui permet de couvrir les urgences sur les Îles du-Vent et les Îles Sous-le-Vent, que fait-on pour le reste de nos archipels ?

.....

204) Pour une activité rentable, cette société doit faire au moins 400 heures de vol par an au lieu actuellement des 200 heures par an.

205) Un hélicoptère est basé aux Marquises, un aux Îles Sous-le-Vent et deux à Tahiti.

En réponse, le ministre des transports a fait part du lancement prochain d'un **appel d'offres** international à échéance du mois de novembre afin de trouver l'aéronef pouvant répondre à des contraintes opérationnelles sur l'ensemble du territoire, en termes notamment de certification et de maintenance, avec des coûts d'exploitation supportables pour la collectivité.

7 - Le 20 octobre 2009, Mme Joëlle FREBAULT interpelle de nouveau sur l'état d'avancement **du projet d'hélicoptère destiné aux évacuations sanitaires et la veille sanitaire** de l'archipel des Marquises.

Le ministre des transports répond que la consultation locale, comme internationale sur les conditions d'exploitation d'un hélicoptère médicalisé dédié et basé aux Marquises reste toujours d'actualité. Mais le cahier des charges n'est pas prêt. La société d'hélicoptères retenue pourrait prétendre à la défiscalisation métropolitaine pour l'acquisition d'un appareil neuf. Une autre option consisterait à soustraire au titre du contrat de projets 2009 une enveloppe initialement dédiée au volet Santé, dans le but de **faire financer pour moitié par l'État l'acquisition d'un hélicoptère biturbine, l'autre moitié étant supporté par le Pays.**

8 - Le 1<sup>er</sup> octobre 2013, M. Teva ROHFRICTSCH dépose une question écrite à l'adresse de la ministre de la santé sur les **évasans aux Marquises**, suite au cas d'un enfant de 9 ans de Hiva Oa victime d'une crise d'appendicite et finalement **évasané par bonitier** sur Nuku Hiva au bout de 2 jours car les très mauvaises conditions météorologiques sur l'île interdisent tout trafic aérien. Au bout de cinq heures de navigation éprouvante, l'enfant a pu être pris en charge à temps par l'hôpital de Taiohae. En l'absence d'hélicoptère aux Marquises, le représentant interroge sur la **solution alternative** qu'offre la Fédération d'entraide polynésienne de sauvetage en mer (FEPSM) avec la mise en place d'une **vedette de sauvetage et d'assistance médicale (VSAM)** conduite par des bénévoles formés et expérimentés, qui se seraient chargés des EVASAN maritimes d'urgence.

Sa question est demeurée sans réponse.

9 - Le 13 novembre 2014, Mme Nicole BOUTEAU pose une question sur le **manque récurrent de personnel médical dans les structures de santé périphériques**, notamment dans les hôpitaux de Taravao, d'Uturoa et de Nuku Hiva, lequel est préjudiciable aux populations des archipels éloignés qui se voient obligées d'avoir **recours aux évasans**. Elle interroge le ministre sur ses solutions pour **rendre les postes isolés plus attractifs** dans nos archipels et sur le recensement des **étudiants polynésiens en médecine**.

Le ministre répond de la **difficulté grandissante à recruter et conserver des médecins en exercice dans nos archipels**. Une page ouverte sur le site Internet du CHPF permet aux étudiants polynésiens de voir les postes médicaux offerts au recrutement en Polynésie, tant à la Direction de la santé qu'au CHPF. Selon les spécialités choisies, **le retour des futurs médecins polynésiens est plus compliqué et quasi impossible** en raison du nombre de postes très limité au sein de chaque spécialité en Polynésie. Pour lui, la solution ne repose pas sur l'hypothétique retour au Pays des étudiants mais sur une dynamique de soins d'ensemble à l'échelle du pays.

Le futur schéma d'organisation sanitaire prévoit de constituer des équipes à l'échelle du pays en créant un établissement public de soins primaires pour fédérer l'ensemble des dispensaires et des structures de prévention et en mettant en place un centre hospitalier public polynésien regroupant les hôpitaux du CHPF, de Taravao, Uturoa et de Taiohae.

10 - Le 30 novembre 2015, Mme Éliane TEVAHITUA dépose une question écrite adressée au ministre de la santé sur **la situation sinistrée de l'unique hôpital des Marquises**, miné par le sous-effectif chronique en personnel soignant, la fermeture du bloc opératoire et de la maternité, le surmenage des agents, qui remettent en cause sa mission de service public hospitalier. Elle évoque la nécessité de rattacher directement l'hôpital des Marquises ainsi que les hôpitaux publics de Ra'iatea, de Moorea et de Taravao au Centre Hospitalier de la Polynésie française fort de son savoir-faire et de sa réactivité en matière de gestion prévisionnelle de ressources humaines hospitalières.

En réponse, la première piste envisagée par le gouvernement consiste à **améliorer l'accueil et les conditions de travail des professionnels**. La deuxième prévoit dans le cadre du schéma d'organisation sanitaire de **constituer des équipes à l'échelle du Pays** en mettant en place **un centre hospitalier public polynésien**, regroupant tous les hôpitaux publics polynésiens. La dynamique de soins d'ensemble à l'échelle du fenua facilitera les recrutements et les mobilités entre les différentes structures hospitalières ainsi que l'accès aux actions de formation continue. La troisième piste consiste à rompre l'isolement relatif des équipes des îles par le développement accru de la télémédecine.

11 - Le 11 juillet 2016, Mme Éliane TEVAHITUA adresse une question écrite portant sur **les conditions hasardeuses des évasons inter-îles dans l'archipel des Marquises**, suite au décès d'une patiente de Ua Huka en état de choc septique après 15 heures d'évasan. L'île infortunée de Ua Huka dont est originaire cette victime, avait déjà vécu pareil drame en octobre 2014 « après le décès d'un homme de 33 ans suite à un accident de voiture lors de son transfert vers Nuku Hiva... La lenteur et les conditions difficiles de son évasan avaient peut-être empêché de sauver ce père de famille ». D'octobre 2014 à juillet 2016, le Pays n'aura rien fait pour remédier aux conditions calamiteuses de secours et de transport inter-îles de nos malades de l'archipel des Marquises.

Le ministre de la santé répond que les solutions sont difficiles à mettre en oeuvre. La communauté des communes des îles Marquises (CODIM) est réticente au projet émanant de la Fédération d'entraide polynésienne de sauvetage en mer (FEPSM) qui propose au Pays et à l'Etat **d'acquérir trois vedettes (VSAM)** pour l'ensemble de l'archipel afin d'assurer de manière mutualisée, le sauvetage en mer de compétence Etat et l'assistance médicale de compétence du Pays.

La CODIM estime cette solution, la moins appropriée tandis que le responsable du SMUR du CHPF parle d'une solution alternative et transitoire dans l'attente de la mise en place d'un moyen hélicoptéré. **Les transports hélicoptérés demeurent la solution idéale mais le coût des deux hélicoptères biturbines est évalué à 900 millions de F CFP.**

Par ailleurs, **un navire de transport de passagers équipé de brancards** est en cours de construction et sera achevé fin 2016. Il desservira les îles des Marquises Sud et sera en mesure d'effectuer les Evasan programmées. Quant aux Tuamotu Gambier et aux Australes où quasiment chaque île dispose d'une piste d'atterrissage, leur configuration ne justifie pas la mise en place de moyens supplémentaires à ceux existant actuellement.

12 - Le 29 septembre 2016, M. Joseph AH-SCHA pose une question orale portant sur **les évasons des Marquises suite au décès d'une jeune femme** de Ua Huka après plus de 15 heures d'évasan au mois de juillet dernier, il interpelle le ministre de la santé sur **l'achat d'un hélicoptère avec un partenariat entre l'Etat, le Pays et les communes** et sur le projet de la Fédération d'entraide polynésienne de sauvetage en mer (FEPSM) **d'une vedette de sauvetage en mer et d'assistance médicale (VSAM).**

Le ministre répond que **la solution de transport hélicoptéré est reconnue comme idéale** et inscrite au projet du schéma directeur des transports. Le coût estimé des deux hélicoptères biturbines jugés nécessaires est évalué à 900 millions de F CFP.

Sur la dotation de 3 vedettes aménagées de la FEPSM comprenant l'acquisition de deux VSAM de catégorie 2 et un VSAM de catégorie 1, **seul le modèle de classe 1 a été retenu** après avis technique des services du ministère des transports.

Par ailleurs, un navire à passagers « **Te Ata o Hiva** » spécialement aménagé pour réaliser des évasons urgentes est en cours de construction et achevé en décembre 2016. Il sera basé à Hiva-Oa et desservira les îles des Marquises Sud avec la possibilité de rallier, pour du transport sanitaire, les îles du Nord sur décision du médecin régulateur au regard des circonstances et des délais de route.

13 - Le 13 octobre 2016, Mme Joëlle FREBAULT pose une question orale portant sur le **manque récurrent de personnel de santé aux Marquises et les événements dramatiques survenus lors d'évacuations sanitaires** et sur ce que compte faire le ministre pour y remédier.

Le ministre répond que les moyens de transport à disposition sur ces îles enclavées sont souvent limités aux vols proposés par Air Tahiti et Air Archipel voire, dans les cas les plus urgents, aux avions militaires ou aux embarcations maritimes privées. **« La mise en place d'une chaîne de transports dédiée aux évasans engendrerait un coût financier difficilement supportable par la collectivité ».**

Concernant le centre médical sans médecin depuis le 2 octobre 2016, la continuité médicale a été assurée par des **médecins itinérants et conventionnés**. L'île n'est plus dépourvue de médecin depuis l'ouverture d'un cabinet médical libéral il y a deux ans. Un médecin conventionné par la Direction de la santé prendra ses fonctions à compter du 18 octobre jusqu'au 6 décembre 2016 au centre médical puis relevé par un médecin itinérant dans l'attente de la nomination du prochain lauréat au concours de recrutement de 35 médecins relevant de la Fonction publique de la Polynésie française.

Le manque d'attractivité de l'hôpital de Taiohae pour le personnel médical s'explique notamment par l'éloignement du CHPF, l'isolement du médecin sur les lieux ainsi qu'une faible activité.

14 -Le jeudi 17 octobre 2019, M. Benoît KAUTAI pose une question orale sur **l'enquête administrative diligentée suite au décès d'un nourrisson évasané depuis Ua Pou** et les décisions qui seront prises à l'avenir pour améliorer les Évasan dans les archipels éloignés, notamment les Marquises.

Le Président de la Polynésie française répond que le budget de la santé a été abondé ces dernières années en vue de **l'augmentation du personnel médical dans l'archipel, de la mise à niveau de l'hôpital de Taiohae et des centres de soins et de l'arrivée du mammographe**.

Concernant le drame du petit enfant, le rapport d'étape portait sur les conditions et le déroulement de l'évacuation sanitaire de l'enfant le dimanche 6 octobre. Il ressort qu'il n'y a **pas eu de dysfonctionnement dans les procédures liées à l'évacuation sanitaire elle-même**.

Depuis 2007, les Îles Marquises ne disposent plus d'hélicoptère pour la prise en charge urgente des patients. Pourtant, les urgences vitales peuvent être traitées en première ligne à l'hôpital Louis Rollin permettant une stabilisation des patients en attente de leur évacuation sur l'hôpital du Taaone. **Le retour de moyens héliportés est une préconisation de l'ARASS de même que l'installation d'un scanner sur Taiohae pour améliorer les diagnostics**.

Le gouvernement a décidé d'inscrire les crédits nécessaires au collectif budgétaire afin d'**acheter un scanner 9 barrettes** pour équiper l'hôpital des Marquises. Les images seront acheminées par la voie informatique pour être validées par un radiologue ou transmises directement au Samu. Ce scanner permettra une prise en charge plus sécurisée, d'éviter 200 évasans par an sachant que le coût moyen d'une évasan programmée (patient et accompagnant compris) sur les Marquises étant d'environ 90 000 F CFP, la dépense évitée serait d'environ de 25 millions F CFP pour notre collectivité.

La construction **d'une navette maritime équipée pour les transports sanitaires pour le groupe Nord** est inscrite au budget du Pays à hauteur de 150 millions F CFP. De surcroît, la ministre des Outre-mer confirme l'inscription d'une participation de l'État au budget 2019 à hauteur de 300 000 euros pour **le financement d'un bateau spécialement équipé pour le sauvetage en mer** ainsi qu'un complément de 150 000 euros pour que la participation de l'État représente 50 % de l'investissement qui sera au total de 122 millions F CFP. En appui des évasan sur Marquises Nord, le Pays financera ce moyen supplémentaire en plus de la **navette sister ship du Te Ata O Hiva**.

Sur la question de la priorisation de la prise en charge des Évasan sur les vols commerciaux d'Air Tahiti, ces vols sont parfois inopérants comme le montre l'arrêt effectif de la desserte par le Twin Otter. La compagnie sera sommée d'assumer la continuité du service public aux Marquises.

Le gouvernement est favorable à ce que les Marquises soient équipées de l'hélicoptère mais son exploitation aura un coût pour la collectivité en raison du manque de rentabilité de ces lignes. La compagnie Tahiti Nui Helicopters, soutenue par le Pays par le biais d'Air Tahiti Nui (ATN) actionnaire à 50 %, a été saisie et demande la mise à niveau des infrastructures. **L'exploitation d'un hélicoptère aux Marquises devra être faite avant juin 2020** avec au préalable l'inscription de crédits pour la mise à niveau des infrastructures et sous réserve de l'accord de l'assemblée au principe d'un soutien financier important à l'exploitation de cet hélicoptère.

15 - Par question écrite du 20 juillet 2020 au ministre de la santé, Mme Éliane TEVAHITUA évoque **le départ prématuré du médecin d'Ua Pou** en raison des difficultés structurelles auxquelles il est confronté dans l'exercice quotidien de son activité professionnelle, de **son impuissance à gérer les cas d'urgence absolue survenant de nuit avec un nouvel hélicoptère de type EC-135**, en service depuis trois semaines, **dans l'impossibilité d'appareiller de nuit du fait de l'absence de balisage et d'éclairage adéquats rendant les opérations d'évacuations sanitaires de nuit impraticables**. Interpellée par des habitants de l'île de Fatu-Hiva sur les conditions d'évasans de nuit en urgence de patients par bonitier dans des conditions météorologiques maritimes épouvantables, la représentante demande au ministre de la santé quelles sont les mesures concrètes du gouvernement pour assurer **une prise en charge respectueuse et efficace des évacuations sanitaires des malades de Fatu Hiva**.

Le ministre répond que « **la forte dispersion géographique et démographique de l'archipel a des conséquences importantes sur l'attractivité des territoires et les difficultés organisationnelles à y implanter une véritable offre de soins**. » La médecine publique assure l'essentiel de la couverture médicale de la Polynésie<sup>206</sup>.

Les évacuations sanitaires urgentes par voie aérienne sont possibles dans les îles dotées d'un aéroport sauf Tahuata et Fatu Hiva pour lesquelles il est fait appel au transport maritime. Les entraves au recours systématique au transport aérien sont **les fermetures des aéroports des Marquises à l'aviation civile entre 17 h 30 et 5 h 30** car ils sont classés **en zone hostile** et les conditions météorologiques sur l'aéroport d'altitude de Hiva Oa qui contrarient parfois les vols.

Suite au drame de Ua Pou, une étude préalable a confirmé la nécessité d'infrastructures pré requises et la conclusion d'une prestation de **transport aérien médicalisé et héliporté clé en main** plutôt qu'à une acquisition et une exploitation des équipements. Dans l'attente d'un dispositif pérenne à moyen ou long terme entre 5 et 9 ans, à court terme une solution transitoire héliportée, déployée rapidement sur une période de 12 mois renouvelable 6 mois, avec la compagnie Tahiti Nui Helicopters est retenue.

Les infrastructures d'accueil des appareils requises sont un hangar avec cuve et stockage ; une hélistation proche de l'hôpital de Taiohae ; une rénovation du balisage lumineux de l'aéroport, pour un montant de 250 millions de F CFP.

**Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, un contrat provisoire a été établi avec la société Tahiti Nui Helicopters (TNH), qui prend fin le 21 septembre 2021, renouvelable pour six mois.** La compagnie utilise deux appareils en location pour les évasans avec un appareil gardé en secours pour garantir une continuité de service. L'équipage se relaie tous les dix jours pour effectuer des évasans de jour entre 6h et 17h.

S'agissant des **vols de nuit**, ils sont généralement **considérés comme très accidentogènes**. De plus, la pratique du vol de nuit doit combiner à la fois, l'utilisation **d'un appareil doté de l'équipement approprié, un équipage qualifié au vol de nuit**, et une mise en conformité des hélistations ou hélisurfaces équipées d'un dispositif lumineux adapté au type de plate-forme renforcé d'un dispositif lumineux d'approche pour les vols de nuit. Ces conditions ne pouvaient pas être réunies dans le délai court pour installer rapidement les deux premières machines.

.....  
206) Le ministre de la santé rappelle que la Direction de la santé, par sa présence très dispersée sur le territoire, représente au global un important effectif de 1157 agents dont 130 médecins, 28 cadres de santé, 31 sages-femmes, 302 IDE et 96 aides-soignantes. Son réseau est composé de 126 structures de santé, situées dans 58 îles et 45 des 48 communes.

Sur le moyen et long terme, il convient d'installer une prestation pérenne sur les Marquises. **Le nouveau cahier des charges intégrera également la prestation des vols de nuit.** Dans l'attente de pouvoir recourir aux vols de nuit, des consignes ont été données aux agents de santé afin d'anticiper le plus possible les transferts durant le jour.

**Une amélioration substantielle de l'offre de soins aux Marquises** a été réalisée en terme d'infrastructures et d'équipements biomédicaux - appareils d'échographie dans la plupart des îles, mammographie à Taiohae, appareil de radiologie neuf et prochainement, l'installation d'un scanner à Taiohae et sans oublier la première acquisition de 10 stations de télémédecine au titre du CDP 2020 dans le cadre d'une expérimentation d'une télé-régulation médicale d'urgence entre le CI5 et les structures de soins des îles dont deux équipent l'infirmerie de Omoa (Fatu Hiva, Marquises) et l'infirmerie de Hane (Ua Huka, Marquises).

Enfin, sur le plan des ressources humaines, **la Direction de la santé s'efforce de combler tous les postes médicaux et soignants pour assurer la continuité des soins de l'archipel.**

## **ANNEXE 1-2 : Articles de presse sur les évassans inter-îles**

Depuis 2014, 26 articles de presse sont consacrés :

### ◆ **Aux mauvaises conditions de transport des patients**

En 2014, un décès est constaté à Ua Huka<sup>207</sup>. Après un accident qui s'est déroulé vers 15 h 30, le résident de l'île a attendu de longues heures avant qu'il soit évacué par bonitier vers l'hôpital de Nuku-Hiva (prise en charge seulement vers 21 h). L'hémorragie dont il a été victime n'a pas pu être prise à temps.

Le Maire d'Ua Pou et le président de la CODIM demandent le « *retour de l'hélicoptère aux Marquises, qui a déserté Nuku Hiva depuis la fin des années 2000 pour des raisons mécaniques et financières* »<sup>208</sup>.

En 2015, le Haut-Commissariat remet un agrément aux bateaux privés pour assurer les transports de passagers en cas d'urgence afin de ne plus « *ignorer une pratique qui se fait depuis des années* »<sup>209</sup>.

Une résidente de Ua Huka atteinte d'une leptospirose décède lors de son évasan. Elle a été évacuée de son île vers Nuku Hiva. Son état étant d'une certaine gravité, la patiente a dû être évasanée à l'hôpital de Taaone. Les délais d'acheminement ont été particulièrement longs et les moyens n'étaient pas adaptés<sup>210</sup>. Suite à cette évasan, la sœur de la jeune femme décédée saisit le procureur de la République. Une enquête préliminaire pour homicide involontaire est ouverte<sup>211</sup>.

À Ua Huka, un nourrisson de six mois a été évasané à l'hôpital de Taiohae par bonitier (2h environ de navigation)<sup>212</sup>.

En 2017, à Ua Pou, les evassans sont assurées par des bateaux de pêcheurs conventionnés qui assurent les liaisons vers Nuku hiva et effectuent des evassans à tout moment<sup>213</sup>.

.....  
207) <http://www.ladepeche.pf/evacuations-sanitaires-defaillantes-le-deces-de-laccidente-de-ua-huka-relance-la-polemique/>

208) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/joseph-kaiha-veut-un-helicoptere-regulier-pour-les-evassan-aux-marquises-172137.html>

209) [https://www.tahiti-infos.com/Evasans-dans-les-iles-l-annonce-de-l-Etat-ne-fait-pas-que-des-heureux\\_a152911.html](https://www.tahiti-infos.com/Evasans-dans-les-iles-l-annonce-de-l-Etat-ne-fait-pas-que-des-heureux_a152911.html)

210) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/polynesie-francaise/dramatique-evassan-aux-marquises-quand-une-vedette-rapide-378717.html>

211) [https://www.tahiti-infos.com/Sa-soeur-meurt-apres-15-heures-d-evassan-elle-demande-des-explications-a-la-justice\\_a153138.html](https://www.tahiti-infos.com/Sa-soeur-meurt-apres-15-heures-d-evassan-elle-demande-des-explications-a-la-justice_a153138.html)

212) [https://www.tahiti-infos.com/Ua-Huka-un-bebe-de-six-mois-evassane-en-poti-marara\\_a153728.html](https://www.tahiti-infos.com/Ua-Huka-un-bebe-de-six-mois-evassane-en-poti-marara_a153728.html)

213) [https://www.tahiti-infos.com/Evasan-a-Ua-Pou-une-astreinte-de-tous-les-instants\\_a158796.html](https://www.tahiti-infos.com/Evasan-a-Ua-Pou-une-astreinte-de-tous-les-instants_a158796.html)

En 2018, à Ua Pou, un homme originaire de Hakatau victime d'un AVC est évacué par hélicoptère vers l'hôpital de Nuku Hiva mais il décède avant d'arriver au quai de Nuku Hiva<sup>214</sup>.

En 2019, 26 habitants de Tahuata potentiellement tuberculeux sont évacués par hélicoptère vers l'île de Hiva Oa<sup>215</sup>.

#### ◆ **À la pénurie chronique de personnel soignant ou de matériel sanitaire dans les îles**

En 2015, l'hôpital de Taiohae manque de personnel. De nombreux patients sont évacués à Tahiti<sup>216</sup>.

En 2016, les Marquises Sud n'ont plus de médecin fixe au dispensaire d'Atuona depuis deux années. Des médecins itinérants de la Direction de la santé assurent des remplacements de quelque mois, à tour de rôle. Sur l'île de Hiva Oa, se trouve un médecin privé, non conventionné avec le dispensaire. Mais, la majorité des habitants ne dispose pas de moyens pour recourir aux services d'un médecin privé<sup>217</sup>.

En 2017, la situation à Hiva Oa ne s'est pas améliorée. Cinq praticiens ont fait des passages sporadiques au dispensaire alternés avec des périodes sans médecins. Le début de l'année est marqué par le décès de 5 personnes dont 4 dans des conditions dramatiques<sup>218</sup>.

Par la suite, un médecin qui devait effectuer un remplacement d'un mois à Hiva Oa n'a pas tenu plus de 2 semaines. Ce dernier était sidéré de voir que certaines demandes d'évacuations sont effectuées sans motifs médicaux<sup>219</sup>.

En 2018, une pénurie de médecins aux Australes est annoncée. Les médecins de Tubuai et de Rurutu ont dû quitter l'île en raison de leurs contrats arrivés à échéance<sup>220</sup>.

À Hao, les résidents ne disposent plus de médecins depuis deux ans<sup>221</sup>.

A Ua Pou, un homme a été évacué après un accident de quad. Vers 15 h 50, le SAMU de Tahiti a informé les pompiers d'Ua Pou de l'accident survenu sur la plage d'Aneou. Il a fallu une heure d'attente pour que le blessé soit transporté vers le centre médical de l'île. Vers 20h, faute de moyens pour déterminer les lésions éventuelles du blessé, une évacuation sanitaire vers Tahiti a été ordonnée par le médecin de l'île. Néanmoins, son pronostic vital n'était pas engagé.<sup>222</sup>

#### ◆ **Au recours aux forces armées pour effectuer des évacuations sanitaires urgentes**

En 2013, trois évacuations sont réalisées par des hélicoptères Dauphin de l'armée :

- Première évacuation à Rapa d'un enfant souffrant d'une infection, transféré vers Raivavae où Air Archipels a pris le relais pour qu'il soit envoyé à l'hôpital de Taaone ;
- Deuxième évacuation effectuée à la demande de la CPS pour un enfant blessé à la tête à Rapa ;
- Troisième évacuation d'une personne souffrante de Fakarava<sup>223</sup>.

214) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/polynesie-francaise/evasan-ua-pou-situation-est-critique-617714.html>

215) [https://www.tahiti-infos.com/26-habitants-de-Tahuata-evasanes-pour-risque-de-tuberculose\\_a183275.html](https://www.tahiti-infos.com/26-habitants-de-Tahuata-evasanes-pour-risque-de-tuberculose_a183275.html)

216) [https://www.tahiti-infos.com/L-hopital-des-Marquises-manque-de-personnel-medical\\_a142172.html](https://www.tahiti-infos.com/L-hopital-des-Marquises-manque-de-personnel-medical_a142172.html)

217) <http://www.ladepeche.pf/hiva-oa-situation-sanitaire-ne-cesse-de-se-degrader-population-a-assez/>

218) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/hiva-oa-situation-sanitaire-inquiete-473407.html>

219) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/marquises/hiva-oa/medecin-hiva-oa-claque-porte-487481.html>

[www.la1ere.francetvinfo.fr](http://www.la1ere.francetvinfo.fr), « le médecin d'Hiva Oa claque la porte »

220) [https://www.tahiti-infos.com/Penurie-de-taote-aux-Australes\\_a174798.html](https://www.tahiti-infos.com/Penurie-de-taote-aux-Australes_a174798.html)

221) [https://www.tahiti-infos.com/Mieux-vaut-ne-pas-etre-malade-a-Hao\\_a176101.html](https://www.tahiti-infos.com/Mieux-vaut-ne-pas-etre-malade-a-Hao_a176101.html)

222) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/ua-pou-homme-evasane-apres-accident-quad-645668.html>

223) <https://www.radio1.pf/trois-personnes-evasanees-par-les-dauphin/>

En 2014, quatre médecins ont été présentés à l'armée pour coopérer sur des missions d'évacuations sanitaires<sup>224</sup>.

Une évacuation est effectuée par un équipage militaire au moyen de l'avion CASA d'Ua pou vers Tahiti. Le blessé était accompagné par 2 pompiers et 2 du personnel médical de l'île<sup>225</sup>.

En 2015, une évacuation est réalisée par l'avion « Gardian Rescue Alfa » de l'armée à Rikitea. Un bébé souffrant d'une infection devait être évacué vers l'hôpital de Taaone. Selon cet article, depuis le début de l'année 2015, 30 personnes ont été secourues par les forces armées<sup>226</sup>.

En 2018, trois évacuations sont réalisées aux Australes par « l'escadron de transport 82 Maine » : une personne âgée de Rurutu, une fillette de 4 ans, un bébé. A bord, se trouvait une équipe de SAMU de l'hôpital de Taaone<sup>227</sup>.

En août, l'hélicoptère Dauphin a exécuté sa plus longue évacuation à l'atoll de Tenarunga avec 3.426 kilomètres et 14 heures de vol. Il a dû faire plusieurs escales pour se ravitailler à Fakarava, à Hao et à Moruroa avant de rejoindre Tenarunga. Ensuite, le patient a été transféré vers Moruroa pour être pris en charge par une équipe médicale à bord du Gardian<sup>228</sup>.

Le CASA de l'armée s'est posé pour la première fois à Ua Huka pour effectuer une évacuation sanitaire. Les hélicoptères Dauphin étaient déjà mobilisés sur une autre évacuation. L'appareil s'est posé sur l'île après 3 h 40 de vol. Au bout de 45 minutes, le CASA repart vers l'hôpital de Taaone<sup>229</sup>.

En 2019, aux Marquises, les forces armées ont mené une évacuation pour transférer vers l'hôpital de Taaone une maman et ses deux enfants suite à un accident de la route. L'avion Falcon a décollé de l'aéroport de Faa'a avec une équipe du SAMU pour se rendre à Nuku Hiva<sup>230</sup>.

À Hao, à 22 h 30 l'évacuation d'une jeune femme est déclenchée vers Tahiti par avion Falcon. La patiente est prise en charge par le SAMU<sup>231</sup>.

Ces interventions des forces armées pour porter « des secours d'urgence aux personnes justifiant un besoin d'évacuation sanitaire<sup>232</sup> » rentrent dans le cadre des missions de service public, notamment le secours aux populations et aux naufragés.

.....  
224) [https://www.tahiti-infos.com/Les-secours-militaires-presentes-aux-medecins-du-SAMU\\_a93034.html](https://www.tahiti-infos.com/Les-secours-militaires-presentes-aux-medecins-du-SAMU_a93034.html)

225) [https://www.tahiti-infos.com/Evasan-depuis-Ua-Pou-l-equipage-du-Casa-de-l-armee-a-fait-des-prouesses\\_a116267.html](https://www.tahiti-infos.com/Evasan-depuis-Ua-Pou-l-equipage-du-Casa-de-l-armee-a-fait-des-prouesses_a116267.html)

226) [https://www.tahiti-infos.com/Un-bebe-gravement-malade-evasane\\_a125429.html](https://www.tahiti-infos.com/Un-bebe-gravement-malade-evasane_a125429.html)

227) <https://www.radio1.pf/triple-evasan-aux-australes/>

228) [https://www.tahiti-infos.com/Le-Dauphin-realise-sa-plus-longue-evacuation-sanitaire-3426-kilometres\\_a174517.html](https://www.tahiti-infos.com/Le-Dauphin-realise-sa-plus-longue-evacuation-sanitaire-3426-kilometres_a174517.html)

229) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/marquises/ua-huka/casa-se-pose-premiere-fois-ua-huka-624624.html>

230) [https://www.tahiti-infos.com/Evasan-aux-Marquises-apres-un-accident-de-la-route\\_a183759.html](https://www.tahiti-infos.com/Evasan-aux-Marquises-apres-un-accident-de-la-route_a183759.html)

231) <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/avion-difficulte-evasan-journee-chargee-flotille-25f-734992.html>

232) Article 23 et 24 de l'ordonnance n° 2006-173 du 15 février 2006 portant actualisation et adaptation du droit applicable en matière de sécurité civile en Polynésie française.



## ANNEXE 1-3 : Les transporteurs aériens

Les transports sanitaires en Polynésie sont assurés par :

- La société anonyme **Air Tahiti**, non conventionnée avec la CPS, qui effectue des évacuations programmées en plus de son activité principale de transport commercial de passagers et de fret.

Les malades devant bénéficier d'évacuations programmées et semi- urgentes qui n'engagent pas leur pronostic vital (fracture fermée, simple par exemple) ne sont donc **pas prioritaires sur ses vols réguliers**. Obtenir une place pour leurs patients relève d'un **challenge permanent et chronophage** pour les équipes soignantes des îles, en particulier les week-ends.

- **La société Air Archipels** conventionnée avec la CPS est théoriquement disponible 7 jours sur 7 et 24 h sur 24 et réalise les évacuations sanitaires inter-îles de jour comme de nuit, quelles que soient les destinations. Elle assure la desserte des îles difficilement accessibles telles que les îles Marquises et certaines îles des Tuamotu.

Cependant, lorsque des évacuations sanitaires sont déclenchées, Air Archipels n'intervient pas dans les cas suivants : **absence de piste, absence de balisage de la piste ou balisage pas assez lumineux interdisant les interventions de nuit, autres problèmes liés à l'utilisation de la piste (camion des pompiers en panne), aéronefs déjà en intervention dans une (d') autre(s) île(s), problèmes techniques ou panne.**

- Pour pallier à ces situations, **le SAMU fait recours aux forces armées**, notamment aux Tuamotu-Gambier et aux Australes où leurs interventions sont nombreuses au regard de l'actualité. **La composante aérienne des forces armées** comprend des unités de l'armée de l'air et de la marine nationale.

Bien qu'elles rentrent dans le cadre des **missions de service public**, les interventions des forces armées sont **facturées à la CPS** et demeurent **fort onéreuses**.

- **La société Tahiti Nui Helicopters** qui parmi ses missions principales, « assure le transport pour les interventions urgentes, des transferts inter-hospitaliers ou entre les dispensaires et les hôpitaux polynésiens » et ce à la demande du SAMU ou d'entreprises privées d'assistance médicale.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2020, par contrat provisoire<sup>233</sup>, **un nouvel hélicoptère de type EC-135** est mis en service aux Marquises avec en secours un autre appareil, afin de garantir **une continuité de service des évacuations de jour entre 6h et 17h mais en impossibilité d'appareiller de nuit** du fait de l'absence de balisage et d'éclairage adéquats des hélisurfaces. De plus, cet appareil n'est pas doté d'équipement approprié ni d'un équipage qualifié au vol de nuit, rendant les opérations d'évacuations sanitaires de nuit impraticables d'autant que les îles Marquises sont classées en zone hostile.

- **À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021, un nouveau prestataire privé, la société Tahiti Air Charter devrait desservir** à priori les îles Marquises Nord au moyen d'un Cessna Caravan 208 EX d'une capacité de 8 sièges. Il vient de recevoir une délégation de service public du transport aérien régulier pour 5 ans vers Ua Pou et Ua Huka, à partir de Nuku Hiva.

Ce nouveau prestataire pourrait participer aux évacuations programmées jusqu'à Terre Déserte ainsi qu'au retour des patients dans leur île de résidence. **Mais à ce jour, il n'est pas encore en activité.**

.....  
233) Contrat se terminant le 21 septembre 2021 mais renouvelable pour six mois

# ANNEXE 2 – LETTRE DE CADRAGE

<p><i>Commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi</i></p>	 ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE	Papeete, le - 9 SEP. 2019 N° 257/2019/SAJCE/sp/mct
<b>CRÉATION D'UNE MISSION D'INFORMATION</b> <i>en application de l'article 59-2 du règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française</i>		

*La commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi, réunie le 29/08/2019, décide de la création de la mission d'information (MI) ci-après définie :*

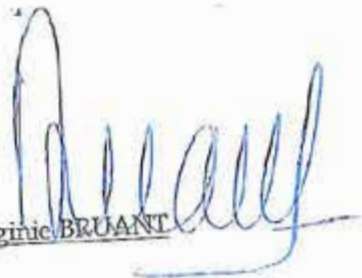
<b>Intitulé de la MI</b>	<b>Mission d'information portant sur les conditions de prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire inter-îles en Polynésie française</b>
<b>Objet de la MI</b>	<p>La mission d'information a pour objet :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– d'analyser le dispositif d'évacuation sanitaire inter-îles d'urgence et programmé ;</li> <li>– d'identifier les causes de dysfonctionnement conduisant à l'inefficacité du dispositif ;</li> <li>– de proposer des préconisations permettant d'améliorer et/ou de réformer le dispositif existant.</li> </ul>
<b>Durée prévisionnelle de la MI</b>	6 mois à compter de la date de sa création par la commission
<b>Composition de la MI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– M<sup>mes</sup> Sylvana PUHETINI et Éliane TEVAHITUA, <i>rapporteuses</i> ;</li> <li>– M<sup>me</sup> Nicole SANQUER, <i>membre</i> ;</li> <li>– M<sup>me</sup> Virginie BRUANT, <i>membre</i> ;</li> <li>– M<sup>me</sup> Béatrice LUCAS, <i>membre</i> ;</li> <li>– M<sup>me</sup> Vaitea LE GAYIC, <i>membre</i> ;</li> <li>– M<sup>me</sup> Romilda TAHIATA, <i>membre</i> ;</li> <li>– M<sup>me</sup> Vaiata PERRY-FRIEDMAN, <i>membre</i> ;</li> <li>– M. Frédéric RIVETA, <i>membre</i>.</li> </ul>
<b>Périmètre de la MI</b>	<p>La mission examinera notamment les éléments portant sur les points ci-après énumérés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– le cadre législatif et réglementaire applicable au dispositif d'évacuation sanitaire inter-îles d'urgence et programmé ;</li> <li>– les modalités de son organisation, de sa gestion et de son contrôle par la collectivité ;</li> <li>– les moyens budgétaire, humain et logistique dédiés aux évasans inter-îles ;</li> <li>– l'identification des principaux intervenants dans la chaîne logistique, médicale et administrative de la prise en charge du patient bénéficiant d'une évacuation sanitaire depuis son île de résidence jusqu'à Papeete et son retour ;</li> <li>– le recensement des refus de prise en charge médicale des patients ;</li> <li>– les causes de dysfonctionnement du dispositif d'évasans inter-îles ;</li> <li>– les préconisations de mesures d'amélioration au regard des dysfonctionnements constatés.</li> </ul>

<p><b>Sources d'information</b></p>	<p>La mission s'appuiera sur les informations pouvant être recueillies au travers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de la mission d'information 2018 relative à l'accueil, la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs, réalisée par l'assemblée de la Polynésie française ;</li> <li>- des rapports d'activité, comptes rendus et rapports divers des entités concernées par cette mission (CPS, Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale, Direction de la santé, dispensaires, hôpitaux périphériques, Direction des affaires sociales, Centre Hospitalier de la Polynésie française, Comsup, la Fédération d'Entraide Polynésienne de Sauvetage en Mer, etc...) ;</li> <li>- des statistiques et données détenues par ces entités et l'ISPF ;</li> <li>- de l'audition des personnes ressources citées ci-après (le cas échéant, par voie de questionnaire ou de visioconférence) ;</li> <li>- de tout autre document utile à la mission.</li> </ul>
<p><b>Personnes ressources</b></p>	<p>La mission pourra notamment retenir au titre des personnes ressources :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- M. Jacques RAYNAL, ministre de la santé et de la prévention, en charge de la protection sociale généralisée ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Isabelle SACHET, ministre de la famille et des solidarités, en charge de l'égalité des chances ;</li> <li>- M. Jean-Christophe BOUISSOU, ministre du logement et de l'aménagement, en charge des transports interinsulaires ;</li> <li>- M. Yvonnick RAFFIN, directeur de la Caisse de prévoyance sociale (CPS) ;</li> <li>- M. Tuterai TUMAHAI, responsable du contrôle médical, médecin conseil chef, en charge de la gestion des évasans (CPS) ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Laurence BONNAC-THERON, directrice de la santé ;</li> <li>- M. Pierre FREBAULT, directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Christine AH-SCHA, directrice des solidarités, de la famille et de l'égalité des chances ;</li> <li>- M. Vincent SIMON, chef du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du CHPF ;</li> <li>- Le chef de service du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) du CHPF ;</li> <li>- Le président de la commission médicale d'établissement du CHPF ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Murielle ARONDEAU, directrice de l'hôpital Louis ROLLIN de Taiohae, subdivisionnaire santé des Marquises ;</li> <li>- M. Henri PANIEGO MARTINEZ, directeur de l'hôpital d'Uturoa, subdivisionnaire santé des ISLV ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Herenui THUNOT, <i>tāvana hau</i> par intérim de la circonscription des îles Sous-le-Vent ;</li> <li>- M. Joseph FREBAULT, <i>tāvana hau</i> de la circonscription des Marquises ;</li> <li>- M. Terii SEAMAN, <i>tāvana hau</i> de la circonscription des Tuamotu et Gambier ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Rachel TAU, <i>tāvana hau</i> de la circonscription de l'archipel des îles Australes ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Patricia ANANIA, subdivisionnaire santé des îles Australes ;</li> <li>- D<sup>r</sup> Francis SPAAK, subdivisionnaire santé des Tuamotu-Gambier ;</li> <li>- D<sup>r</sup> Philippe BIAREZ, directeur de l'hôpital d'Afareaitu ;</li> <li>- Infirmiers en poste isolé dont notamment M. Thomas ATHENOL aux Marquises ;</li> <li>- Toutes personnes évasanées ou/et leurs accompagnateurs ;</li> <li>- M. Thomas PISON, procureur général en Polynésie française ;</li> <li>- Le Contre-amiral Laurent LEBRETON, commandant supérieur des forces armées en Polynésie française ;</li> <li>- M. FLOHR Vetarii, le président de la Fédération d'Entraide Polynésienne de Sauvetage en Mer ;</li> <li>- M<sup>me</sup> Sandrine MAURICE, présidente de l'association « Naître en Polynésie française » ;</li> <li>- Les maires des îles isolées ;</li> <li>- M. Laurent TOUVRON, le représentant de la SAS Tahiti Nui Hélicoptère ;</li> <li>- M. Heifara GARBET, directeur d'Air Archipels ;</li> <li>- M. Manate VIVISH, directeur d'Air Tahiti.</li> </ul>

<b>Budget de la MI</b>	La mission nécessitera la réalisation d'auditions dans les archipels, notamment aux Marquises, aux Tuamotu-Gambier et aux Australes. Le service des affaires juridiques, du contrôle et de l'évaluation est chargé d'en évaluer les coûts et la pertinence.
------------------------	---

*La création de la présente mission d'information sera portée à la connaissance des représentants à l'assemblée et des membres du gouvernement par le Président de l'assemblée.*

*La présidente  
de la commission*

  
Virginie BRUANT

# ANNEXE 3 - LES FORMATIONS SANITAIRES DE LA DIRECTION DE LA SANTÉ

Subdivision des Îles du-Vent				
Hôpital	Centre médical	Infirmierie	Dispensaire	Poste de secours
<b>Moorea - Maiao (17 816 hab.)</b>				
<b>Afareaitu</b>			<b>Maiao</b>	

Subdivision des Îles Sous-le-Vent (35 393 hab.)				
Hôpital	Centre médical	Infirmierie	Dispensaire	Poste de secours
<b>Raiatea (12 249 hab.)</b>				
<b>Uturoa</b>			<b>Uturoa</b>	
<b>Taha'a (5 234 hab.)</b>				
	<b>Patio</b>		<b>Haamene</b>	
<b>Huahine (6 075 hab.)</b>				
	<b>Fare</b>			
<b>Bora Bora (10 549 hab.)</b>				
	<b>Vaitape</b>			
<b>Maupiti (1 286 hab.)</b>				
		<b>Maupiti</b>		

## Subdivision des îles Marquises (9 346 hab.) - 1350 km

Hôpital	Centre médical	Infirmierie	Dispensaire	Poste de secours
<b>Nuku Hiva (2 951 hab.)</b>				
Louis Rollin - Nuku Hiva		Taipivai		Aakapa
		Hatiheu		
<b>Ua Pou (2 213 hab.)</b>				
	Hakahau	Hakatao		Hakahetau
		Hakamaii		Haakuti
				Hohoi
<b>Ua Huka (674 hab.)</b>				
		Hane		Vaipae
<b>Hiva Oa (2 243 hab.)</b>				
	Atuona	Puamau		Nahoe
		Omoa		Hanapaaaoa
				Hanaiaapa
<b>Tahuata (653 hab.)</b>				
		Vaitahu		Motopu
				Hanatetena
<b>Fatu Hiva (612 hab.)</b>				
		Omoa		Hanavave

## Subdivision des îles Australes (6 965 hab.)

Hôpital	Centre médical	Infirmierie	Dispensaire	Poste de secours
<b>Raivavae (903 hab.)</b>				
		Rairua		
<b>Tubuai (2 217 hab.)</b>				
	Mataura			Mahu
<b>Rurutu (2 466 hab.)</b>				
	Moerai	Avera		Auti
<b>Rimatara (872 hab.)</b>				
		Amaru		
<b>Rapa (507 hab.)</b>				
		Ahurei		Area

Sources : Direction de la santé

## Subdivision des Tuamotu-Gambier (16 881 hab.)

Hôpital	Centre médical	Infirmierie	Dispensaire	Poste de secours
<i>Chefferie de la consultation médicale des TG - PAPEETE</i>				
<b>320 km</b>				
	Rangiroa <i>(3 657 hab.)</i>	Tiputa		Makatea
				Mataiva
		Tikehau		
<b>435 km</b>				
		Anaa <i>(811 hab.)</i>		Faaite
				Apataki
<b>495 km</b>				
		Manihi <i>(650 hab.)</i>		
		Ahe <i>(491 hab.)</i>		
<b>450 km</b>				
		Fakarava <i>(1 637 hab.)</i>		Kauehi
				Raraka
				Niau
				Aratika
<b>940 km</b>				
	Hao <i>(1 258 hab.)</i>			Amanu
				Hereheretue
<b>560 km</b>				
		Takapoto <i>(501 hab.)</i>		
		Takaroa <i>(674 hab.)</i>		
<b>630 km</b>				
	Makemo <i>(1 508 hab.)</i>			Katiu
				Raroia
				Takume
				Taenga
<b>740 km</b>				
				Hikueru
				Marokau
<b>950 km</b>				
		Napuka <i>(234 hab.)</i>		Tepoto

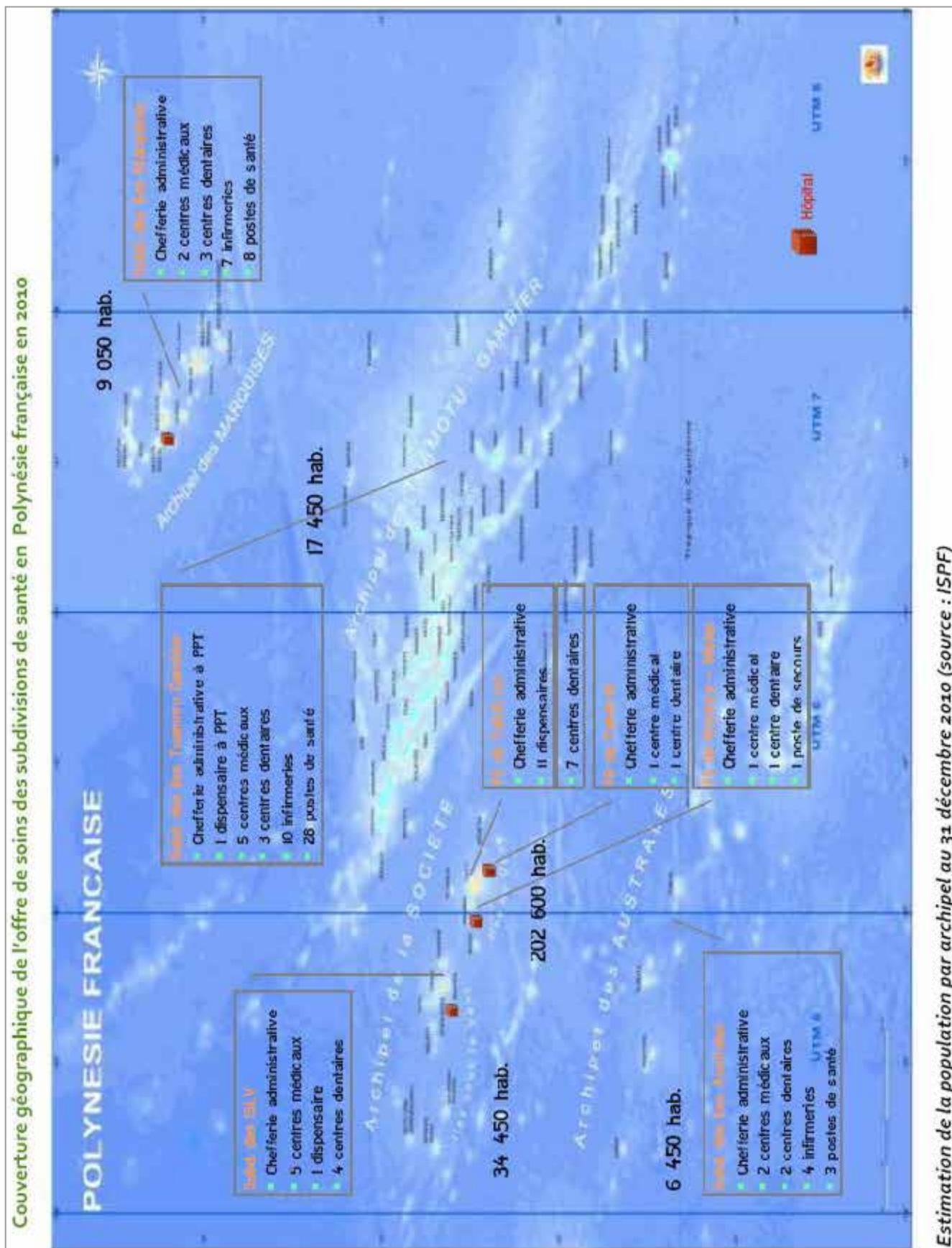
<b>1 120 km</b>				
				Puka Puka (163 hab.)
<b>1 150 km</b>				
				Nukutavake (177 hab.)
				Vahitahi (68 hab.)
				Vairaatea (50 hab.)
<b>1 200 km</b>				
				Tatakoto (259 hab.)
<b>1 250 km</b>				
				Tureia (336 hab.)
				Tematangi
<b>1 415 km</b>				
		Reao (587 hab.)		Pukarua
<b>1 630 km</b>				
	Rikitea (1 535 hab.)			

### Formations sanitaires de la DS (sauf Tahiti)

	Hôpital	Centre médical	Infirmierie	Dispensaire	Poste de secours
<b>MOOREA-MAIAO</b> (17.816 hab.)	1			1	
<b>ISLV</b> (35.393 hab.)	1	3	1	2	
<b>MARQUISES</b> (9.346 hab.)	1	2	9		11
<b>AUSTRALES</b> (6.965 hab.)		2	4		3
<b>TUAMOTU-GAMBIER</b> (16.881 hab.)		4	10		25
	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>3</b>	<b>49</b>



## Cartographie des structures de soins



# ANNEXE 4 – LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE FORMATIONS SANITAIRES

## HÔPITAUX

Sont placés **sous la responsabilité d'un directeur d'hôpital** nommé par le directeur de la santé après avis favorable du ministre de la santé.

Chaque hôpital comporte :

***Au minimum une ou plusieurs de chacune des unités suivantes :***

Accueil, réception des urgences  
Médecine (et éventuellement des unités spécialisées)  
Gynécologie-obstétrique  
Radiodiagnostic  
Biologie médicale  
Consultations et soins pour les malades externes  
Pharmacie

***Éventuellement :***

Soins intensifs  
Pédiatrie  
Chirurgie (certaines unités peuvent éventuellement être spécialisées)  
- Anesthésiologie

***En outre :***

Des équipements d'exploration fonctionnelle  
Des locaux et des équipements de rééducation fonctionnelle qui permettent le traitement des malades hospitalisés et des malades externes

## CENTRES MÉDICAUX

Sont placés **sous la responsabilité d'un médecin**. Chaque centre médical comporte :

***Au moins :***

Deux lits d'observation  
Une unité d'accueil (réception des urgences)  
Une salle d'accouchement  
Une unité de radiologie  
Une unité de consultation externe

***Éventuellement :***

- Un laboratoire permettant des analyses élémentaires.

## CENTRES DENTAIRES

Sont placés **sous la responsabilité d'un chirurgien-dentiste.**

**Chaque** centre dentaire comporte :

Un équipement qui lui permet d'effectuer des soins préventifs et curatifs en conformité avec les règles d'exercice de l'art dentaire.

## INFIRMERIE

**Sont placées sous la responsabilité d'un médecin ou d'un infirmier**

Chaque infirmerie comporte :

***Au moins :***

Un lit d'observation  
Un centre d'accueil  
Un centre de réception des urgences

***Éventuellement :***

Une salle d'accouchement

## DISPENSARE

Sont placés **sous la responsabilité d'un médecin ou d'un personnel paramédical en fonction de l'importance de la population.**

Les dispensaires :

***Ne comportent pas de lit d'hospitalisation***

***Assurent :***

Les soins courants  
Les actions de médecines préventives

***Participent :***

À l'éducation pour la santé

## POSTES DE SECOURS

Sont **tenus par un auxiliaire de santé publique**

Sont créés dans les îles ou dans les secteurs où le nombre d'habitants est insuffisant pour établir un dispensaire.

## CENTRES DE CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

Sont placés **sous la responsabilité d'un personnel médical référent** et sont des formations sanitaires rattachées **administrativement** à la subdivision des îles du vent.

Ces centres concernent les domaines suivants :

- *La protection maternelle et infantile*
- *Les enfants de leur naissance jusqu'à l'âge de scolarisation obligatoire*
- *L'hygiène et la santé scolaire pour la prise en charge des enfants et des adolescents en âge de scolarité obligatoire*
- *L'hygiène dentaire*
- *L'hygiène mentale infanto-juvénile*
- *L'alcoologie et la toxicomanie*
- *Les maladies infectieuses et tropicales*

# ANNEXE 5 - LES AÉRODROMES DE POLYNÉSIE FRANÇAISE

Tableau 1 : Capacités des aéroports des îles de la Société

Aérodromes	Code OACI	Piste	Éclairage piste	Évasans de nuit	Service ATS	Distance Tahiti km
Faaa	NTAA	3420 X 45	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	État	-
Moorea (17 816 hab.)  Héli	NTTM	1237 X 30	Balisage lumineux réglementaire Balisée	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire si contrôleur aérien disponible	État Contrôleur SEAC <sup>234</sup> Pas de contrôleur en dehors des heures de services	17
Afareaitu	Hélistation			Non connue		17
Bora Bora* (10 549 hab.)	NTTB	1500 X 22	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	État Contrôleur SEAC <sup>235</sup>	258
Station de Pago Pago	Hélistation			Impossible après 17 h 00 pour TNH		258
Huahine (6 075 hab.)	NTTH	1500 X 20	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Pays <sup>236</sup>	172
Maupiti (1 286 hab.)	NTTM	935 X 23	Piste trop courte Balisage lumineux à optimiser	Militaire uniquement	AFIS <sup>237</sup> Pays	
Raiatea* (12 249 hab.)	NTTR	1400 X 30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti Militaire	Contrôleur SEAC <sup>238</sup> État	217

234) Compte tenu du trafic aérien, le service du contrôle est assuré par l'État selon les horaires suivants : lundi : 07h30-18h30 ; mardi : 06h30-19h30 ; mercredi : 06h30-19h30 ; jeudi : 07h30-18h30 ; vendredi : 06h30-19h30 ; samedi : 06h30-19h30 ; dimanche : 07h30-18h30. En dehors de ces horaires : dérogation préavis 72 H adressé à seac-pf-derog-pays-ld@regis-dgac.net

235) Service assuré selon les horaires suivants : lundi : 07h30-20h15 ; mardi : 07h30-20h15 ; mercredi : 07h30-19h30 ; jeudi : 07h00-19h45 ; vendredi : 06h45-19h45 ; samedi : 07h00-20h45 ; dimanche : 07h15-20h45. En dehors de ces horaires, les vols en dégagement de nuit des compagnies aériennes assurant une ligne régulière sont couverts par les services ATS jusqu'à l'heure effective d'arrivée sur l'aérodrome de destination

236) Services AFIS et SSLIA assurés selon les horaires suivants en heures locales lundi : 06h25 à 11h40 et 14h20 à 19h50 ; mardi : 06h25 à 10h10 et 11h25 à 18h55 ; mercredi 07h25 à 15h25 et 16h35 à 18h45 ; jeudi : 07h25 à 09h45 et 11h40 à 19h45 ; vendredi : 07h10 à 11h15 et 13h25 à 19h10 ; samedi : 06h10 à 1015 et 14h05 à 19h15 dimanche : 07h10 à 09h25 et 15h10 à 19h45. En dehors de ces horaires, les vols en dégagement de nuit des compagnies aériennes assurant une ligne régulière sont couverts par les services ATS jusqu'à l'heure effective d'arrivée sur l'aérodrome de destination.

237) Les agents AFIS n'ont pas la qualité de contrôleur aérien et ne peuvent pas donner d'ordre aux pilotes, leurs fonctions consistent à délivrer des informations de la piste (trafic présent dans le secteur, visibilité, météo, etc.).

238) Service assuré selon les horaires suivants : lundi 07h30-19h00 ; mardi 07h30-19h15 ; mercredi 07h30 19h45 ; jeudi 07h15-20h45 ; vendredi 07h00-20h45 ; samedi 06h00-19h45 ; dimanche 08h15-20h15. En dehors de ces horaires, les vols en dégagement de nuit des compagnies aériennes assurant une ligne régulière sont couverts par les services ATS jusqu'à l'heure effective d'arrivée sur l'aérodrome de destination.

Tableau 2 : Capacités des aérodromes des îles Australes

Archipel des îles Australes (+ de 500 km de Tahiti)						
Rurutu (2 466 hab.)	NTAR	1450 X 30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Pays	600
Tubuai (2 217 hab.)	NTAT	1500 X 30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Pays	629
Rimatara (872 hab.)	NTAM	1400 X 30	En cours d'équipement de balise nocture pour permettre les évasans de nuit	Militaire uniquement	Aucun service	682
Raivavae (903 hab.)	NTAV	1400 X 30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Pays	747

Tableau 3 : Capacités des aérodromes des îles Marquises

Archipel des îles Marquises (+ 1 000 km de Tahiti)						
Ua Pou (2 213 hab.)	NTMP	830 x 18	Piste trop courte Altiport Accessible que par Twin Otter	Impossible de nuit <sup>239</sup>	AFIS Pays	1 347
Nuku-Hiva (2 951 hab.)	NTMD	1700X30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	État Contrôleur SEAC	1 383
Ua Huka (674 hab.)	NTMU	755 X 20	Piste trop courte Altiport Accessible que par Twin Otter	Impossible de nuit	AFIS Pays	1 428
Hiva Oa (2243 hab.)	NTMN	1215 x 30	Équipé de 6 balises mobiles <sup>240</sup> Accessible de jour sous certaines conditions (alti-surface avec contraintes météo)	Militaire uniquement	AFIS Pays	1 411

239) La suspension des vols trouve des forces armées sa raison dans la défaillance de la buse. Des travaux de réhabilitation sont en cours.

240) Les balises mobiles sont posées sur la piste avant l'atterrissage d'un aéronef.

Tableau 4 : Capacités des aérodromes des Tuamotu-Gambier

Archipel des Tuamotu-Gambier						
Jusqu'à 500 km de Tahiti						
Mataiva (294 hab.)	NTGV	1200 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	AFIS Pays	289
Tikehau (560 hab.)	NTGC	1200 x 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	AFIS Pays	297
Rangiroa* (2 709 hab.)	NTTG	2100 X 30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Exploitant ADT <sup>241</sup>	318
Kaukura (414 hab.)	NTGK	1080 X 20	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	AFIS Pays	350
Niau (246 hab.)	NTKN	1180 X 23	À équiper	Militaire uniquement	Aucun service	362
Arutua (808 hab.)	NTGU	1300 X 30	À équiper	Militaire uniquement	AFIS Pays	369
Anaa (494 hab.)	NTGA	1500 X 30	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	424
Fakarava (844 hab.)	NTGF	1400 X 30	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Pays	427
Faaite (317 hab.)	NTKF	1180 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	456
Ahe (491 hab.)	NTHE	1240 X 30	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	466
Aratika (225 hab.)	NTKK	1265 X 23	À équiper	Militaire uniquement	Aucun service	467
Aratika-perles (privé)	NTGR	760 X 20	-	Militaire uniquement	Aucun service	467
Kauehi (547 hab.)	NTKA	1200 X 23	À équiper	Militaire uniquement	Aucun service	490
+ 500 km de Tahiti						

.....  
 241) Services AFIS et SSLIA assurés selon les horaires suivants : lundi : 12h20-16h45 ; mardi : 07h25-13h20 ; mercredi : 10h50-16h30 ; jeudi : 06h45-07h45 et 11h00-16h35 ; vendredi : 08h15-10h25 et 12h50-19h15 ; samedi : 08h25-16h05 ; dimanche : 11h20-17h00. En dehors de ces horaires, les vols en dégivrage de nuit des compagnies aériennes assurant une ligne régulière sont couverts par les services ATS jusqu'à l'heure effective d'arrivée sur l'aérodrome de destination.

Manihi (1 141 hab.)	NTGI	1306 X 30	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	AFIS Pays	501
Takapoto (501 hab.)	NTGO	1190 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	551
Katiu (240 hab.)	NTKT	1180 X 30	À équiper	Militaire uniquement	Aucun service	555
Takaroa (674 hab.)	NTKR	1050 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	576
Makemo (1 508 hab.)	NTGM	1500 X 30	En cours d'équipement de balise nocturne	Militaire uniquement	AFIS Pays	605
Hikueru (275 hab.)	NTGH	1200 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	727
Raroia (326 hab.)	NTKO	1180 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	765
Takume (Makemo : 1508 hab)	NTKM	900 X 18	Piste trop courte	Militaire uniquement	Aucun service	796
Hao (1 027 hab.)	NTTO	3335X45	Balisage lumineux réglementaire	Air Archipels, Air Tahiti et Militaire	AFIS Pays	920
Fangatau (135 hab.)	NTGB	1400 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	935
Napuka (234 hab.)	NTGN	1205 X 25	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	952
Apataki (442 hab.)	NTGD	870 X 18	Piste trop courte-pas d'extension possible	Militaire uniquement	Aucun service	954
+ 1 000 km de Tahiti						
Fakahina (161 hab.)	NTKH	900 X 18	Piste trop courte	Militaire uniquement	Aucun service	1 008
Vahitahi (68 hab.)	NTUV	950 X 25	Piste trop courte	Militaire uniquement	Aucun service	1 137
Nukutavake (177 hab.)	NTGW	1030 X 25	Équipé de 6 balises mobiles	Militaire uniquement	Aucun service	1 150



<b>Puka Puka (163 hab.)</b>	NTGP	930 X 20	<b>Piste trop courte</b>	<b>Militaire uniquement</b>	<b>Aucun service</b>	1 174
Tureaia (336 hab.)	NTGY	1500 X 30	Équipé de 6 balises mobiles	<b>Militaire uniquement</b>	<b>Aucun service</b>	1 212
Moruroa	NTTX	2400 x45	Balisage lumineux réglementaire	Militaire uniquement	Armée	1 215
Pukarua (236 hab.)	NTGQ	1180 X23	Équipé de 6 balises mobiles	<b>Militaire uniquement</b>	<b>Aucun service</b>	1 324
Reao (351 hab.)	NTGE	1180 X 23	Équipé de 6 balises mobiles	<b>Militaire uniquement</b>	<b>Aucun service</b>	1 397
Totegegie- Gambier (1592 hab.)	NTGJ	2000 X 30	Équipé de 6 balises mobiles	<b>Militaire uniquement</b>	AFIS Pays	1 648

Sources : DAC et SAMU

\* Aérodrômes d'État transférés au Pays au 1<sup>er</sup> avril 2020

# ANNEXE 6 – MISSIONS DANS LES ÎLES

## Mission aux Îles Sous-le-Vent

**HUAHINE : DU LUNDI 2 AU MARDI 3 DÉCEMBRE 2019**

Maire : M. Marcelin LISAN

Archipel : ISLV

Nbre d'habitants : 6 178 (2017)

Aérodrome : Fare -1500 m de piste –  
aéroport civil

Débarcadère : Quai de Fare

Distance du CHPF : 174 km

Distance de l'hôpital de Uturoa : 41 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 centre médical de Fare 1 pharmacie	2 infirmières, 2 médecins, 1 sage-femme, kinésithérapeute, 1 orthophoniste 3 médecins libéraux
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>câble Honotua : oui</li> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui</li> <li>haut débit : oui</li> </ul>	<p><b>Aérien</b>  <b>Air Tahiti – ATR 42 et 72</b>                      62 rotations de Huahine : 9 lun., 11 mar., 6 mer.,                      9 jeu., 8 ven., 11 sam., 8 dim (Papeete (37/sem),                      Raiatea (17/sem), Bora Bora, Moorea)                      60 rotations vers Huahine : 9 lun., 11 mar., 6                      mer., 9 jeu., 7 ven., 11 sam., 7 dim (Bora Bora,                      PaSources : DAC et SAMU                      peete (37/sem), Raiatea (11/sem), Moorea)</p> <p><b>Navires</b>                      Hawaiki nui 2 rotations par sem. (mar et jeu)                      Taporo VI – 2 (mar et jeu) - Taporo VII – 3 (lun,                      mer, vend)</p>
PROGRAMME	
<p><u>Lundi 2 décembre 2019</u>                      9 h 30 - Caserne des pompiers– Audition de M. Romuald LAI, chef pompier de Huahine                      11 h - Dispensaire de Fare – Audition avec Mme Sarah SITZ, sage-femme libérale                      14 h 30 - Dispensaire de Fare - Audition avec Dr GUIMARD, médecin du dispensaire de Fare</p>	

## RAIATEA : LES MARDI 3 ET JEUDI 5 DÉCEMBRE 2019

Maires :

Uturoa : M<sup>me</sup> Sylviane TEROOATEA

Taputapuatea : M. Thomas MOUTAME

Tumaraa : M. Cyril TETUANUI

Archipel : ISLV

Nbre d'habitants : 12 825 (2017)

Aérodrome : 1 400 m de piste

Débarcadère : quai d'Uturoa

**Distance du CHPF : 220 km**



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
Hôpital d'Uturoa 1 Dispensaire 1 Centre médico scolaire 1 Centre d'hygiène et de salubrité publique	4 infirmiers, 1 cardiologue, 7 médecins, 1 ophtalmo, 1 radiologue, 1 psychiatre, 3 dentistes, 3 sages-femmes, 4 orthophonistes, 5 kinésithérapeutes, 2 pharmaciens
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• câble Honotua : oui</li> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• Abonnement internet : oui – haut débit</li> </ul>	<p><b>Aérien</b>                      Air Tahiti – ATR 42 et 72                      105 rotations par sem. <b>de</b> Raiatea : 12 lun., 19 mar.,                      14 mer., 14 jeu., 20 ven., 14 sam., 12 dim. (Bora Bora                      (19/sem.), Huahine, Maupiti, Rangiroa, Tikehau,                      Papeete (62/sem.))                      101 rotations par sem. <b>vers</b> Raiatea : 11 lun., 16                      mar., 14 mer., 13 jeu., 20 ven., 13 sam., 14 dim.                      (Papeete (61/sem.), Moorea, Maupiti, Huahine, Bora                      Bora (13/sem.))                      Durée de vol vers Tahiti : 45 min                      TNH                      Bora/Raiatea/CHPF : 2 h</p> <p><b>Navires</b>                      Hawaiki nui 2 rotations par sem. (mar. et jeu.)                      Taporo VI – 2 (mar. et jeu.) - Taporo VII – 3 (lun.,                      mer., vend.)</p>
PROGRAMME	
<p><u>Mardi 3 décembre 2019</u>                      14 h – Audition avec M. Pascal WESTRELIN, Directeur de l'hôpital d'Uturoa</p> <p><u>Jeudi 5 décembre 2019 à la subdivision santé des ISLV ou dispensaire</u>                      8 h – Réunion avec les membres du conseil municipal de UTUROA et du Chef de corps (pompier) de la Commune                      10 h – M. Thierry Beylier, médecin coordonnateur « réseau CSA inter-îles » à la subdivision santé des ISLV–</p>	

## TAHA'A : LE MERCREDI 4 DÉCEMBRE 2019

Maire : Mme Céline TEMATARU

Nbre d'habitants : 5 313 (2017)

**Aérodrome : NON**

Débarcadère : Haamene et Patio

**Distance du CHPF : 242 km de Patio et 231 km de Haamene**

**Distance de l'hôpital de Uturoa : 8,5 km de Patio et 5 km de Haamene**



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 Centre médical de Patio 1 Infirmerie de Haamene	1 pharmacie, 3 infirmiers, 2 médecins, 1 orthophoniste
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• câble Honotua : -</li> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui</li> <li>• Deux casernes de pompiers une à Patio et une à Haamene</li> </ul>	<p><b>Navires</b></p> <p>Hawaiki nui 2 rotations par semaine                      Taporo VI et VII – 2 rotations par semaine</p> <p><b>Navettes</b></p> <p>Te Haere Maru IV-V-VI et VII                      2 à 3 fois/jour (Raiatea)</p> <p><b>Tahaa transport rapide</b></p> <p><u>De Raiatea à Tahaa</u></p> <p>au quai de Vaitoare : 25 voyages /semaine                      au quai de Faaha : 25 voyages/semaine                      au quai de Haamene : 15 voyages /semaine</p> <p><u>De Tahaa à Raiatea</u></p> <p>du quai de Vaitoare : 1 voyage/semaine                      du quai de Faaha : 10 voyages/semaine                      du quai de Haamene : 15 voyages /semaine</p>
PROGRAMME	
<p>Mercredi 4 décembre 2019 :</p> <p>9 h à la Mairie de Patio – Réunion avec les membres du Conseil municipal suivie d'une audition avec le Chef des pompiers de la Commune</p> <p>13 h 30 - Centre médical de Patio- Audition avec les personnels de santé présents</p>	

## BORA BORA : DU JEUDI 5 AU SAMEDI 7 DÉCEMBRE 2019

Maire : M. Gaston TONG SANG  
 Archipel : ISLV  
 Nbre d'habitants : 10 605 (2017)  
 Aérodrome : Motu Mute – 1500 m de piste – Balisé  
 Débarcadère : 1 - Vaitape  
 Hélistation : Zone Pago sise à NUNUE (2.97 km de la Mairie) – Derrière complexe sportif  
 Distance du CHPF : 260 km  
 Distance de l'hôpital de Uturoa : 32 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 centre médical de Vaitape	1 pharmacie, 5 médecins, 4 infirmiers, 2 dentistes, sage-femme, 2 kinésithérapeutes
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• câble Honotua : oui</li> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui – haut débit</li> </ul>	<p><b>Aérien</b></p> <p><u>Air Tahiti – ATR 42 et 72</u>                      116 rotations par semaine de Bora : 15 lun., 15 mar., 17 mer., 16 jeu., 22 ven., 15 sam., 16 dim.                      (Huahine, Tikehau, Rangiroa, Raiatea (13/sem), Moorea, Maupiti, Fakarava et Papeete (76/sem))                      122 rotations par semaine vers Bora : 16 lun., 18 mar., 16 mer., 20 jeu., 18 ven., 17 sam., 17 dim. (Huahine, Raiatea (19/sem), Moorea, Maupiti et Papeete (80/sem))                      Durée de vol vers Tahiti – 50 min                      Durée de vol vers Uturoa – 20 min</p> <p><u>Air Archipels (départ de Tahiti)</u>                      BC : 55 min                      TO : 1h05  <u>TNH</u>                      Durée vers Hôpital Uturoa : 30 min                      Durée vers CHPF : 1 h</p> <p><b>Navires</b></p> <p>Hawaiki nui 2 rotations par sem. (mar et jeu)                      Taporo VI – 2 (mar et jeu) - Taporo VII – 3 (lun, mer, vend)</p>
PROGRAMME	
<p><u>Vendredi 6 décembre 2019</u>                      10 h – Réunion avec le conseil municipal à la Mairie de Vaitape en présence du Chef du centre médical de Vaitape et du Chef de corps de la Commune (pompier)                      11 h 30 - à Mairie de Vaitape – Audition d'un infirmier libéral                      14 h – Visite du bateau ambulance avec M. Steeven Geva, responsable sécurité publique et civile de la Commune                      17 h – Visite hélistation à PAGO et d'un hélicoptère en présence d'un pilote</p>	

# Mission aux îles Australes

**RAIVAVAE DU LUNDI 6 AU MERCREDI 8 JANVIER 2020**

Maire : M. Joachim TEVAATUA

Archipel : Australes

Nbre d'habitants : 903 (2017)

Aérodrome : Civil - 1400 m de piste -

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 751 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 infirmerie de Rairua – 40 954 231	1 infirmière
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui</li> </ul>	<p><b>Aérien</b></p> <p><u>Air Tahiti – ATR 42 et 72</u>            11 rotations par semaine de Raivavae : 2 lun., 2 mer., 7 ven. [PPT (6), Rurutu (1), Tubuai (4)]            9 rotations par semaine vers Raivavae : 5 lun., 1 mer., 3 ven. [PPT (6), Rurutu (1), Tubuai (2)]            Maritime : Tuhaa pae 4 – 2 à 3 voyages par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Mardi 7 janvier 2020</u>            9 h - Mairie de Raivavae – Réunion avec les membres du Conseil municipal et les pompiers            13 h 30 – Réunion dans les locaux de l'infirmerie avec le personnel de santé du centre médical de Rairua –            15 h - Locaux de l'infirmerie de Rairua</p>	

## RURUTU : DU VENDREDI 10 AU LUNDI 13 JANVIER 2020

Maire : M. Frédéric RIVETA

Archipel : Australes

Nbre d'habitants : 2574 (2017)

Aérodrome : Civil - 1450 m de piste -

Débarcadère : 1 quai de Moerai

Distance du CHPF : 734 km



### STRUCTURES SANITAIRES

Centre médical de Moerai  
Poste de secours de Avera

*Infirmierie d'Avera et poste de secours d'Auti non encore opérationnels, tout se passe au centre médical de Moerai*

### PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS

2 Infirmiers  
1 kinésithérapeute

### ÉQUIPEMENT

#### Télécommunication :

- réseau vini : oui
- abonnement internet : oui

**Infrastructures :** Quai de Moerai, terrain de football de Moerai

### TRANSPORT

#### Aérien

Air Tahiti – ATR 42 et 72

**20** rotations par semaine **de** Rurutu : 3 dim., 9 lun., 3 mer., 5 ven. (PPT (12/sem.), Rimatara (2), Tubuai (5), Raivavae (1))

**19** rotations par semaine **vers** Rurutu : 2 dim., 5 lun., 3 mer., 9 ven. (PPT (12/sem), Rimatara (3), Raivavae (1), Tubuai (3))

#### Maritime

Tuhaa pae 4 – 2 à 3 voyages par mois

### PROGRAMME

Samedi 11 janvier 2020 : 9 h – Réunion avec les membres du Conseil municipal à la Mairie de Moerai en présence des pompiers

10 h 30 – Réunion avec le personnel de santé du centre médical de Moerai

## TUBUAI : DU MERCREDI 8 AU VENDREDI 10 JANVIER 2020

Maire : M. Fernand TAHIATA

Archipel : Australes

Nbre d'habitants : 2217 (2017)

Aérodrome : Civil – 1500 m de piste

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 605 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
Subdivision de la Santé des Australes Centre médical de Matura	4 infirmières libérales, 1 dentiste, 1 pharmacien
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui</li> </ul>	<p><b>Aérien</b></p> <p>Air Tahiti – ATR 42 ou 72 23 rotations par semaine de Tubuai : 2 dim., 6 lun., 4 mer., 1 sam., 10 ven. (PPT (13/sem), Rimatara (1), Rurutu (5), Raivavae (4)) 19 rotations par semaine vers Tubuai : 1 dim., 8 lun., 2 mer., 7 ven., 1 sam. [PPT (13/sem.), Rimatara (1), Rurutu (3), Raivavae (2)] Maritime : Tuhaa pae 4 – 2 voyages par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Mercredi 8 janvier 2020</u> 13 h 30 – Réunion avec le personnel de santé du centre médical de Matura : 2 médecins, Dr Lavena NEDELEC et Dr Aurélia WEBER, 2 infirmiers, messieurs Heimaona LUCAS et Gilles LING et le secrétaire du centre médical, M. Ismaël OTTO</p> <p><u>Jedi 9 janvier 2020</u> 8 h 30– Réunion avec les membres du Conseil municipal et les pompiers à la Mairie 10 h 30 -11 h – Réunion avec M<sup>me</sup> Luna TARIU à la subdivision de la santé 13 h 30 – Réunion avec le même personnel de santé du centre médical de Matura</p>	



## RIMATARA : DU LUNDI 13 AU MERCREDI 15 JANVIER 2020

Maire : M. Georges HATITIO

Archipel : Australes

Nbre d'habitants : 885 (2017)

Aérodrome : Civil – non communiqué

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 663 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 infirmerie de Amaru	<b>Néant</b>
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui</li> </ul>	<p><b>Aérien</b>            Air Tahiti – ATR 42 et 72  <b>9</b> rotations par semaine <b>de</b> Rimatara : 2 lun., 2 mer., 5 vend. [PPT (5), Rurutu (3), Tubuai (1)]  <b>8</b> rotations par semaine <b>vers</b> Rimatara : 5 lun., 1 mer., 2 ven. [PPT (5), Rurutu (2), Tubuai (1)]</p> <p><b>Maritime</b>            Tuhaa pae 4 – 2 voyages par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Lundi 13 janvier 2020</u>            13 h – Réunion avec les membres du Conseil municipal et les pompiers, à la Mairie</p> <p><u>Mardi 14 janvier 2020</u>            14 h – Réunion avec 2 infirmières de l'infirmerie de Amaru</p>	

# Mission aux Îles Marquises

**NUKU HIVA : DU VENDREDI 17 AU LUNDI 20 JANVIER 2020**

Maire : M. Benoît KAUTAI

Archipel : Marquises

Nbre d'habitants : 3120 (2017)

Aérodrome : Civil - 1700 m de piste

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 1400 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
<p>1 Hôpital de Taiohae Louis Rollin – 20 km de l'aérodrome</p> <p>1 infirmerie de Taipivai – 20 km de l'aérodrome (plus d'infirmière)</p> <p>1 infirmerie de Hatiheu – 16 km de l'aérodrome</p> <p>1 Poste de secours de Aakapa-11 km de l'aérodrome</p> <p>Les délais de distance à parcourir de l'aérodrome à l'hôpital sont trop longs (360 virages). Bien que bétonnée, la route nécessite l'usage de véhicules sanitaires adaptés (4X4)</p>	<p>2 médecins</p> <p>5 infirmiers</p> <p>1 orthophoniste</p> <p>1 dentiste</p> <p>2 kinésithérapeutes</p> <p>1 pharmacie</p>
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui – haut débit Natitua</li> </ul> <p>L'accès au réseau dans les vallées ne fonctionne pas et ne permet pas toujours aux pompiers de joindre les médecins en cas d'accident.</p>	<p><b>Aérien</b></p> <p>Air Tahiti – ATR 42 ou 72 et Twin Otter</p> <p>42 rotations par semaine de Nuku Hiva : 8 dim., 5 lun., 9 mar., 6 mer., 3 jeu., 5 ven., 6 sam., [PPT (15), Hiva Oa (12), Ua Huka (6), Ua Pou (9)]</p> <p>42 rotations par semaine vers Nuku Hiva : 7 dim., 5 lun., 9 mar., 6 mer., 3 jeu., 6 ven., 6 sam., [PPT (15), Hiva Oa (12), Ua Huka (6), Ua Pou (9)]</p> <p><b>Maritime</b></p> <p>Aranui 5 – 1 voyage par mois</p> <p>Taporo 9 – 1 voyage par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Vendredi 17 janvier 2020</u></p> <p>14 h 30 – Réunion avec les membres du Conseil municipal et le responsable des pompiers à la Mairie</p> <p>15 h 30 – Réunion à l'hôpital de Taiohae en présence de la directrice et subdivisionnaire de la santé aux Marquises, du personnel de santé de l'hôpital et du personnel de santé de l'infirmerie de Hatiheu et du poste de secours de Aakapa</p>	

Maire : M. Joseph KAIHA

Archipel : Marquises

Nbre d'habitants : 2295 (2017)

Aérodrome : Civil - 830 m de piste, considéré comme un altiport

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 1364 km

Distance de l'hôpital de Taiohae : 54,3 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 Centre médical de Hakahau- 10 km de l'aérodrome 1 Infirmerie de Hakamaii – 25 km de l'aérodrome 1 Infirmerie de Hakatao – 20 km de l'aérodrome 1 Poste de secours de Hakahetau-5 km de l'aérodrome 1 Poste de secours de Hohoi- 15 km de l'aérodrome 1 Poste de secours de Haakuti- 13 km de l'aérodrome	1 infirmière
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui</li> <li>• haut débit Natitua</li> </ul> <p><b>Infrastructures :</b> Complexe sportif de Hakahau</p>	<p><b>Aérien</b>  <b>Air Tahiti – Twin Otter</b>                      35 rotations par semaine de Ua Pou : 8 dim., 5 lun., 8 mar., 4 mer., 4 ven., 6 sam., [PPT (10), Hiva Oa (10), Ua Huka (6), Nuku hiva (9)]                      32 rotations par semaine vers Ua Pou : 8 dim., 3 lun., 8 mar., 3 mer., 4 ven., 6 sam., [PPT (9), Hiva Oa (8), Ua Huka (6), Nuku hiva (9)]  <b>Maritime</b>                      Aranui 5 – 1 voyage par mois                      Taporo 9 – 1 voyage par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Lundi 20 janvier 2020</u>                      14 h – Réunion avec le centre médical de Hakahau – en présence de Dr ADAMEK Guérard, médecin et Dr FROC Annie, médecin, M<sup>me</sup> AH-LO Tahia adjointe de soins et M<sup>me</sup> AH-LO Brigitte, agent médical du poste de secours de Hohoi                      15 h 30 – Réunion avec les membres du Conseil municipal et le responsable des pompiers</p> <p><u>Mardi 21 janvier 2020</u>                      10 h 30 – Réunion avec M. Patrice GUERET – président de l'association de sauvetage en mer à Hakahetau                      13 h - Infirmerie de Hakamaii – Réunion avec le personnel médical de l'infirmerie de Hakamaii avec M<sup>me</sup> Suzanne HIKUTINI, adjointe de soins, du poste de secours de Hakahetau avec M<sup>me</sup> Lucia HIKUTINI, adjointe de soins et du poste de secours de Haakuti avec M<sup>me</sup> Murielle HUUTI, agent médical</p>	

## UA HUKA : DU MERCREDI 22 AU VENDREDI 24 JANVIER 2020

Maire : M. Nestor OHU

Archipel : Marquises

Nbre d'habitants : 678 (2017)

Aérodrome : Civil – 755 m de piste

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 1.411 km

Distance de l'hôpital de Taiohae : 236 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 Infirmerie de Hane – 5 km de l'aérodrome	<b>Aucun</b>
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui – haut débit</li> </ul> <p><b>Infrastructures :</b> 2 points d'embarquement et de débarquement isolés à Vaipae et Hokatu – Terrain de football</p>	<p><b>Aérien</b></p> <p><b>Air Tahiti – ATR 42 ou 72 et Twin Otter</b>            24 rotations par semaine de Ua Huka : 8 dim., 4 lun., 8 mar., 4 ven., [PPT (6), Hiva Oa (6), Nuku hiva (6), Ua Pou (6)]            24 rotations par semaine vers Ua Huka : 8 dim., 4 lun., 8 mar., 4 ven., [PPT (6), Hiva Oa (6), Nuku hiva (6), Ua Pou (6)]</p> <p><b>Maritime</b></p> <p>Aranui 5 – 1 voyage par mois            Taporo 9 – 1 voyage par mois</p>
PROGRAMME	
<p>Mercredi 22 janvier 2020</p> <p>9 h – Réunion avec les membres du Conseil municipal</p> <p>14 h – Audition du personnel de l'infirmerie de Hane</p>	

# HIVA OA : DU VENDREDI 24 AU VENDREDI 31 JANVIER 2020

Maire : M. Etienne TAHAAMOANA

Archipel : Marquises

Nbre d'habitants : 2447 (2017)

Aérodrome : Civil - 1215 m de piste

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 1427 km

Distance de l'hôpital de Taiohae : 150 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
<p>1 Centre médical d'Atuona - 4,57 km de l'aérodrome</p> <p>1 Infirmierie de Puamau -11,75 km de l'aérodrome</p> <p>1 Poste de secours de Nahoe - 8,87 km de l'aérodrome</p> <p>1 Poste de secours de Hanapaaoa - 5,48 km de l'aérodrome</p> <p>1 Poste de secours de Hanaiapa - 5,41 km de l'aérodrome</p>	<p>2 infirmiers</p> <p>1 pharmacie sur Atuona</p>
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui</li> <li>• haut débit Natitua</li> </ul>	<p><b>Aérien</b></p> <p>Air Tahiti – ATR 42 ou 72 et Twin Otter</p> <p>41 rotations par semaine de Hiva Oa : 7 dim., 5 lun., 8 mar., 6 mer., 3 jeu., 6 ven., 6 sam., [PPT (15), Nuku hiva (12), Ua Huka (6), Ua Pou (8)]</p> <p>43 rotations par semaine vers Hiva Oa : 8 dim., 7 lun., 8 mar., 6 mer., 3 jeu., 5 ven., 6 sam., [PPT (15), Nuku Hiva (12), Ua Huka (6), Ua Pou (9)]</p> <p><b>Maritime</b></p> <p>Aranui 5 – 1 voyage par mois</p> <p>Taporo 9 – 1 voyage par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Vendredi 24 janvier 2020</u></p> <p>15 h 30 – Réunion avec le personnel du Centre médical de Atuona</p> <p><u>Lundi 27 janvier 2020</u></p> <p>9 h – Réunion avec le Conseil municipal de Hiva Oa et le responsable des pompiers</p> <p>10 h 30 - Mairie de Hiva Oa – Audition de M. Marc TARRATS, représentant de la FEPSM</p> <p>14 h – Audition avec une infirmière libérale</p>	

## FATU HIVA : LE MARDI 28 JANVIER 2020

Maire : M. Henri TUEINUI

Archipel : Marqueses

Nbre d'habitants : 633 (2017)

Aérodrome : néant

Débarcadère : 2 quais

Distance du CHPF : 1411 km

Distance de l'hôpital de Taiohae : 236 km

Distance du quai à l'infirmerie d'Omoa :  
500 mètres



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 Poste de secours de Hanavave 1 Infirmerie de Omoa Peu de déplacement des spécialistes Absence de médecin généraliste sur l'île	<b>Néant</b>
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<b>Télécommunication :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>réseau vini : oui</li> <li>abonnement internet : oui – haut débit</li> </ul> <b>Infrastructures :</b> frigo de stockage à Omoa	<b>Aérien : Pas de piste d'aérodrome</b> <b>Maritime</b> Aranui 5 – 1 voyage par mois Taporo 9 – 1 voyage par mois Te Ata o Hiva – 2 voyages par semaine (mardi et vendredi) – 3h à 3h30 de trajet Déplacement entre Hanavave et Omoa par bateau compte tenu du mauvais état de la route <b>Pas de transport communal</b>
PROGRAMME	
Mardi 28 janvier 2020 2 h – Départ de Hiva Oa à Fatu Hiva (Omoa) – Ferry « Te Ata O Hiva » 5 h – Arrivée à Omoa 9 h – Réunion avec les membres du Conseil municipal – 11 h - Infirmerie d'Omoa – Réunion avec M. Roland LAUFATTE infirmier itinérant de l'infirmerie de Omoa et M <sup>me</sup> Nadia VAIKAU auxiliaire de santé au poste de secours de Hanavave 15 h – Retour sur Hiva_Oa 18 h 35 – Arrivée à Hiva Oa	

## TAHUATA : LE JEUDI 30 JANVIER 2020

Maire : M. Félix BARSINAS

Archipel : Marquises

Nbre d'habitants : 653 (2017)

Aérodrome : néant

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 1.411 km

Distance de l'hôpital de Taiohae : 236 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 Poste de secours de Hanatetena 1 Poste de secours de Motopu 1 Infirmier de Vaitahu <b>Peu de déplacement des spécialistes</b> <b>Absence de médecin généraliste sur l'île</b>	<b>Néant</b>
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<b>Télécommunication :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui – haut débit</li> </ul>	<b>Aérien : Pas d'aérodrome</b> <b>Maritime</b> Aranui 5 – 1 voyage par mois Taporo 9 – 1 voyage par mois Te Ata o Hiva – 2 voyages par semaine (jeudi et vendredi) – 40 min de trajet <b>Pas de transport communal</b>
PROGRAMME	
<p><u>Jeudi 30 janvier 2020</u></p> <p>6 h – Départ de Hiva Oa à Tahuata</p> <p>6 h 40 – Arrivée à Vaitahu – Tahuata</p> <p>9 h – Réunion avec les membres du Conseil municipal</p> <p>10 h 30 - Infirmier de Vaitahu – Auditions des personnels médicaux de l'infirmier avec M<sup>me</sup> Anita OHU, infirmière et M<sup>me</sup> Marie-Yvelice TAMATAI, auxiliaire de soins du poste de secours de Motopu</p>	

## Mission aux Tuamotu-Gambier

**TIKEHAU : DU SAMEDI 7 AU DIMANCHE 8 DECEMBRE 2019**

Commune associée de Rangiroa

Maire délégué : M. Marere METUA

Archipel : Tuamotu Ouest

Nbre d'habitants : 560

Aérodrome : 1200 m de piste – aéroport civil

Débarcadère : 1 Tikehau

Distance du CHPF : 320 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 infirmerie (1 infirmière et 1 auxiliaire de santé)	Néant
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• câble Natitua : oui relié à Rangiroa par faisceau hertzien</li> <li>• réseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui</li> </ul> <p><b>Infrastructures :</b> 1 abri frigorifique communal, 1 plateau sportif</p> <p><b>Abri de survie :</b> 1 maison non occupée</p>	<p><b>Aérien :</b></p> <p><u>Air Tahiti – ATR 42 et 72</u>            20 rotations de Tikehau : 3 lun, 2 mar, 4 mer, 4 jeu, 1 ven, 3 sam, 3 dim (Fakarava, Papeete (12/sem), Rangiroa)            25 rotations vers Tikehau : 4 lun, 3 mar, 3 mer, 3 jeu, 4 ven, 5 sam, 4 dim (Bora Bora, Papeete (9/sem), Raiatea (4/sem), Rangiroa)            Durée de vol vers Tahiti : 55 min            Durée de vol vers Uturoa : pas de vol</p> <p><b>Navires</b></p> <p>Dory – chaque lundi            Mareva Nui – 2 fois/mois            SXMS 4 – 2 fois/mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Le samedi 7 décembre 2019</u>            16 h 30 - Infirmerie de Tikehau – Audition avec M<sup>lle</sup> Aleyde TAUMI, infirmière</p> <p><u>Le dimanche 8 décembre 2019 :</u> 9h – Audition du Tavana Marere TETUA</p>	



# RANGIROA : DU DIMANCHE 8 AU LUNDI 9 DÉCEMBRE 2019

Communes associées : Makatea, Mataiva, Tikehau

Maire : Teina MARAEURA

Archipel : Tuamotu Ouest

Nbre d'habitants : 3 855 (2017)

Aérodrome : Rangiroa –

2100 m de piste –

aéroport d'État

Débarcadère : 1

Distance du CHPF : 340 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
1 centre médical de Avatoru	2 infirmières, 2 médecins, 1 pharmacie, 1 kinésithérapeute
ÉQUIPEMENT	TRANSPORTS
<p><b>Télécommunication :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• câble Natitua : oui</li> <li>• éseau vini : oui</li> <li>• abonnement internet : oui (no limit eco, no limit 512)</li> </ul> <p><b>Autres infrastructures :</b></p> <p><u>Avatoru</u> : 1 terrain de football, 1 chambre froide</p> <p><u>Tiputa</u> : 1 chambre froide, terrain pétanque</p>	<p><b>Aérien</b></p> <p>Air Tahiti ATR 42 et 72 (1 h direct)</p> <p>32 rotations de Rangiroa : 4 lun, 2 mar, 5 mer, 4 jeu, 5 ven, 7 sam, 5 dim (Fakarava, Mataiva, Papeete (23/sem), Tikehau)</p> <p>41 rotations vers Rangiroa : 6 lun, 5 mar, 4 mer, 8 jeu, 5 ven, 6 sam, 7 dim (Bora Bora, Fakarava, Mataiva, Papeete (18/sem), Raiatea (5/sem), Tikehau)</p> <p>Durée vol vers Tahiti : 55 min</p> <p>Durée vol vers Uturoa : 2h30 (1 esc.)</p> <p><u>Air Archipels (départ de Tahiti)</u></p> <p>BC : 1h05, TO : 1h20</p> <p><b>Navires</b></p> <p>Dory – chaque lundi</p> <p>Mareva Nui – 2 fois/mois</p> <p>SXMS 4 – 2 fois/mois</p> <p>Aranui 5 – 1fois/semaine</p>
PROGRAMME	
<p><u>Dimanche 8 décembre 2019</u> : 17 h au centre médical de Avatoru – Audition avec D<sup>r</sup> ANDRAUD, médecin du dispensaire de Rangiroa et Stéphane MELLADO, infirmier</p> <p><u>Lundi 9 décembre 2019</u> : 9 h - Audition à la Mairie de Tiputa</p>	

## HAO : DU DIMANCHE 9 AU MARDI 11 FÉVRIER 2020

Maire : M. Théodore TUAHINE

Archipel : Tuamotu Est

Nbre d'habitants : 1027 (2017)

Aérodrome : territorial – 3 380 m de piste

Débarcadère : 1 quai

Distance du CHPF : 921 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
Centre médical de Hao – 3 km de l'aérodrome	Néant
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<p><b>Télécommunication</b> : Haut débit Natitua – internet - vini</p>	<p><b>Aérien</b>                      Air Tahiti – ATR 42 et 72                      14 rotations par semaine de HAO à : Anaa (1 dim.), Gambier (2, mar., sam.), Makemo (2 dim.) PPT (2 dim., 2 jeudi 1 lun. 2 mar. 2 sam).                      10 rotations par semaine vers HAO : Gambier (mar et sam.), PPT (2 dim, 1 jeudi, 1 lun, 2 mar, 2 sam.)</p> <p><b>Maritime</b>                      St Xavier Maris Stella III – 2 voyages par mois</p>
PROGRAMME	
<p><u>Lundi 10 février 2020</u>                      15 h – Réunion avec le personnel médical du centre médical de Hao composé de D<sup>r</sup> Jérôme LACROIX, Jean TEVENINO, infirmier Vaite TEMAURI, adjointe de soin, Priscilla TAPAKEA et Mahea TUPAHURUHURU, auxiliaires de soin                      16 h - Réunion avec les membres du Conseil municipal de Hao et les pompiers</p>	

## MANGAREVA : DU MARDI 11 AU SAMEDI 15 FÉVRIER 2020

Maire : M. Vai Vainello GOODING

Archipel : Gambier

Nbre d'habitants : 1592 (2017)

Aérodrome Totegegie : civil – 2000 m de piste

Débarcadère : 1 quai de Rikitea

Distance du CHPF : 1650 km



STRUCTURES SANITAIRES	PROFESSIONNELS DE SANTÉ CONVENTIONNÉS
Centre médical de Rikitea	1 infirmière libérale
ÉQUIPEMENT	TRANSPORT
<b>Télécommunication</b> : internet - vini	<p><b>Aérien</b> – 3 h de vol</p> <p>Air Tahiti – ATR 42 et 72</p> <p>7 rotations par semaine de Gambier à : Hao (1 mar. 1 sam.) PPT (2 mar, 3 sam)</p> <p>7 rotations par semaine vers Gambier : Hao (mar et sam.), PPT (2 mar, 3 sam)</p> <p><b>Maritime</b></p> <p>Nuku Hau – 1 voyage par mois</p> <p>Taporo VIII – 1 voyage par mois</p>

### PROGRAMME

Mercredi 12 février 2020

9 h – Réunion avec les membres du Conseil municipal de Rikitea

14 h – Réunion avec le centre médical de Rikitea –

Jeudi 13 février 2020

14 h – Réunion avec M<sup>me</sup> Mathilde TAVITA, infirmière libérale

# ANNEXE 7 – TEXTES COMPARÉS DES DIFFÉRENTS RÉGIMES DE LA PROTECTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE OUVRANT AUX ÉVACUATIONS SANITAIRES INTERINSULAIRES

## *Extraits des dispositions des délibérations concernant la prise en charge des évasans inter-îles*

### DÉLIBÉRATION N° 74-22 DU 14 FÉVRIER 1974 INSTITUANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ AU PROFIT DES TRAVAILLEURS SALARIÉS.

**RS**

#### **Titre II – Prestations**

(...)

#### **Chapitre I – Assurance maladie – Longue Maladie – Maternité – Soins Dentaires**

(...)

#### **Art. LP. 11.—**

Sont pris en charge les frais d'hébergement et **de transport terrestre** des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extra hospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

**Art. LP. 11-1.—** La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

**Art. LP. 11-2.—** Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.  
(...)

### Art. 13. — Transports.-

Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent régime comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, quel que soit le moyen d'acheminement et par la voie la plus directe, sur la base de tarifs homologués par la caisse de prévoyance sociale.

Ces frais de transport comprennent également le retour de l'intéressé vers sa résidence habituelle après guérison ou décès.

En cas d'évacuation sanitaire, la prise en charge des frais de transport aller-retour s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa du présent article.

**Article 13 bis.** — La prise en charge par le régime assurance maladie-invalidité des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française et au titre des évacuations, sanitaires, est possible, sous réserve que l'autorité ayant décidé l'évacuation fournisse à la caisse de prévoyance sociale le dossier d'assurance maladie constitué et les documents médicaux et administratifs réunis par l'intéressé.

Seront également pris en charge au titre du régime assurance maladie-invalidité, les déplacements aller-retour entre les archipels du territoire et Tahiti nécessités **par les contrôles périodiques** auxquels doivent se soumettre certains malades.

### Article 13 ter.—

(...)

« La prise en charge des frais de transport aller-retour visés à l'article 13 bis et au présent article concerne l'assuré ou l'ayant droit et, sur prescription du service de santé et accord de la Caisse de prévoyance sociale, **le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par la Caisse de prévoyance sociale.** »

**Art. 14-1.**— En cas d'hospitalisation et quelle que soit la durée de celle-ci, la prise en charge des prestations en nature prévues à la présente délibération s'effectue **à 100 %** du tarif de responsabilité de la Caisse de prévoyance sociale.

## DÉLIBÉRATION N° 94-170 AT DU 29 DÉCEMBRE 1994 INSTITUANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES NON-SALARIÉES.

### RNS

#### Titre II - Prestations

(...)

#### Chapitre II - Des prestations en nature

(...)

### Art. LP 14—

Sont pris en charge les frais d'hébergement et **de transport terrestre** des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extrahospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

**Art. LP. 14.1** – La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

**Art. LP. 14.2**— Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.  
(...)

**Art. 17.**— Les frais de transport de l'intéressé, **de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, sont à sa charge** sous réserve des dérogations des articles 18, 19 et 20.

**Art. 18.** — La prise en charge par le régime assurance maladie des frais de transport aller-retour, effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française, **est assurée en cas d'urgence médicalement justifiée**. L'autorité ayant décidé du transport devra fournir à l'organisme de gestion les documents administratifs et médicaux qu'elle aura réunis.

**Les déplacements interinsulaires non urgents, nécessaires pour raison médicale, sont pris en charge par le régime après accord préalable de l'organisme de gestion.**

Toutefois, ceux en rapport avec les séances de dialyse peuvent faire l'objet d'une prise en charge mensuelle sur entente préalable.

**Art. 20.**— La prise en charge des frais de transport aller-retour concerne le bénéficiaire et, sur prescription du service de santé et **accord de l'organisme de gestion, le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par l'organisme de gestion.**

**Art. 21.**— En cas de décès d'un bénéficiaire de l'assurance maladie, la Caisse supporte les frais funéraires **dans la limite d'un montant fixé par le conseil d'administration**. Une délibération du conseil d'administration définit également la liste des frais funéraires.

La Caisse supporte en outre les frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, du lieu du décès au lieu de résidence sur la base des tarifs homologués par la C.P.S. Dans les cas d'évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

## DÉLIBÉRATION N° 95-262 AT DU 20 DÉCEMBRE 1995 INSTITUANT ET MODIFIANT LES CONDITIONS DU RISQUE MALADIE DES RESSORTISSANTS DU RÉGIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIAL.

**RSPF**

### **Titre III - Conditions de prise en charge**

(...)

#### **« Section 3 - Hébergement et transport terrestre lors d'évacuations sanitaires inter-îles »**

**Art. LP. 10.** —

Sont pris en charge les frais d'hébergement et **de transport terrestre** des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extrahospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

**Art. LP. 10.1.** — La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

**Art. LP. 10.2.**— Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.

(...)

#### *Section 8 – Frais de transport*

**Art. 15.**— Les frais de transport du ressortissant, **de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier** concerné, sont à sa charge, sous réserve des dispositions des articles 16 et 17.

**Art. 16.** — La prise en charge par le régime de solidarité territorial des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française est assurée **en cas d'urgence médicalement justifiée**. L'autorité ayant décidé du transport fournit à l'organisme de gestion les documents administratifs et médicaux qu'elle a réunis.

Les déplacements interinsulaires non urgents nécessaires pour raison médicale sont pris en charge par le régime de solidarité territorial après accord préalable de l'organisme de gestion.

**Art. 18** — La prise en charge des frais de transport aller-retour visés aux articles 16 et 17 concerne le ressortissant et, **après accord de l'organisme de gestion, le convoyeur médical et l'accompagnateur du ressortissant âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par l'organisme de gestion.**

**Art. 19.**— En cas de décès d'un bénéficiaire du risque maladie, **l'organisme de gestion supporte les frais funéraires dans la limite d'un montant fixé par le comité de gestion**. Une délibération du comité de gestion définit également la liste des frais funéraires.

L'organisme de gestion supporte en outre les frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, du lieu du décès au lieu de résidence sur la base des tarifs homologués par la C.P.S. Dans les cas des évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

# ANNEXE 8 - FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVACUATION SANITAIRE PROGRAMMÉE



## DEMANDE D'ÉVACUATION SANITAIRE PROGRAMMÉE

Ce document est réservé uniquement aux ressortissants de la C.P.S.

N°  
E18 35429

**VOLET 1 : A remplir par le médecin prescripteur et à adresser au Service des EVASAN de la C.P.S. ou aux agences C.P.S. dans les îles**

Aller  Aller-retour

Identification du médecin receveur					
Docteur : .....					Code praticien : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
Hopital : .....			Service / spécialité : .....		
Date de rendez-vous : .....				Heure : .....	
Identification du patient					
DN : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]			L'EVASAN est en rapport avec un(e) :		
NOM Patronymique : .....			<input type="checkbox"/> Maladie		
Prénom : .....			<input type="checkbox"/> Longue Maladie		
Adresse : .....			<input type="checkbox"/> Maternité		
Tél. Dom : .....			<input type="checkbox"/> Invalidité		
Bureau : .....			<input type="checkbox"/> Accident du Travail		
Portable : .....					
S'agit-il d'un accident ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non. Si oui, l'accident est-il imputable à un tiers <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non. Date : .....					
Itinéraire / date	Vol N°	Départ de	Arrivée à	Heure arrivée	Mode de transport
<input type="checkbox"/> Nécessité d'un fauteuil roulant		Equipement médical : <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Couveuse			
Hébergement pendant le séjour : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Transport terrestre au lieu de soins pendant le séjour assuré par vous-même : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Autonome : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					
Demande d'accompagnateur médical : <input type="checkbox"/> NON		Demande d'accompagnateur familial : <input type="checkbox"/> NON			
DN : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Si OUI : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier		DN : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Lien parenté : .....			
NOM : .....		Si OUI, Nom : .....			
Prénom : .....		Prénom : .....			
Né(e) le : .....		Né(e) le : .....			
<input type="checkbox"/> ALLER SIMPLE		<input type="checkbox"/> ALLER-RETOUR		<input type="checkbox"/> ALLER SIMPLE <input type="checkbox"/> ALLER-RETOUR	
Réservé CPS		Identification du prescripteur (code prescripteur obligatoire)			
Date : .....		Date : .....			
Agent : .....		Cachet/Visa du prescripteur :			

### VOLET 2 : A DETACHER ET A ADRESSER AU SERVICE MEDICAL DE LA C.P.S.

CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE  
B.P. 1 - PAPEETE - TAHITI

Service Médical  
Tél. (689) 40 41 68 20 - 40 41 68 21  
Fax (689) 40 45 01 34 - 40 54 58 67

## DEMANDE D'ÉVACUATION SANITAIRE PROGRAMMÉE

N° E18 35429

Codes OMS : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
(CIM10)

Code CMD : [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

**IMPORTANT :** Est passible des peines applicables en matière de faux et d'usage de faux prévus par le Code pénal, tout individu qui aurait commis ou tenté de commettre un faux en écriture privée.  
Service EVASAN inter-îles - BP 1 - 98713 Papeete - TAHITI - Tél : 40 41 69 45 - Fax : 40 48 21 69 - Email : evasan.iles@cps.pf - Site : www.cps.pf  
Conformément à la loi et libérés n° 78-17 du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent auprès de notre organisme.



# ANNEXE 9 - BON DE RÉQUISITION POUR UNE ÉVACUATION SANITAIRE INTERINSULAIRE

- après 15H30 sur Umuoa ou Papeete -



CAISSE DE  
PREVOYANCE SOCIALE  
B.P. 1 - PAPEETE - TAHITI  
N° TAHITI 183707  
www.cps.pf

Service EVASAN Inter-île  
Tél : (689) 41 69 45 - 41 69 46  
Télécopie : (689) 48 21 69  
E-mail : evasan-iles@cps.pf

## EVACUATION SANITAIRE INTERINSULAIRE

A remplir par le médecin prescripteur et à envoyer au  
transporteur qui le fera parvenir au Service des  
EVASAN de la C.P.S., avec la facture

DIRECTION DE LA SANTE  
B.P. 611  
PAPEETE - TAHITI

Tél : (689) 46 00 00  
Télécopie : (689) 43 00 74

BON DE COMMANDE SUR REQUISITION POUR UN ALLER	
Prestataire ou transporteur :	
TITRE DE TRANSPORT A DELIVRER AU PATIENT : DN : _____	
NOM : _____	épouse : _____
Prénom : _____	
Né (e) le : _____	Poids : _____
Adresse : _____	
Adresse postale : _____ Code postal : _____	
Tel. Dom : _____	Bureau : _____ Portable: _____
EVASAN de : _____ Le : _____	
Vers : _____ Via : _____	
Condition de transport du patient:	
<b>a) Voie</b> <input type="checkbox"/> Avion <input type="checkbox"/> Hélicoptère <input type="checkbox"/> Bateau <input type="checkbox"/> Voiture <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	<b>b) siège</b> <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> sur civière <input type="checkbox"/> semi-allongé
<b>c) Transport</b> <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Spécial <input type="checkbox"/> SMUR	
<b>Accompagnateur :</b> <input type="checkbox"/> NON Si OUI : <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmier <input type="checkbox"/> Autre NOM : _____ Prénom : _____ Né le : _____	<b>Accompagnateur familial :</b> <input type="checkbox"/> NON Si OUI, Nom : _____ Prénom : _____ Lien parenté : _____ Né le : _____
<input type="checkbox"/> ALLER SIMPLE	<input type="checkbox"/> ALLER-RETOUR
<b>La dépense est imputable à :</b> <input type="checkbox"/> Caisse de Prévoyance Sociale <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Arrêté le présent bon de commande au nombre de _____ passager(s)	
Fait à _____ le _____ Visa et cachet du médecin prescripteur:	<b>Cadre réservé à la CPS</b> Date : _____ Agent : _____

Ref EVA021

Veillez faire suivre le message au Service EVASAN  
en remplissant le formulaire EVA022 (Message d'évacuation sanitaire non programmée)

# ANNEXE 10 – LES DIFFÉRENTES CATÉGORIES DE VÉHICULES TERRESTRES DÉDIÉS AU TRANSPORT SANITAIRE

## *Les véhicules terrestres affectés au transport sanitaire*

Les véhicules affectés au transport sanitaire sont de deux catégories. Les véhicules de catégorie A (ambulance de secours et de soins d'urgence), de catégorie B (voiture de secours aux asphyxiés et blessés) et de catégorie C (ambulance) sont des véhicules spécialement aménagés. Les véhicules de catégorie D (véhicule sanitaire léger) relèvent de la catégorie de véhicules affectés au **transport sanitaire terrestre**.

### **Véhicule de Catégorie A : ambulance de secours et de soins d'urgence (A.S.S.U)**

#### **Ambulance de secours et de soins d'urgence :**

Le véhicule A.S.S.U est **exclusivement** réservé au transport en **position allongée** et doit permettre d'effectuer les soins d'urgence requis par l'état du patient.

Le véhicule ne doit pas excéder 2,60 mètres, doit être de couleur blanche et comporte une cabine de conduite séparée d'une cellule sanitaire suffisamment

Les sièges et les parois intérieures du véhicule doivent être lavables et désinfectables.

**Personnel composant l'équipage : 2 personnes** qui appartiennent à l'une des catégories de l'annexe 1

**Nécessaire de secourisme d'urgence :** obligatoire (annexe 2)

### **Véhicule de Catégorie B de type VSAB**

#### **Composition :**

- Une cellule sanitaire qui reçoit les équipements spécifiques ;
- Une cabine de conduite (habitacle) de trois places.

Les sièges et les parois intérieures du véhicule doivent être lavables et désinfectables.

#### **Missions du véhicule sur la voie publique :**

- Reconnaissance, dégagement et relevage simples ;
- Exécution des gestes d'urgence et de réanimation nécessités par la mise en condition d'une victime pour son transport et durant son transport ;
- Transport de la victime ;
- Lorsque la victime est médicalisée : exécution de soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Véhicule accompagné d'un véhicule de secours routier dans tous les cas de désincarcération. Il prend en charge une seule victime grave voire une victime supplémentaire.

**Personnel composant l'équipage : 2 personnes** qui appartiennent à l'une des catégories de l'annexe 1

**Nécessaire de secourisme d'urgence :** obligatoire (annexe 2)

### **Véhicule de Catégorie C : ambulance**

Le véhicule A.S.S.U est réservé au transport sanitaire, d'un **patient unique**.

Le véhicule est du genre véhicule automoteur spécialisé (V.A.S.P) carrosserie ambulance et la carrosserie doit être de couleur blanche.

Le véhicule dispose d'une cellule sanitaire suffisamment vaste qui s'ouvre aisément par l'arrière.

Les sièges et les parois intérieures du véhicule doivent être lavables et désinfectables.

**Personnel composant l'équipage : 2 personnes** qui appartiennent à l'une des catégories de *l'annexe 1*

**Nécessaire de secourisme d'urgence :** obligatoire (*annexe 2*)

### **ANNEXE 1 : Composition de l'équipage à bord de l'un des véhicules**

Les catégories de personnes composant des équipages des véhicules spécialement adaptés au transport sanitaire terrestre :

1° Les personnes titulaires du certificat de capacité d'ambulancier

2° Les sapeurs pompiers

- Titulaires du certificat de formation aux activités de premier secours en équipe (C.F.A.P.S.E)
- Titulaires du brevet national de secourisme et des mentions de réanimation et secourisme routier

3° Personnes

- Titulaires d'un brevet national de secourisme ou du brevet national de premier secours et de l'attestation de formation aux premiers secours avec matériel (A.F.C.P.S.A.M)
- Exerçant la profession de médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme, infirmier

### **Véhicule de Catégorie D de type VSL**

**Véhicule sanitaire léger catégorie D :**

Le véhicule est **exclusivement** réservé au transport sanitaire de **3 malades en position assise**.

Le véhicule doit impérativement être de couleur blanche avec 4 portes latérales Les sièges et les parois intérieures du véhicule doivent être lavables et désinfectables.

**Insigne distinctif :**

Une croix régulière à 6 branches dont 1 branche en position verticale de 0,25 mètre au maximum est apposée sur les portières avant du véhicule et facultativement sur la partie arrière de la carrosserie et sur le capot. Nom commercial ou dénomination de la personne physique ou morale devant être indiqué.

**Personnel composant l'équipage : 1 personne** qui appartient à l'une des catégories de *l'annexe 1*

**Nécessaire de secourisme d'urgence :** NON obligatoire

### **ANNEXE 2 : Nécessaire de secourisme d'urgence**

- Bandes élastiques type Velpeau : 1 de largeur 5cm ; 1 de largeur 10 cm
- Compresse de gaze stérile : 20
- Pansement stérile absorbant : 2
- Rouleaux de ruban adhésif pharmaceutique : 2
- Drap stérile : 1
- Champ stérile : 1
- Paires de gants stériles usage unique : 2, taille moyenne
- Solution antiseptique bactéricide non iodée
- Couverture isotherme : 1
- Pare de ciseaux universels bouts « mousse » : 1
- Pince à écharde : 1
- Canule oropharyngées
- Rasoir de sûreté : 1
- Lampe électrique à pile : 1
- Sucre en morceaux : minimum 5
- Stylo et carnet : 1+1
- Sac poubelle 10 litres : minimum 10

# ANNEXE 11 - AGRÉMENT DE TRANSPORT DE PASSAGER DANS LE CADRE DES TRANSPORTS SANITAIRES OU MÉDICAUX URGENTS DANS L'ARCHIPEL DES ÎLES MARQUISES



HAUT-COMMISSARIAT DE LA RÉPUBLIQUE  
EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

AGREMENT N° 06 - 2016

## PORTANT AGREMENT DE TRANSPORT DE PASSAGERS DANS LE CADRE DE TRANSPORTS SANITAIRES OU MEDICAUX URGENTS DANS L'ARCHIPEL DES ILES MARQUISES

Le Haut-commissaire de la République en Polynésie française,

VU la demande d'agrément présentée pour le navire **HEETAÏ 4**

**CONSIDERANT** que l'emploi de navires privés pour effectuer des transports sanitaires et médicaux urgents dans l'archipel des îles Marquises répond à une nécessité avérée en l'absence de moyens spécialisés suffisants pour assurer la permanence de cette mission ;

**CONSIDERANT** qu'il appartient à l'Etat d'encadrer une pratique existante afin de s'assurer que ces transports urgents à caractère sanitaire et médical s'effectuent dans des conditions de sécurité satisfaisantes ;

Sur proposition du directeur de cabinet du Haut-commissaire de la République en Polynésie française.

**DECIDE :**

**Article 1<sup>er</sup>** : Un agrément pour des transports urgents de personnes est délivré au navire **HEETAÏ 4**.

**Article 2** : L'agrément est valable pour assurer des transports urgents de personnes ; lorsqu'ils ont trait à une situation sanitaire et médicale, ces transports sont effectués à la demande d'un médecin ou du SAMU de Polynésie française. Il appartient, dans ce cas, à l'autorité médicale de décider si le transport sur le navire considéré est compatible avec l'état du patient.

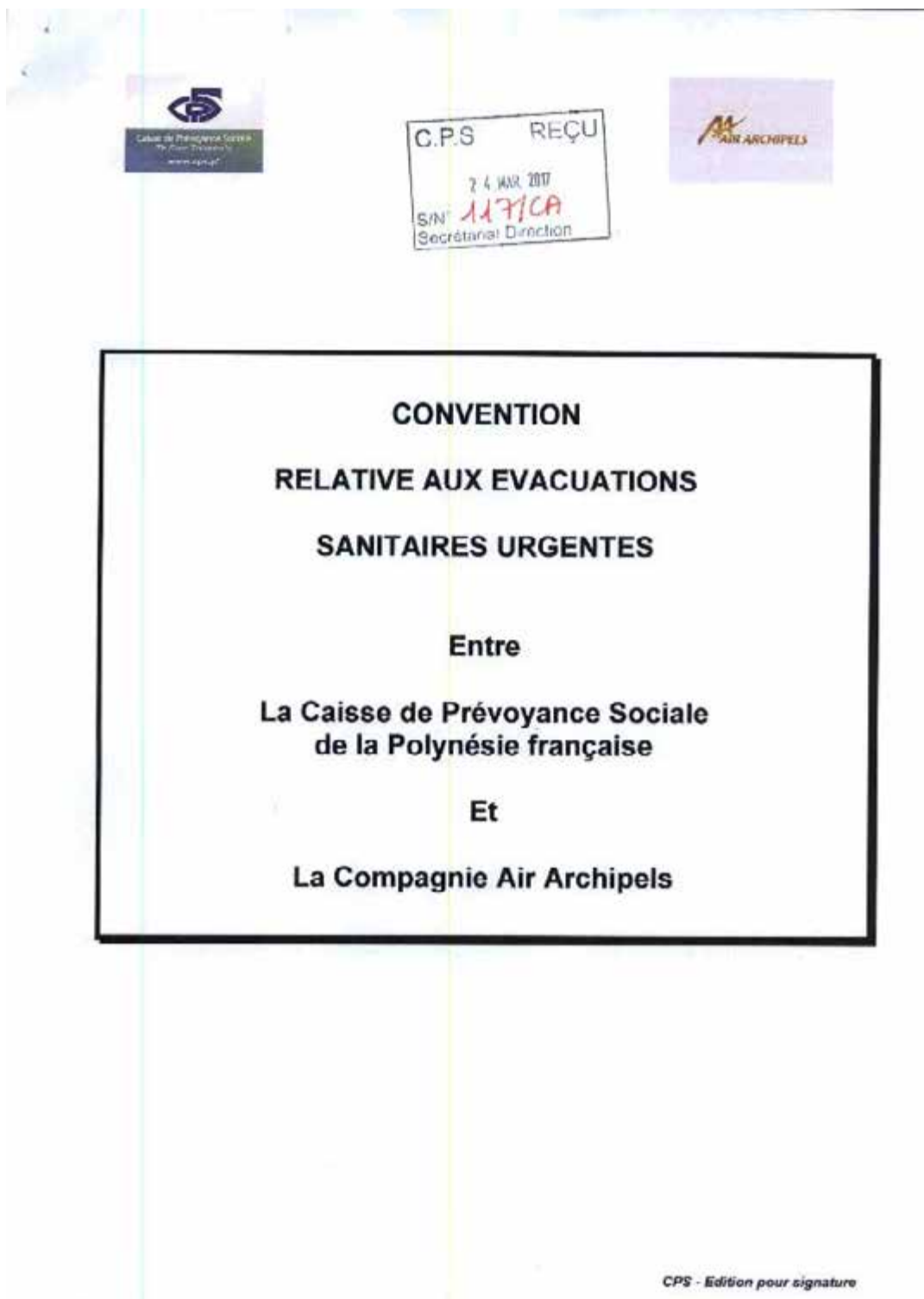
**Article 3** : L'agrément délivré au navire **HEETAÏ 4** est valable pour des liaisons entre les ports suivants :

- NUKU HIVA / UA HUKA

**Article 4** : L'agrément est valide et ne reste valide qu'aux conditions suivantes :

- Le navire possède un permis de navigation en cours de validité ;
- Le capitaine du navire est titulaire d'un titre de conduite valide, l'autorisant à effectuer les trajets prévus à l'art. 3 ;
- Le matériel de sécurité embarqué est conforme à la réglementation s'appliquant au navire. Les brassières embarquées doivent correspondre au nombre de personnes embarquées et être adaptées à leur morphologie, notamment pour les enfants ;
- Le navire doit posséder à bord un moyen fiable de liaison avec la terre et embarquer une balise de radio-localisation des sinistres ;

# ANNEXE 12 - CONVENTION DU 1<sup>ER</sup> MARS 2017 MODIFIÉE PAR AVENANT DU 1<sup>ER</sup> AVRIL 2019 RELATIVE AUX ÉVACUATIONS SANITAIRES URGENTES CONCLUE ENTRE LA CPS ET AIR ARCHIPELS



**ENTRE LES SOUSSIGNES :**

**LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE,**  
ayant son siège social à PAPEETE MAMA'O, avenue du commandant CHESSE, B.P.1 -  
98713 PAPEETE, n° TAHITI 183707,

agissant pour le compte :

- du régime des salariés,
- du régime de solidarité de la Polynésie française,
- du régime des non-salariés,

**représentée par son Directeur, Monsieur Régis CHANG,**  
habilité par délégations,

ci-après désignée « la CPS », « la Caisse », ou l'« organisme de gestion »,

**d'une part,**

**ET,**

**LA COMPAGNIE AIR ARCHIPELS,**  
EURL immatriculée au RC sous le numéro 5867 B,  
ayant son siège social à l'aéroport de Tahiti-Faaa,  
BP 6019 - 98702 FAAA, n° TAHITI 368076,

**représentée par son Directeur, Monsieur Franck LAUMONIER**

ci-après désignée « Air Archipels » ou « la compagnie »,

**d'autre part,**

**Il a été convenu ce qui suit :**

47 

### **Préambule**

Dans le cadre de la protection sociale généralisée instituée par délibération n ° 94-6/AT du 3 février 1994, la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française assure la gestion des régimes de protection sociale.

Pour les évacuations sanitaires urgentes, les parties signataires s'engagent à collaborer pour mettre en place un dispositif conventionnel afin de garantir, aux ressortissants des régimes de protection sociale gérés par la Caisse, le droit à la santé pour tous en fonction des ressources financières de la Collectivité.

### **Article 1 - Objet**

La CPS confie à la Compagnie Air Archipels le transport des ressortissants des régimes gérés par elle dont l'état de santé nécessite une évacuation sanitaire urgente par vol spécial des îles vers Tahiti et/ou intra îles.

La présente convention a pour objet de fixer les droits et obligations des parties signataires et les modalités d'exécution de ces transports.

Toute modification importante relative aux conditions de fonctionnement de la Compagnie devra être communiquée à la CPS dans un délai maximum d'un mois. A défaut, la convention pourra être dénoncée de droit, sans préavis par la CPS, par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen certain de transmission.

### **Article 2 - Date d'effet**

La présente convention prend effet à sa signature par les parties.

### **Article 3 - Durée**

La présente convention régit les relations entre les parties pour une durée de un (1) an à compter de sa date d'effet, reconductible 4 ans.

Elle sera ensuite renouvelée par période d'une année, par reconduction tacite, sauf dénonciation suivant la procédure prévue à l'article 14 de la présente convention dans les trois mois qui précèdent le terme. Le nombre de renouvellements n'excèdera pas quatre périodes.

### **Article 4 - Engagements**

Les parties s'engagent à respecter les engagements prévus par les présentes dans le cadre de la réglementation en vigueur en matière de transport aérien public.

La compagnie s'oblige à observer la plus stricte économie compatible avec les exigences de sécurité du transport aérien.

AL FL  
D

La compagnie s'engage à mettre à la disposition de la Caisse de Prévoyance Sociale :

- **Un aéronef** par période de 24 heures, correspondant autant que faire se peut aux spécifications de l'Annexe.
- **Deux équipages** par période de 24 heures, utilisés dans le respect de la réglementation aérienne appliquée en Polynésie française. Au-delà de cette réglementation, les dispositions de l'article 8 de la présente convention s'appliqueront.
- A organiser une **permanence H24 /7J** pour la réception et le traitement des appels du Samu.
- A prendre en charge les plateaux repas pour le personnel médical, sur demande du Samu au départ d'une Evasan, si cette Evasan couvre la totalité de la plage horaire d'un repas.

#### **Article 5 - Aéronefs**

La compagnie met à la disposition de la CPS un des aéronefs inscrits sur la liste de la flotte, suivant les caractéristiques en Annexe. Toutefois, si pour des raisons techniques l'appareil spécifié n'est pas disponible, la compagnie fournira dans la mesure du possible un autre appareil avant d'appliquer les dispositions de recherches de moyens, prévues à l'article 8.

#### **Article 6 - Obligations réglementaires**

Les aéronefs et les pilotes doivent répondre aux exigences de la réglementation du transport aérien public.

La Compagnie souscrit une police d'assurance couvrant sa responsabilité civile à l'égard des tiers et à l'égard des passagers suivant les garanties au moins égales à celles définies par la Convention de Montréal.

Elle souscrit une police d'assurance pour le lot de matériel médical d'une valeur forfaitaire de neuf (9) millions FCP.

#### **Article 7 - Délai de mise en service**

Dans la configuration standard spécifiée en Annexe, le délai maximum de mise en œuvre de l'appareil, suite au déclenchement par le Samu, n'excédera pas **45 minutes** de jour comme de nuit.

Dans le cas particulier de changement de configuration, de mise en place de la couveuse ou de configuration à deux civières, les délais de mise en service spécifiés dans le présent article pourront être rallongés pour permettre l'installation des équipements.

72 x 72



### **Article 8 - Recherche de moyens alternatifs**

En cas de difficultés, la compagnie devra effectuer en collaboration avec le Service d'Aide Médicale d'Urgence du Centre Hospitalier de la Polynésie Française (SAMU) une recherche de moyens permettant d'assurer l'évacuation sanitaire suivant l'ordre de priorité ci-après :

- 1) les aéronefs figurant sur la liste de flotte de la Compagnie ;
- 2) les aéronefs figurant sur la liste des autres entreprises privées de transport aérien ;
- 3) les aéronefs d'Etat.

### **Article 9 - Passagers**

Le médecin peut décider d'embarquer après accord du pilote commandant de bord :

- un accompagnateur pour le malade dans le cadre des règles fixées par la CPS de la Polynésie française,
- un journaliste dans le cadre d'actions de promotion validées conjointement par la direction du SAMU et la direction d'Air Archipels, sous réserve qu'il ait signé une renonciation à tout recours contre la CPS en cas de dommages subis.

### **Article 10 - Prix**

En contrepartie des engagements de la Compagnie détaillés dans l'article 4, l'organisme de gestion paie :

- un forfait mensuel de **10 160 000 XPF HT** couvrant les frais fixes, figé sur 5 ans ;
- un prix à l'heure de vol fixé à **199 500 XPF HT** pour couvrir les autres frais dont le carburant.

### **Article 11 - Révision des prix**

Les prix de la présente convention sont révisables par les parties signataires, après une période d'application de douze (12) mois, en cas de variation positive ou négative de plus de 2 % de la valeur de référence du carburant en XPF depuis la dernière révision.

La valeur de référence du carburant est établie tous les mois et correspond à la moyenne sur les douze derniers mois de la cotation MOPS (Mean Of Platt's Singapour) du mois m-2, convertie en XPF selon le taux de change mensuel publié par la Banque de France.

La date de référence prise en compte pour les prix indiqués dans l'article 10 est le **1<sup>er</sup> octobre 2015**, date à laquelle la valeur de référence du carburant est **54,20 XPF/L**.

na + FE

La formule de révision des prix est la suivante :

P = prix à l'heure de vol en vigueur

P1 = nouveau prix à l'heure de vol

C = variation de la valeur du carburant en XPF, en pourcentage

$$\mathbf{P1 = P (1+0,14C)}$$

Toute révision des prix se fait pour une nouvelle période de douze (12) mois. Elle se fera par simple lettre de l'une ou l'autre partie et sera applicable à compter de la date de cette lettre.

### **Article 12 - Modalités de facturation**

La compagnie adresse mensuellement les factures à la Caisse de prévoyance sociale accompagnées :

- d'un bordereau d'activité précisant notamment les incidents, les immobilisations et l'état récapitulatif des factures, (le recours, les motifs et les moyens lors de la recherche d'autres moyens) ;
- du bon de prise en charge ou réquisition. Ce bon doit impérativement être validé par un médecin du Service des Urgences du Centre Hospitalier de Polynésie Française (SAMU) ;
- D'une facture détaillant pour chaque mission :
  - le nom et le prénom de la personne transportée, son numéro d'immatriculation CPS (DN), le numéro du bon de prise en charge ou de réquisition
  - la date et les heures de vol réalisées.

L'ensemble des pièces peut être accompagné d'un bordereau récapitulatif.

La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délai de 30 jours ouvrés à compter de la réception des factures accompagnées des documents justificatifs. Dès que le système de télétransmission avec la Caisse sera opérationnel, ces délais seront portés à 45 jours ouvrés en cas de transmission des feuilles de soins papier et de 15 jours ouvrés en cas de télétransmission, à compter de la date de réception des documents justificatifs.

La Compagnie transmettra dès qu'elle sera en mesure de le faire, ces factures sur support informatique, selon les normes et les outils qui seront fournis par le service informatique de la Caisse et qui respecteront les exigences comptables de la compagnie.

Conformément aux dispositions réglementaires de l'assurance maladie des trois (3) régimes de protection sociale territoriaux en vigueur, le paiement des prestations se prescrit après une (1) année à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.

77 → FL

### **Article 13 - Résiliation pour inexécution des obligations contractuelles**

En cas d'inexécution par l'une des parties de ses obligations conventionnelles, qui sont toutes de rigueur, notamment en cas :

- de suspension ou de retrait d'autorisation et d'agrément de transport aérien public ;
- d'inexécution des prestations de vol ;
- d'absence d'assurance responsabilité civile à l'égard des tiers et des passagers pour les garanties égales à celles définies par la Convention de Montréal ;
- d'absence d'assurance sur le lot médical ;
- de modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des signataires ;
- de non-paiement du service dû ;
- de la non-application de la révision des prix définie dans l'article 11,

la présente convention sera résiliée de plein droit, si bon semble à l'une des parties signataires sans aucune formalité judiciaire, un (1) mois après un retrait d'agrément ou un (1) mois après une simple sommation d'exécuter restée sans effet et contenant déclaration de la partie diligente de son intention d'user du bénéfice de la présente clause.

### **Article 14 - Dénonciation**

La dénonciation de la présente convention par l'une ou l'autre des parties s'effectue par lettre recommandée avec préavis de trois (3) mois.

#### **Contact Air Archipels :**

Adresse : BP 6019  
98702 Faa'a  
Tahiti - Polynésie Française  
A l'attention de : Franck LAUMONIER

#### **Contact CPS :**

Adresse : BP 1  
98713 Papeete  
Tahiti - Polynésie Française  
A l'attention de : Régis CHANG

### **Article 15 - Représentation de la CPS**

Le Directeur de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française est désigné personne chargée de représenter la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française à l'exécution de la présente convention.

*Handwritten initials and signature*

**Article 16 - Comptable responsable des Paiements**

Le comptable responsable des paiements est l'Agent Comptable de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.

**Article 17 - Litiges**

Les différends survenant entre les parties dans l'interprétation ou l'exécution de la présente convention et qui ne pourront être réglés à l'amiable seront soumis à la juridiction compétente.

**Fait à Faa'a, le 1<sup>er</sup> mars 2017**  
*(en trois (3) exemplaires originaux)*

**Franck LAUMONIER**  
*Directeur d'Air Archipels*



Pour **Régis CHANG**  
*Directeur de la CPS*  
Le Directeur Adjoint  
**Vincent DUFONT**

**Michel RUIZ**  
*Agent-comptable CPS*





**AVENANT n°1**  
**A LA CONVENTION**  
**RELATIVE AUX EVACUATIONS**  
**SANITAIRES URGENTES**

**Entre**

**La Caisse de Prévoyance Sociale  
de la Polynésie française**

**Et**

**La Compagnie Air Archipels**

  
42 J.

**ENTRE LES SOUSSIGNES :**

**LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE,**  
ayant son siège social à PAPEETE MAMAQ, avenue du commandant CHEESE, B.P.1 -  
98713 PAPEETE, n° TAHITI 183707,

agissant pour le compte :

- du régime des salariés,
- du régime de solidarité de la Polynésie française,
- du régime des non-salariés,

**représentée par son Directeur, Monsieur Yvonnick RAFFIN**  
habilité par délégations,

- n°38/P en date du 30 avril 2019 du président du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale ;
- n°03/RNS en date du 18 janvier 2019 du président du conseil d'administration du régime de non-salariés ;
- n°5-19/RSPF en date du 8 avril 2019 de la présidente du comité de gestion du régime de solidarité de Polynésie française ;

ci-après désignée « la CPS », « la Caisse », ou l'« organisme de gestion »,

**d'une part,**

**ET,**

**LA COMPAGNIE AIR ARCHIPELS,**  
EURL immatriculée au RC sous le numéro 5867 B, n°Tahiti 368076  
ayant son siège social à l'aéroport de Tahiti-Faaa,  
BP 6019 - 98702 FAAA, n° TAHITI 368076,

**représentée par son Directeur, Monsieur Heifara GARBET**

ci-après désignée « Air Archipels » ou « la compagnie »,

**d'autre part,**



**CONVIENNENT DE L'AVENANT N°1 A LA CONVENTION du 1<sup>er</sup> MARS 2017  
DANS LES TERMES CI APRES**

**Article 1.**

Après l'alinéa 1<sup>er</sup> du Préambule, les stipulations des alinéas 2 et 3 sont rédigées comme suit :

*« Les Parties sont convenues de conclure la présente convention de services dans le cadre des évacuations sanitaires urgentes, et de faire tous leurs meilleurs efforts pour permettre aux ressortissants des régimes de protection sociale gérés par la Caisse, le droit à la santé pour tous en fonction des ressources financières desdits régimes.*

*En conséquence, et par la présente convention, la société Air Archipels assurera les prestations d'évacuations sanitaires urgentes qui lui seront demandées par le Service d'Aide Médicale d'Urgence du Centre Hospitalier de la Polynésie Française dans la mesure où ses moyens matériels, techniques et humains le lui permettent, la société Air Archipels n'étant pas tenue à une obligation de résultat . »*

**Article 2.**

A l'alinéa 2 de l'article 1<sup>er</sup>, les mots « dénoncée de droit » sont remplacés par les mots « résiliée de plein droit »

**Article 3.**

L'article 3 est abrogé et rédigé comme suit :

**« Article 3 – Durée et dénonciation**

*La présente convention régit les relations entre les parties pour une durée de six (6) ans.*

*Elle sera ensuite renouvelée par période de trois années, par reconduction tacite, et pour deux périodes au maximum, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout moyen certain de transmission, dans les douze (12) mois qui précèdent le terme de la période en cours. »*

**Article 4.**

- A l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 4, les mots « s'engagent » sont remplacés par les mots « s'obligent » ;

- L'alinéa 3 de l'article 4 est abrogé et rédigé comme suit :

*« Dans le cadre de la présente convention, la société Air Archipels s'engage à réaliser les prestations suivantes : »*

- A l'alinéa 4 de l'article 4, avant les mots « un aéronef » sont ajoutés les mots « la mise à disposition d' » ;



- A l'alinéa 5 de l'article 4, avant les mots « deux équipages » sont ajoutés les mots « la mobilisation de » ;
- A l'alinéa 6 de l'article 4, les mots « à organiser » sont remplacés par les mots « l'organisation d' » ;
- A l'alinéa 7 de l'article 4, les mots « à prendre en charge » sont remplacés par les mots « la prise en charge des » et le mot « départ » par le mot « déclenchement ».
- A l'article 4 est ajouté un alinéa 8 rédigé comme suit « - la transmission trimestrielle d'un bordereau d'activité précisant notamment les incidents et les immobilisations (le recours, les motifs et les moyens lors de la recherche d'autres moyens). »
- A l'article 4, est inséré un dernier alinéa rédigé comme suit :

*« La compagnie s'engage à produire à la Caisse son compte d'exploitation et toutes données chiffrées et pièces justificatives nécessaires et notamment, le compte analytique d'exploitation spécifique à l'activité EVASAN et les clés de répartition utilisées, sur le modèle figurant en annexe, en mai de chaque année. »*

#### **Article 5.**

Après l'article 4, est inséré un article 4-1 rédigé comme suit :

#### **« Article 4-1 : Clause indemnitaire**

*Les parties conviennent de se réunir, au plus tard le 31 mars de l'année N+1 pour établir le bilan des incidents et des immobilisations, leur imputabilité ou non au prestataire, et définir une indemnisation éventuelle au profit de la CPS.*

*Si, en dépit des efforts des parties, aucun accord n'a pu être trouvé dans les 3 mois de la demande de négociation, chaque partie pourra saisir le juge des référés afin que celui-ci procède à la désignation d'un tiers impartial et indépendant, chargé de procéder à la détermination des pénalités. Les frais afférant à cette désignation seront supportés de manière égale par les parties.*

#### **Article 6.**

Les stipulations de l'article 5 sont abrogées et rédigées comme suit :

*« Pour la réalisation de ses prestations, la société Air Archipels utilisera l'aéronef dédié aux Evasans inscrit sur la liste de la flotte, suivant les caractéristiques en annexe. Un aéronef de remplacement, inscrit sur la liste de la flotte, sera mis à disposition lors des périodes de maintenance programmées.*

*Toutefois, si pour des raisons imprévues d'ordre technique ou autres, l'appareil dédié n'est pas disponible, la compagnie fournira dans la mesure du possible un autre appareil suivant les modalités prévues à l'article 8.*

#### **Article 7.**

Au dernier alinéa de l'article 6, les mots « neuf (9) millions FCP. » sont remplacés par les mots « vingt (20) millions XPF. »



### **Article 8.**

Les stipulations de l'article 8 sont abrogées et rédigées comme suit :

*« En cas de difficulté liée à l'indisponibilité de l'aéronef dédié ou du personnel nécessaire à la réalisation des prestations de transport, Air Archipels recherche avec le Service d'Aide Médicale d'Urgence du Centre Hospitalier de la Polynésie Française (SAMU), les moyens permettant d'assurer la prestation d'évacuation sanitaire, selon l'ordre de priorité suivant :*

- 1- Les autres aéronefs et le personnel de la société Air Archipels disponibles, non engagés ou affectés à d'autres missions ;*
- 2- Les aéronefs et le personnel d'autres compagnies de transport aérien privé, partenaires de la CPS dont la liste sera périodiquement transmise à la compagnie ;*
- 3- Les aéronefs et le personnel de l'Etat.».*

### **Article 9.**

Les stipulations de l'article 10 sont abrogées et rédigées comme suit :

*« En contrepartie des engagements et des prestations d'évacuation sanitaire réalisées par la société AIR ARCHIPELS définies à l'article 4, la Caisse paie :*

- un forfait mensuel couvrant les frais fixes ;*
- un prix à l'heure de vol (HDV), block-block, suivant le type d'aéronef (B200 C ou B250 C) suivant la formule (minute de vol \* 60) pour couvrir les autres frais dont le carburant ;*

*Ces éléments de prix sont précisés dans les comptes d'exploitation analytique prévisionnels, joints en annexe du présent contrat.*

### **Article 10.**

Après l'article 10, est inséré un article 10-1 rédigé comme suit :

**« Article 10-1 : Clause de renégociation**

*Le présent contrat est conclu sur la base de données économiques, légales, commerciales et monétaires actuellement en vigueur.*

*Il repose notamment sur une fréquence d'évacuations sanitaires inter-îles urgentes estimée à 1000 heures de vol en année pleine et la perspective de la mise en service progressive d'un aéronef Beechcraft B250 C à acquérir hors bénéfice de la défiscalisation subordonné à l'accord de l'administration fiscale compétente.*

*Si par suite de l'évolution de ces données ou de la survenance d'événements extérieurs aux parties, l'économie générale du contrat était significativement modifiée au point que son exécution entraîne des conséquences onéreuses inévitables pour l'une des parties,*



celle-ci peut solliciter de l'autre la renégociation, à la hausse comme à la baisse, des éléments du prix prévus à l'article 10.

Un tel réexamen pourra se faire notamment dans les cas suivants :

- dans le mois suivant la mise en service de l'aéronef B250C dédié susvisé puis au mois de février de chaque période annuelle ;
- en cas de variation constatée par l'arrêté annuel des comptes de plus de 10 % du résultat net projeté ;
- en cas de bénéfice d'une défiscalisation pour l'acquisition de l'aéronef susvisé ;
- en cas de variation du nombre annuel d'heures de vols projeté de plus de 20 %.

Les parties s'engagent alors à renégocier les conditions financières du contrat dans un esprit de collaboration et d'équité en vue de se replacer dans une situation d'équilibre comparable à celle qui existait lors de la conclusion du contrat.

A cette occasion, la compagnie s'engage à produire à la Caisse son compte d'exploitation et toutes données chiffrées et pièces justificatives nécessaires et notamment, le compte analytique d'exploitation spécifique à l'activité EVASAN et les clés de répartition utilisées, sur le modèle figurant en annexe.

Chaque partie s'engage à renégocier le contrat de bonne foi de manière à parvenir à un accord, lequel, réalisant l'aménagement du contrat initial, n'aura aucune portée novatoire.

Si en dépit des efforts des parties, aucun accord n'a pu être trouvé dans les trois mois de la demande de renégociation, chaque partie peut alors mettre fin librement au contrat, sans indemnité, par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen certain de transmission. La résiliation alors prend effet douze (12) mois après la réception de ladite lettre.

Pendant la durée des négociations, le contrat se poursuit aux conditions initialement prévues.

### **Article 11.**

L'article 11 est rédigé comme suit :

#### **« Article 11 – Révision des prix**

*Les prix de la présente convention sont révisables par les parties signataires, après une période d'application de douze (12) mois.*

*Toute révision des prix se fait pour une nouvelle période de douze (12) mois. Elle se fera par simple lettre de l'une ou l'autre partie et sera applicable à compter de la date de cette lettre.*

42   
J.

« En cas de retrait du certificat de transport aérien de la compagnie ou de sa licence d'exploitation, la convention cesse ses effets de plein droit, immédiatement et sans aucune formalité judiciaire.

Dans les autres cas, la présente convention sera résiliée de plein droit, si bon semble à l'une des parties signataires trois (3) mois après une simple sommation d'exécuter restée sans effet et contenant déclaration de la partie diligente de son intention d'user du bénéfice de la présente clause. »

#### **Article 14.**

A l'article 14, l'intitulé « Dénonciation » est remplacé par « Coordonnées »

L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 14 est abrogé.

Les noms « Franck LAUMONIER » et « Régis CHANG » sont respectivement remplacés par les mots « Monsieur le Directeur ».

#### **Article 15.**

- Complète l'annexe spécification de l'avion utilisé pour l'évacuation sanitaire urgente, la fiche de présentation des BEECHCRAFT KING AIR 200 et et AIR 250 ;

- Constituent l'annexe 2 du présent contrat, les comptes d'exploitation analytique prévisionnels.

#### **Article 16.**

Le présent avenant n°1 prend effet le 1<sup>er</sup> janvier 2020.

Fait à Faa'a le 4 septembre 2019, en trois (3) exemplaires originaux.



**HEIFARA GARBET**  
Directeur d'Air Archipels



**Yvonnick RAFFIN**  
Directeur de la CPS

**Michel RUIZ**  
Agent-comptable CPS

# **ANNEXE 13 - CONVENTION PROVISOIRE DU 19 JUILLET 2019 RELATIVE AUX ÉVASANS D'URGENCE CONCLUE ENTRE TNH ET LA CPS**



LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE, sise à PAPEETE, Avenue du  
Commandant Chessé - B.P. 1 - 98713 PAPEETE - TAHITI

Agissant pour le compte ;

- Du Régime des salariés,
- Du Régime des non-salariés,
- Du Régime de solidarité,

Représentée par son Directeur, Monsieur Yvonnick RAFFIN :

- Arrêté n°531 CM du 26 avril 2017 portant nomination de M. Yvonnick RAFFIN en qualité de directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française,

Ci-après dénommée la « CPS », ou individuellement « Partie »,

Le CHPF (Centre Hospitalier de la Polynésie Française), établissement public administratif (T.A.H.I.T.I n°2659) sis à Pirae, BP 1640 PAPEETE, agissant pour le compte du SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence), représenté par son directeur, Monsieur René CAILLET,

Ci-après dénommé « CHPF »

D'une part,

ET

TAHITI NUI HELICOPTERS SAS,  
Société au capital de 246 000 000 FCP,  
Enregistrée sous le n° RC RCS PAPEETE TPI 18 92 B  
Sise à Aéroport de Tahiti-Faa'a, Zone nord, BP 60026, 98702 FAA'A

Représentée par son président, M. Mathieu BECHONNET, dûment habilité

D'autre part,

Ci-après dénommée « TNH » ou individuellement « Partie »,

Conjointement nommé(e)s « Les Parties »,

## IL A ETE PREALABLEMENT EXPOSE CE QUI SUIIT :

TAHITI NUI HELICOPTERS est une entreprise de transport aérien public, titulaire de la licence de transporteur aérien par arrêté n°00933/CM du 14 mai 2018. TAHITI NUI HELICOPTERS a principalement pour objet toutes opérations industrielles et commerciales se rapportant au transport aérien de personnes et de marchandises, au travail aérien et la réalisation de tous types de prestations de services dans le domaine de l'aéronautique.

TAHITI NUI HELICOPTERS dispose d'une base située à l'aéroport de Tahiti Faa'a et une à Bora-Bora ce qui lui permet de développer son activité de transport de personnes en Polynésie Française et plus particulièrement sur l'archipel de la Société.

Dans le cadre de la protection sociale généralisée instituée par délibération n° 94-6/AT du 3 février 1994, la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française assure la gestion des régimes de protection sociale.

Pour les évacuations sanitaires urgentes, les Parties signataires s'engagent à collaborer pour mettre en place un dispositif conventionnel afin de garantir, aux ressortissants des régimes de protection sociale gérés par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, le droit à la santé pour tous en fonction des ressources financières de la Collectivité.

A cet effet, la présente Convention précise les conditions d'intervention de la société Tahiti Nui Helicopters ainsi que les obligations des Parties signataires en précisant notamment les modalités pratiques de facturation et de règlement de ces transports et en proposant une tarification des prestations.

Les deux Parties ont ainsi décidé de se rapprocher pour définir et arrêter les termes et conditions de la présente Convention :

## IL A ETE CONVENU CE QUI SUIIT :

### **Article 1 - VALEUR DE L'EXPOSE PREALABLE ET DES ANNEXES**

L'exposé préalable ci-avant et les annexes ont la même valeur juridique que la présente Convention (ci-après : "la Convention"), dont ils font partie intégrante.

### **Article 2 - OBJET DE LA CONVENTION**

TAHITI NUI HELICOPTERS peut être sollicité dans le cadre de transport des ressortissants des régimes gérés par elle dont l'état de santé nécessite une évacuation sanitaire aérienne urgente par vol spécial des îles vers Tahiti et/ou intra îles, en référence à l'article 19.

La présente convention a pour objet de fixer les droits et obligations des parties signataires et les modalités d'exécution de ces transports.

### **Article 3 – ENGAGEMENTS DE TAHITI NUI HELICOPTERS**

TAHITI NUI HELICOPTERS s'engage à transmettre à la CPS, à la date de la signature de la présente convention, son statut consolidé, son extrait d'inscription au registre du commerce (extrait K-bis), l'enregistrement au répertoire des entreprises (ISPF) ainsi que la police d'assurance couvrant sa responsabilité civile.

Toute modification relative aux conditions de fonctionnement de TAHITI NUI HELICOPTERS devra être communiquée à la CPS dans un délai maximum d'un mois.

TAHITI NUI HELICOPTERS s'oblige à observer la plus stricte économie compatible avec les exigences de sécurité du transport aérien.

TAHITI NUI HELICOPTERS mettra à la disposition de la CPS un des aéronefs inscrits sur sa liste de flotte en journée en fonction de l'activité déjà programmée et la disponibilité des appareils et des pilotes.

#### **Article 4 – ENGAGEMENTS DU SAMU**

Les réservations devront être effectuées par le médecin régulateur du SAMU auprès du service de permanence opérations de TAHITI NUI HELICOPTERS.

Le médecin régulateur du SAMU s'engage, lors de la réservation, à informer TAHITI NUI HELICOPTERS des personnes faisant partie du convoi. Il est précisé que le terme « convoi » signifie « un groupe composé de l'évacué avec un ou plusieurs accompagnateurs médicaux ».

#### **Article 5 – DUREE**

La présente Convention prend effet à compter du 15 juillet 2019 et ce jusqu'à fin août 2019.

#### **Article 6 - ENGAGEMENTS**

Les Parties s'engagent à respecter les engagements prévus par la présente convention dans le cadre de la réglementation en vigueur en matière de transport aérien public.

Les parties s'engagent à trouver les meilleures pratiques durant la période du présent contrat de manière à mettre en place un service responsable au regard des exigences budgétaires.

#### **Article 7 - OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES**

Les aéronefs et les pilotes doivent répondre aux exigences de la réglementation du transport aérien commercial. Les FVASAN seront obligatoirement réalisées sur des appareils bi moteurs de catégorie A en classe de performance 1. L'équipage sera composé d'un pilote et d'un assistant de vol.

TAHITI NUI HELICOPTERS souscrit une police d'assurance couvrant sa responsabilité civile à l'égard des tiers, des passagers et du matériel médical à hauteur de 20M XPF.

L'ensemble des documents réglementaires exigés (CTA, assurances compagnie et hélicoptères, expérience et qualifications pilotes) est transmis à la CPS en pièces jointes de cette convention.

#### **Article 8 - CONDITIONS GENERALES DE VENTE ET DE TRANSPORT**

Les évacuations sanitaires d'urgence réalisées par TAHITI NUI HELICOPTERS s'effectuent dans le respect des Conditions Générales de Vente de Transport de TAHITI NUI HELICOPTERS.

#### **Article 9 - DISPONIBILITE**

TAHITI NUI HELICOPTERS organise une permanence pour la réception des appels en vue de la mise en œuvre de l'appareil ; le numéro de téléphone de permanence pour Tahiti et Bora-Bora sera communiqué à la régulation du SAMU. (+689 87 777 238)

#### **Article 10 - DELAI DE MISE EN SERVICE**

Pour le premier vol de la journée, le délai maximum de mise en œuvre de l'appareil n'excédera pas 45 minutes.

Dans les cas particuliers de changement de configuration (installation du kit civière), les délais de mise en service spécifiés dans le présent article pourront être rallongés pour permettre l'installation des équipements.

Je n l

#### **Article 11 - PASSAGERS**

Le médecin peut décider d'embarquer, après accord du pilote commandant de bord (dans la mesure où les performances en termes de place offerte ou de poids le permettent), un accompagnateur familial pour le malade après accord du médecin régulateur du SAMU.

#### **Article 12 - TARIFICATION**

Les tarifs prévus à l'annexe 1 sont fermes et valides jusqu'au 31 août 2019.

#### **Article 13 – INDISPONIBILITE**

Aucune pénalité ne sera appliquée en cas d'indisponibilité ou de défaillance de l'hélicoptère de Tahiti Nui Helicopters. En cas d'indisponibilité, TNH s'engage à informer la CPS des causes ayant engendrés ces indisponibilités

#### **Article 14 - MODALITES DE FACTURATION**

TAHITI NUI HELICOPTERS adresse les factures à la CPS accompagnées des pièces suivantes :

1/ De manière hebdomadaire :

- Du bon de prise en charge ou d'une réquisition. Ce bon doit impérativement être validé par un médecin du Service d'Aide Médicale d'Urgence du Centre Hospitalier de Polynésie Française (SAMU);
- D'une facture pour chaque mission :
  - Mentionnant notamment le nom et le prénom de la personne transportée, son numéro d'immatriculation CPS (DN), le numéro du bon de prise en charge ou de la réquisition
  - La date et les minutes de vol réalisées, block-block

L'ensemble des pièces devra être accompagné d'un bordereau récapitulatif, sous format Excel

2/ Mensuellement d'un bordereau d'activité précisant notamment les incidents, les immobilisations, sous format Excel.

La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délai de 30 jours fin de mois à compter de la réception des factures accompagnées des documents justificatifs hors-ressortissant CPS dépendant du RNS (Régime des non-salariés).

#### **Article 15 - RESILIATION POUR INEXECUTION DES OBLIGATIONS CONTRACTUELLES**

En cas d'inexécution par l'une des Parties de ses obligations prévues à la présente Convention, notamment en cas :

- De suspension ou de retrait d'autorisation et d'agrément de transport aérien public ;
- D'absence d'assurance responsabilité civile à l'égard des tiers et des passagers ;
- De modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des Parties signataires ;
- De non-paiement du service dû ;
- De non-application de la révision des prix définie dans l'article 12 de la Convention ;
- D'échec d'une conciliation préalable obligatoire entreprise dans les conditions prévues à l'article 26 de la présente Convention.

La présente convention sera résiliée de plein droit, par l'une des Parties signataires sans aucune formalité judiciaire, un (1) mois après un retrait d'agrément ou trois (3) mois après une simple sommation d'exécuter restée sans effet et contenant déclaration de la Partie diligente de son intention d'user du bénéfice de la présente clause.



#### **Article 16 - DENONCIATION**

La dénonciation de la présente Convention par l'une ou l'autre des Parties s'effectue par lettre recommandée avec accusé de réception ou tous autres moyens certains de transmission en respectant un préavis de trois (3) mois avant son échéance.

#### **Article 17 - RESPONSABILITE**

A l'égard de chacun des cocontractants, les Parties ne sont responsables que des fautes commises dans l'exécution de leurs prestations et obligations, dans les conditions de droit commun et ne pourront être tenues de ne réparer que les dommages causés par l'inexécution de leurs prestations ou engagements.

#### **Article 18 - CARACTERE DE LA CONVENTION**

La Convention ne pourra être cédée totalement ou partiellement par l'une ou l'autre des Parties sans l'autorisation écrite et préalable de l'autre.

La Convention ayant été conclue en considération de la personnalité de la CPS, cette dernière s'interdit, sans accord de TAHITI NUI HELICOPTERS de sous-traiter même partiellement les opérations à effectuer au titre de la présente Convention.

#### **Article 19 – ROLE DU SAMU SOUS COUVERT DU DIRECTEUR DU CHPF**

Le chef de service du SAMU est désigné personne chargée du suivi de l'exécution de la présente Convention sous couvert de la direction du CHPF.

#### **Article 20 - NULLITE PARTIELLE**

La nullité de l'une des stipulations de la présente Convention n'entraînerait l'annulation de celle-ci dans son ensemble que si la clause déclarée nulle devait être considérée, dans l'esprit des Parties comme substantielle et déterminante de leur consentement, et pour autant que l'équilibre général de la Convention ne puisse être sauvegardé.

En cas d'annulation, les Parties s'efforceront, en tout état de cause, de renégocier une clause économiquement équivalente.

#### **Article 21 - DISPOSITIONS DIVERSES**

Le fait pour l'une ou l'autre des Parties de ne pas se prévaloir à un moment quelconque d'une disposition de la présente Convention ou de sa violation, ne peut être considéré comme valant renonciation au bénéfice de cette disposition ou de cette violation.

Les dispositions de la présente Convention prévalent et annulent tous accords, propositions, échanges de lettre entre les Parties relatifs à l'objet de la Convention et antérieure à sa date de signature.

#### **Article 22 - CONFIDENTIALITE**

Les Parties conviennent que les termes contenus dans la présente Convention sont strictement confidentiels et ne sauraient en aucun cas être divulgués par l'une ou l'autre des Parties à des tiers.

#### **Article 23 - COMPTABLE RESPONSABLE DES PAIEMENTS**

Le comptable responsable des paiements est l'Agent-Comptable de la CPS.

JK W L

#### **Article 24 - FORCE MAJEURE**

On entend par force majeure des événements de guerre déclarés ou non déclarés, de grève générale de travail, de maladies épidémiques, de mise en quarantaine, d'incendie, de crues exceptionnelles, d'accidents ou d'autres événements indépendants de la volonté des deux parties.

Aucune des deux Parties ne peut être considérée comme responsable d'un retard, d'un manquement ou d'une faute, relatif à l'exécution de l'une quelconque des obligations mises à sa charge par la Convention et les conditions générales de vente et de transport, si elle démontre que le retard, le manquement ou la faute est consécutif, directement ou indirectement, en raison des événements de force majeure.

La Partie qui estime, du fait d'un événement constitutif d'un cas de force majeure, ne pas être en mesure d'exécuter l'une quelconque des obligations mises à sa charge par la Convention et les conditions générales de vente et de transport, doit notifier dans les meilleurs délais par écrit, télex, en précisant la cause, la nature, la durée prévisible et les effets prévisibles dudit événement.

Cette notification doit contenir également, toutes les informations relatives aux mesures raisonnables que la Partie qui invoque la force majeure entend mettre en œuvre afin de reprendre avec le moins de retard possible l'exécution interrompue de son obligation.

L'autre Partie dispose de cinq (5) jours pour constater la force majeure. Dans le cas où la Force Majeure perdure pendant plus de cinq (5) jours après réception de la notification mentionnée dans les paragraphes précédents, chaque Partie peut résilier immédiatement la Convention par l'envoi d'une notification à l'autre partie, sans autre obligation ou responsabilité mais sans préjudice des droits acquis et du passif.

Les délais prévus pour la réalisation des prestations seront automatiquement décalés en fonction de la durée de la force majeure.

#### **Article 25 - CONCILIATION PREALABLE OBLIGATOIRE**

Tous les litiges auxquels l'exécution de la Convention pourrait donner lieu, concernant sa validité, son interprétation, son exécution ou sa résiliation, seront soumis à une procédure de conciliation préalable et obligatoire dans les conditions suivantes :

- Après notification de l'intention de l'une des Parties de faire application de la présente procédure par lettre recommandée avec avis de réception à l'autre Partie, les Parties s'engagent à mettre en œuvre tous les moyens à leur disposition afin de mettre fin à la source du différend.
- En cas d'échec de conciliation dans les quinze (15) jours à compter de la notification, les Parties disposent d'un délai égal pour désigner d'un commun accord en fonction de son impartialité et de ses compétences, un médiateur et d'en fixer la mission. Si les Parties ne peuvent s'entendre sur le choix du médiateur dans le délai imparti, l'article 14 de la Convention trouve application.
- Le médiateur dispose alors de quinze jours pour trouver une solution acceptable avec le concours loyal des Parties. En cas d'échec de cette procédure il sera fait application de l'article 14 précité.

#### **Article 26 - LITIGES**





Les Parties conviennent que la présente Convention est soumise à la loi en vigueur sur le territoire de la Polynésie Française. Tous les litiges qui pourraient survenir à l'occasion de l'interprétation ou de l'application de la présente Convention sont expressément soumis à la compétence exclusive des tribunaux de Papeete.

**Article 27 - ELECTION DE DOMICILE**

Pour les besoins des présentes, les parties font élection de domicile :

- Pour TAHITI NUI HELICOPTERS : BP 60026 – 98702 FAA'A
- Pour la CPS : BP 1 – 98713 PAPEETE
- Pour le CHPF : BP 1640 - PAPEETE

Fait à PAPEETE, le 19 JUIL. 2019

<p>Pour la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, Représenté par <b>Le directeur, Yvonnick RAFFIN,</b></p> <p>19 JUIL. 2019</p>  	<p>Pour TAHITI NUI HELICOPTERS Le président Mathieu BECHONNET Représenté par <b>Le directeur d'Exploitation Laurent TOUVRON,</b></p> 
<p>Pour le Centre Hospitalier de la Polynésie Française, Représenté par <b>Le directeur, Monsieur René CAILLET,</b></p> 	

## ANNEXE

## TARIFS FORFAITAIRES

### Hélicoptère EVASAN H135

Les tarifs des prestations destinées aux ressortissants des trois régimes de protection sociale de Polynésie française et à leurs ayants droit sont fixés comme suit. Le tarif de base de la minute de vol est fixé à 8 000 xpf/min avec dégressivité sur la base de l'heure de vol résultante par tranche de 10 heures à compter de la 50ème heure de vol, jusqu'à atteindre le plancher minimum de 6 500 xpf la minute de vol.

Ces prix sont fermes à compter de la date d'effet de la présente convention jusqu'au 31 août 2019. Ils comprennent le coût du carburant et l'abonnement destiné à pouvoir assurer une disponibilité et des délais de mise en service conformes à ceux définis à l'article 9 de la présente Convention.

Cette convention ayant un caractère provisoire, de nouvelles discussions devront être entreprises afin de définir les clauses d'un nouveau contrat EVASAN aboutissant à la signature de celui-ci au plus tard le 31 août 2019. Ces tarifs comprennent le coût du carburant et l'abonnement destiné à pouvoir assurer une disponibilité et des délais de mise en service conformes à ceux définis à l'article 9 de la présente Convention.

Les vols de nuit s'entendent pour tout vol effectué en totalité ou partie dans des heures comprises entre le coucher du soleil + 15 minutes au lever du soleil - 15 minutes. (Définition de la nuit aéronautique)

Ainsi, à titre indicatif, les forfaits pour un Aller/Retour correspondant aux destinations suivantes sont :

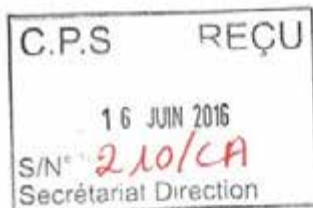
DESTINATIONS	Temps de vol Aller-retour (en min)	0:00	50:00	60:00
		à 50:00	à 60:00	à +
		<b>8 000</b>	<b>7 200</b>	<b>6 500</b>
<b>jour</b>				
Faa'a / CHPF / Moorea Afareaitu / CHPF / Faa'a	25	200 000	180 000	162 500
Faa'a / CHPF / Taravao / CHPF / Faa'a	40	320 000	288 000	260 000
Faa'a / CHPF / Tetiaroa / CHPF / Faa'a	40	320 000	288 000	260 000
Faa'a / CHPF / Maiao / CHPF / Faa'a	70	560 000	504 000	455 000
Faa'a / CHPF / Huahine / CHPF / Faa'a	110	880 000	792 000	715 000
Faa'a / CHPF / Raiatea / CHPF / Faa'a	130	1 040 000	936 000	845 000
Faa'a / CHPF / Tahaa / CHPF / Faa'a	140	1 120 000	1 008 000	910 000
Faa'a / CHPF / Bora Bora / CHPF / Faa'a	150	1 200 000	1 080 000	975 000
Faa'a / CHPF / Maupiti / CHPF / Faa'a	180	1 440 000	1 296 000	1 170 000
Faa'a / CHPF / Makatea / CHPF / Faa'a	130	1 040 000	936 000	845 000
Bora-Bora / Raiatea / Bora Bora	25	200 000	180 000	162 500
Bora-Bora / Huahine / Raiatea / Bora Bora	50	400 000	360 000	325 000
Bora-Bora / Huahine / Raiatea / Huahine / Bora-Bora	70	560 000	504 000	455 000
Bora-Bora / Maupiti / Raiatea / Bora-Bora	55	440 000	396 000	357 500
Bora-Bora / Maupiti / Raiatea / Maupiti / Bora-Bora	80	640 000	576 000	520 000
		<b>9 600</b>	<b>8 640</b>	<b>7 800</b>
<b>nuit</b>				
Faa'a / CHPF / Moorea Afareaitu / CHPF / Faa'a	25	240 000	216 000	195 000
Faa'a / CHPF / Taravao / CHPF / Faa'a	40	384 000	345 600	312 000
Faa'a / CHPF / Tetiaroa / CHPF / Faa'a	50	480 000	432 000	390 000

La facturation devra se faire à la minute de vol conformément à l'article 14, toute minute entamée étant due.

↳ ✂ ✎

# ANNEXE 14 - CONVENTION RELATIVE AUX ÉVASANS D'URGENCE CONCLUE ENTRE LES FORCES ARMÉES ET LA CPS

CONVENTION RELATIVE AUX TRANSPORTS SANITAIRES  
DE PERSONNES CIVILES EXTERIEURES AU MINISTERE DE LA DEFENSE  
PAR MOYENS AERIENS DES FORCES ARMEES DE POLYNESIE FRANÇAISE.



CONVENTION N° 048 16  
-2016/FAPF/HC

23 MAI 2016

Entre

Le contre-amiral Bernard-Antoine MORIO DE L'ISLE  
commandant supérieur des forces armées en Polynésie française  
commandant la zone maritime de Polynésie française  
représentant le ministre de la défense  
ci-après désigné « l'autorité militaire »

d'une part et

Le représentant de l'Etat en Polynésie française,  
Lionel BEFFRE,  
Haut-commissaire de la République en Polynésie française,  
Autorité de coordination interministérielle d'emploi de l'hélicoptère « Dauphin » interministériel ;

Le président de la Polynésie française, Edouard  
FRITCH,  
Représentant le Pays ;

Monsieur Régis CHANG,  
directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale de Polynésie française ;  
ci-après désigné « la CPS »

Monsieur James COWAN,  
Directeur, par intérim, du centre hospitalier de Polynésie française  
ci-après désigné « le CHPF »

d'autre part,

B

Vu :

- le code des transports ;
- la loi organique du 27 février 2004 ;
- le décret du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire en comptable publique ;
- le décret n° 83-927 du 21 octobre 1983, relatif aux conditions de remboursement de certaines dépenses supportées par les armées ;
- l'arrêté interministériel du 29 octobre 2012 relatif aux transports aériens par moyens militaires réalisés au profit de personnes privées ou de services publics ne relevant pas du ministère de la défense ;
- l'instruction ministérielle n 120/DEF/EMA/BPSO du 1er octobre 2015 relative aux transports aériens effectués par moyens militaires sur demande de services publics ne relevant pas du ministère de la défense ou sur ordre du ministère de la défense dans l'intérêt des armées ;
- l'instruction n°35/DEF/EMM/ROJ relative à l'organisation et au fonctionnement du détachement d'hélicoptères « Dauphin N3 » stationné en Polynésie française ;
- l'instruction n°530/DEF/DCSSAIEFG/CG du 30 décembre 1992 relative au budget de gestion des établissements et organismes de la « logistique santé » à l'exception des établissements soumis au régime des masses ;
- l'instruction du 18 janvier 1984 relative à la participation des armées à des missions relevant d'autres départements ministériels ;
- la circulaire n° 16350/DEF/DAG/AA/2 du 30 octobre 1987 relative à la participation des armées à des activités ne relevant pas de leurs missions spécifiques ;
- le protocole interministériel d'emploi des hélicoptères « Dauphin N3 » en Polynésie française ;
- la convention n° 950431 du 21 mars 1995 liant la caisse de prévoyance sociale (CPS) au territoire de Polynésie française ;

il est convenu ce qui suit :

#### Article 1.

##### Nature de la prestation

À la demande de la Polynésie française, l'autorité de coordination interministérielle (ACI) ou l'autorité militaire peuvent mettre à disposition les moyens aériens militaires désignés en annexe 1, ou tout autre moyen aérien militaire adapté sous contrôle opérationnel de l'autorité militaire, sous réserve de leur disponibilité ainsi que de celle du personnel nécessaire à leur mise en œuvre (c'est-à-dire non engagé dans une mission opérationnelle), et ce en cas d'indisponibilité, d'inadaptation, d'insuffisance ou d'inexistence des transports aériens civils susceptibles d'assurer ces missions de transport aérien sanitaires (transports de patients désignés sous le terme de MÉDEVAC et transports d'organes).

B

^

## Article 2.

### Objet de la prestation

2.1. La mise à disposition des moyens aériens énumérés en annexe I a pour objet, sous réserve de l'article 8, d'assurer des évacuations sanitaires de personnes dont l'état de santé nécessite un transfert en urgence avérée vers un établissement de santé et/ou de transporter des organes.

2.2. Le transport sanitaire exécuté par moyens militaires au sens de la présente convention ne comprend que le transport aérien. Le soutien médical (à l'exclusion du matériel médical désigné au paragraphe 2.4) et les autres transports, y compris par ambulance, sont du ressort du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF).

Cependant, en cas d'impossibilité totale pour le CHPF de fournir une équipe de convoyage dans les conditions d'exécution fixées par le commandant de bord de l'aéronef, il appartient au commandant supérieur des forces armées en Polynésie française (COMSUP-FAPF), sur proposition du directeur interarmées du service de santé en Polynésie française, de désigner, sous réserve de sa disponibilité, le personnel médical militaire chargé d'accompagner les malades ou blessés évacués.

2.3. Le personnel militaire désigné et le matériel utilisé pour ces missions de transports sanitaires ne peuvent recevoir d'autre emploi que celui prévu ci-dessus, sous peine d'annulation de la prestation.

2.4. Afin d'assurer la meilleure sécurité possible sur la Polynésie française en terme d'alimentation en oxygène médical à bord des aéronefs militaires, la Direction Interarmées du Service de Santé en Polynésie française (DIASS PF) met à disposition du CHPF, au profit du service d'aide médicale urgente de Polynésie française (SAMU 987), un lot de bouteilles d'oxygène 3 litres et 15 litres certifiées aptes à l'aérotransport par la Direction Générale de l'Armement.

La tarification est forfaitaire, soumise à variation et figure, à titre indicatif, en annexe I.

Les modalités pratiques encadrant la quantité et la mise à disposition de ces bouteilles d'oxygène sont directement définies entre la DIASS PF, le SAMU 987 et la CPS. Le cas échéant, et font l'objet d'une convention établie entre ces parties.

## Article 3.

### Reconnaissance

3.1. Le Pays déclare être d'accord sur les moyens susceptibles d'être mis à sa disposition et énumérés dans l'annexe I.

3.2. La mise en alerte des moyens aériens militaires et interministériels relève du commandant supérieur des Forces armées en Polynésie française. L'hélicoptère « Dauphin » interministériel est engagé par le Haut-commissaire de la République en Polynésie française en tant qu'ACI. Les moyens aériens militaires sont engagés par le commandant supérieur des Forces armées en Polynésie française, par demande de concours.

3.3. La présente convention vaut autorisation d'embarquement à bord des aéronefs des FAPF des patients transportés, du personnel du SAMU 987, de la DDPF, de la COMGEND PF, des pompiers de Polynésie française ainsi que de tout personnel civil accompagnant la personne évacuée si les circonstances le justifient (parent proche en cas de mineur évacué, interprète, etc.) et sur avis favorable du SAMU 987 ou du personnel médical militaire.

*Handwritten initials: P and VB*

#### Article 4.

##### Couverture du risque

4.1. En application de l'article R 351-2 du code de l'aviation civile, et afin de couvrir sa responsabilité civile en tant que transporteur aérien, l'Etat contracte une assurance centralisée pour l'ensemble des aéronefs militaires de transport et de liaison, par le service spécialisé de la logistique et du transport (SSLT) relevant du service du commissariat des armées en métropole.

4.2. Une fiche provisoire de transport et d'assurance n° 123/2347 est établie par l'escadre concernée, à défaut par le commandant de bord, pour tout civil montant à bord des aéronefs militaires, y compris le personnel de santé du SAMU 987 ou de l'organisme public de secours.

#### Article 5.

##### Exécution de la prestation

5.1. Les conditions d'exécution de la mission aérienne restent de la seule compétence de l'autorité militaire et du commandant de bord.

##### 5.2. Procédure

Le CHPF, après avoir épuisé les solutions civiles, adresse au Haut-Commissariat de Polynésie française (HC PF) la demande de transport sanitaire.

Le HC PF étudie la demande et établit, en cas de nécessité de recours aux moyens de l'autorité militaire, une demande de concours rédigée suivant le modèle annexé au présent protocole (annexe B) qu'il transmet par télécopie (40 58.43.49) au COMSUP FAPF.

Après étude technique de faisabilité réalisée par l'autorité militaire, le COMSUP FAPF présente la mise en œuvre d'un aéronef adapté parmi ceux dont il a le contrôle opérationnel.

Une procédure spécifique est définie entre le HC PF et le COMSUP FAPF pour les moyens interministériels.

Toute personne ayant connaissance, lors de la mobilisation de ces moyens aériens, d'informations médicales relatives à un patient en détresse est tenue au secret professionnel.

##### 5.3. Les responsables de la coordination sont

- pour le HC PF, le cadre de permanence sous l'autorité du membre du corps préfectoral de permanence : 40.46.87.00 et 40.46.85.98 (possible de permanence) ;
- pour les FAPF, l'officier de suppléance de l'état-major : 40.46.24.32 ;
- pour le SAMU 987, le médecin régulateur : 15.

#### Article 6.

##### Dispositions financières

6.1 – Le prix de chaque transport sanitaire est calculé *pro rata temporis* sur la base des coûts horaires de mise en œuvre des aéronefs militaires définis par la réglementation en vigueur au ministère de la défense conformément à l'IM 120 en vigueur.

Le volume horaire de chaque transport sanitaire est défini par l'autorité militaire conformément au compte rendu de mission rédigé par l'unité ayant effectué le transport arrondi à la décimale supérieure.



Sitôt connue l'actualisation des coûts de mise en œuvre des aéronefs militaires, l'autorité militaire les diffuse aux parties qui s'engagent à accepter les revalorisations tarifaires survenues à la date de réalisation de l'évacuation sanitaire.

6.2 – Chaque transport sanitaire donne lieu à l'établissement d'une facture par l'autorité militaire conformément au modèle figurant en annexe III.

La facture comprend le coût du transport (temps de vol et assurances) et des frais médicaux éventuels.

6.3 – Un titre de perception est émis par la direction de commissariat d'outre-mer de Polynésie française sur la base de la facture établie par l'autorité militaire. Il est imputé sur le compte financier du prestataire mis à contribution (armée de l'air, marine nationale, ministère de l'intérieur).

6.4 – Le titre de perception et la facture sont adressés à la CPS pour les affiliés :

- des régimes territoriaux d'assurance maladie et maternité :
  - régime général des salariés,
  - régime des non-salariés,
  - régime de solidarité de la Polynésie française ;
- de la sécurité sociale ou de ses régimes spéciaux.

Le titre de perception et la facture sont adressés à l'établissement national des invalides de la marine (ENIM) pour les affiliés de celui-ci. Dès signature de la convention de gestion entre l'ENIM et la CPS, le titre de perception et la facture seront adressés à la CPS.

Le titre de perception et la facture sont adressés au centre hospitalier de la Polynésie française pour les autres personnes :

- ressortissants de nationalité étrangère, en appui du CHPI, la DIASS PF pourra mandater un personnel de santé pour recueillir les informations administratives nécessaires à l'établissement du titre de perception (à titre d'exemple copie de documents d'identité, références bancaires, ...).
- ressortissants français ne pouvant justifier d'une affiliation à une caisse d'assurance maladie,
- etc.

6.5 – Le paiement est assigné sur la caisse de l'administrateur général des finances publiques en Polynésie française.

6.6 – Les règles de prescription applicables sont fixées par les textes en vigueur à la date de la prestation.

6.7 – Ces particularités de l'hélicoptère « Dauphin » interministériel :

Après chaque MEDEVAC effectuée par un hélicoptère « Dauphin » interministériel, l'autorité militaire établit une facture calculée pro-rata temporis sur la base des coûts horaires mentionnés au paragraphe 6.1 et au vu des éléments qui lui sont transmis par l'état-major interarmées.

Un original de la facture est adressé par l'autorité militaire à l'ordonnateur secondaire (GSBDD/PE/DICOM/SAE/FIN) qui émet un titre de perception au bénéfice du ministère de la défense. Une copie de la facture est adressée par l'autorité militaire à l'organisme débiteur.

Le coût du transport est remboursé par l'organisme débiteur au ministère de la défense. Ce dernier se charge de rembourser au vu de l'état trimestriellement fourni par l'autorité militaire à l'état-major de la marine, la créance au ministère de l'intérieur.

## Cas particulier des transports sanitaires sur l'île de Rapa

7.1. Un certain nombre d'îles et atolls ne sont accessibles à l'hélicoptère « Dauphin » interministériel mis en œuvre par l'autorité militaire que grâce à une ou plusieurs escales intermédiaires d'avitaillement. Cet avitaillement se fait normalement sur les stocks de la direction de l'aviation civile de Polynésie française.

Dans le cas particulier de l'île de Rapa, le stock de carburant est mis en place par le Pays. La CPS prend en charge le coût des fûts utilisés par convention passée avec la Polynésie française.

7.2. Le seul appareil présent en Polynésie française capable de réaliser les transports sanitaires sur l'île de Rapa est l'hélicoptère « Dauphin » interministériel.

La descente de l'île de Rapa nécessite que les dispositions suivantes soient prises :

- mise en place de réserves de carburant à Raivavae et Rapa ;
- sollicitation de la permanence (radio) de la station météorologique de Rapa, via la DDPC, afin qu'elle soit active 2 heures avant l'arrivée de l'appareil à Rapa ;
- mise en place à Rapa d'un extincteur à poudre de 100 kg ou de deux extincteurs à poudre sur roues de 20 kg

7.3. Mise en place, stockage et renouvellement des fûts de carburant

Pour l'application de la présente convention, le Pays s'engage à :

- procéder à l'entretien des enceintes de stockage du carburant, à Raivavae et Rapa, dans le respect de la réglementation applicable aux installations classées pour la protection de l'environnement. Les enceintes sont sécurisées, protégées contre la pollution par fuites et contre les intempéries, et possèdent la protection réglementaire contre l'incendie ;
- prendre en charge l'entretien des équipements de lutte contre l'incendie ;
- prendre en charge, par tous moyens appropriés et sous réserve des moyens de transport disponibles, le renouvellement des fûts des îles de Raivavae et de Rapa (25 fûts à Raivavae et 20 fûts à Rapa), compte tenu de la validité du carburéacteur (ou an) et des transports sanitaires effectués.

Le Pays accepte de faire son affaire du carburant non utilisé.

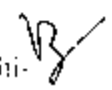

7.4. Permanence des services de la météorologie à Rapa.

L'hélicoptère « Dauphin » interministériel n'ayant pas l'autonomie suffisante pour faire l'aller-retour Raivavae-Rapa sans complément de carburant, l'équipage doit connaître la situation météorologique sur Rapa pour prendre la décision de continuer le trajet avant le point de non-retour.

Les prestations attendues de Météo France sont définies dans la convention sécurité civile entre Météo France / Direction Interrégionale pour la Polynésie française (DIRPF) et le Haut commissariat (déclinaison locale de la convention cadre nationale Météo-France - DGSCGC). Dès que la décision d'une EVASAN sur RAPA est prise par l'autorité compétente l'équipage de l'hélicoptériste contactera l'officier d'astreinte de la DDPC afin que ce dernier sollicite Météo-France / DIRPF conformément à la convention sécurité civile précitée.

7.5. Transfert du patient à Raivavae.

L'île de Raivavae étant dotée d'une piste d'aviation, afin d'optimiser le temps de rapatriement du patient sur Tahiti, un avion y est mis en place en attente du retour de l'hélicoptère « Dauphin » interministériel depuis Rapa. Cet avion est demandé par le CHPF à tous prestataires conventionnés par la CPS, et à l'autorité militaire à défaut.

Dans le premier cas, le prestataire conventionné avec la CPS consent à embarquer, sur le trajet aller Tahiti-Raivavae, deux techniciens du détachement 35 à de Tahiti (mécaniciens sur l'hélicoptère « Dauphin » interministériel), nécessaires à la tenue en route de celui-ci après son transit Tahiti-Raivavae- Raivavae-

Rapa (Raivavae), en plus de l'éventuel renfort médical du SAMU 987.

Ceux-ci seront inscrits sur le bord de réquisition du CHPF.

Cette procédure pourra être étendue aux autres transports sanitaires impliquant à la fois les HAPF et tout prestataire conventionné avec la CPS, afin de transporter les personnels militaires (membres d'équipage ou mécaniciens) nécessaires à la réalisation du transport sanitaire proprement-dit ou au rapatriement du vecteur militaire sur Tahiti suite à celle-ci.

7.6. Coût du transport sanitaire sur Rapa.

Le calcul du prix de la mise en œuvre de l'appareil s'effectue suivant les modalités de l'article 6. De ce montant, sera déduit le coût total du carburant prélevé sur les stocks Pays lors du transport sanitaire, et ce sur présentation de la facture d'achat correspondante.

## Article 8.

### Cas particulier des transports sanitaires de nuit sur les pistes non balisées

8.1. Le « Casa 235 », avion de transport des forces armées, est capable d'atterrir de nuit sur des pistes non dotées de feux de balisage standard (ce qui est le cas dans de nombreux atolls de Polynésie française). Il a pour cela besoin uniquement d'un balisage dit « sommaire » (six balises, non nécessairement électriques).

8.2. L'autorité gestionnaire de l'aéroport, par l'intermédiaire du directeur de la Direction de l'aviation civile de Polynésie française, s'engage à mettre en place ce type de balisage (au minimum six balises plus une en secours), accompagné d'une notice d'installation, dans toutes les îles et atolls susceptibles d'accueillir le « Casa 235 » pour un transport sanitaire et dont la piste n'est pas éclairée. Il s'engage également à s'assurer périodiquement du bon fonctionnement de ce matériel, et d'en garantir le remplacement si nécessaire.

## Article 9.

### Cessation et modification de la prestation

9.1. A l'exception des matériels désignés à l'article 2.4, les moyens fournis par l'autorité militaire doivent être remis à sa disposition dès la cessation du service auxquels ils ont été destinés.

9.2. L'autorité militaire se réserve formellement la faculté de retirer tout ou partie du personnel, ou du matériel, sans préavis et sans que ce retrait anticipé puisse ouvrir au HC PF ou toute autre partie le droit à une indemnité quelconque. Dans ce cas, l'ensemble des matériels mis à disposition du HC PF ou d'une des parties à la présente convention, doit être remis à l'autorité militaire, dans leur état initial.

Dans le cas d'un retrait partiel des moyens pouvant être mis à disposition, l'autorité militaire en informera le HC PF et toute autre partie concernée.

9.3. Cas particulier de l'hélicoptère « Dauphin » interministériel :

Les dispositions des articles 9.1 et 9.2 de la présente convention ne s'appliquent pas à l'hélicoptère « Dauphin » interministériel régi par le protocole interministériel d'emploi des hélicoptères Dauphin N3 en Polynésie française, en vigueur.

#### Article 10.

##### Responsabilité de l'autorité militaire

La responsabilité de l'autorité militaire encourue de fait ou à l'occasion des missions exécutées en application de la présente convention, est engagée dans les seules conditions et limites prévues à l'article L.6421-4 du code des transports.

Sans préjudice d'une éventuelle action récursoire, chaque partie prend à sa charge la réparation des dommages subis par son personnel, conformément à son statut civil ou militaire.

Le IC PF est responsable des dommages causés aux malades ou blessés évacués, sauf recours contre le personnel médical militaire pour faute personnelle détachable du service.

#### Article 11.

##### Avis en cas d'événements graves

L'ensemble des parties doit aviser le commandant supérieur des forces armées de Polynésie française, la gendarmerie et le service d'Etat de l'Aviation civile en Polynésie française, en cas d'événements graves (accident, perte, avarie, etc...) portés à sa connaissance.

#### Article 12.

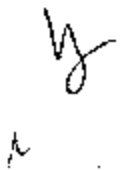
##### Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de trois ans à compter de la date de la dernière signature, renouvelable ensuite tous les ans par tacite reconduction si aucune des parties n'y met fin par lettre recommandée trois mois avant son expiration, dans la limite de neuf ans.

#### Article 13.

##### Avenant

Les termes de la présente convention peuvent être modifiés, à tout moment, sur demande motivée de l'une des parties. L'accord de modification est enregistré par avenant signé des parties.



## Article 14.

### Annexes

Annexe I : aéronefs militaires des forces armées en Polynésie française et coûts horaires de leur mise en œuvre lors d'une évacuation sanitaire (MEDEVAC) ;

Annexe II : modèle de demande de concours pour transport sanitaire d'urgence avérée ;

Annexe III : modèle de facture.

Fait à Papeete en 5 exemplaires originaux, le **23 MAI 2016**

**Pour l'État,**

(mention manuscrite « lu et approuvé »)

  
  
Monsieur Lionel BEFFRE  
Haut-commissaire de la République en  
Polynésie française,

**Pour le Pays,**

(mention manuscrite « lu et approuvé »)

  
  
Monsieur Edouard FRITCH  
Président de la Polynésie  
française,

**Pour le Ministère de la défense,**

(mention manuscrite « lu et approuvé »)

  
  
Le contre-amiral  
Bernard-Antoine MORJO DE L'ISLE  
Commandant supérieur des forces armées en  
Polynésie française,

**Pour la Caisse de Prévoyance  
sociale,**

(mention manuscrite « lu et approuvé »)

  
  
Monsieur Régis CHANG  
Directeur de la Caisse de prévoyance  
sociale en Polynésie française,

**Pour le CHPF,**

(mention manuscrite « lu et approuvé »)

  
  
Monsieur James COWAN  
Directeur du Centre hospitalier de  
Polynésie française,

# ANNEXE 15 - CONVENTION RELATIVE AUX ÉVASANS URGENTES DES NON RESSORTISSANTS DE LA CPS CONCLUE ENTRE LE CHPF ET LA COMPAGNIE AIR ARCHIPELS



CENTRE HOSPITALIER DE POLYNESIE FRANCAISE

BP. 1640 - 98713 - Papeete - TAHITI - POLYNESIE FRANCAISE

Secrétariat - ☎ 40 48.62.40 / 60 25 - @ : direction@cht.pf

CONVENTION N° *1118* / CHPF du *1.4* OCT. 2016

Convention relative aux évacuations  
sanitaires urgentes des non ressortissants CPS  
entre  
Le Centre hospitalier de la Polynésie française  
et  
la compagnie Air archipels.

CHPF

Page 1

Convention n° *1118* / CHPF du *1 4* OCT. 2016

VISÉ : CDE

- Vu la délibération n° 83-181 du 4/11/1983 modifiée relative à la création d'un Etablissement Public dénommé "CENTRE HOSPITALIER DE LA POLYNESIE FRANCAISE";
- Vu l'arrêté n° 1044 CM du 3 août 2015 portant nomination de M. James Cowan en qualité de directeur par intérim du Centre hospitalier de la Polynésie française ;

**ENTRE :**

**Le Centre Hospitalier de la Polynésie Française**, établissement public administratif (T.A.H.L.T.I n°2659) sis à Pirae, BP 1640 PAPEETE, représenté par son directeur par intérim, Monsieur James COWAN, ci-après dénommé « CHPF »,

**d'une part,**

**ET :**

**La Compagnie Air Archipels,**

ÉURL au Capital, de 324 105 000 F CFP, immatriculée au Registre du commerce sous le numéro 5867 B BP. 6019 - 98702Faa'a- représentée par son Directeur Monsieur Franck LAUMONIER, ci-après désignée « Air archipels » ou « la Compagnie »,

**d'autre part,**

**IL EST ARRETE ET CONVENU CE QUI SUIVIT :**

**Article 1. Objet de la convention**

La présente convention a pour objet de fixer les modalités de règlement des factures de transport des non ressortissants de la Caisse de Prévoyance Sociale présentée par Air archipels au CHPF.

Le CHPF confie à Air archipels le transport des non ressortissants de la Caisse de prévoyance sociale dont l'état de santé nécessite une évacuation sanitaire urgente par vol spécial des îles vers le Centre hospitalier de la Polynésie française (Tahiti) déclenché par le Service d'aide médicale urgente (SAMU).

Pour l'exécution de la présente convention, l'expression « non ressortissants de la Caisse de prévoyance sociale » concerne les personnes qui apparaissent dans le système informatique du CHPF comme ne disposant d'aucune des couvertures sociales suivantes :

- régime général des salariés,
- le régime des non salariés,
- régime de solidarité territorial,
- sécurité sociale gérée par la Caisse de prévoyance sociale au titre de l'accord de coordination de 1995.

**Article 2. Date d'effet**

La présente convention prend effet à sa signature par les parties.

VISÉ : CDE

Convention avec Air Archipels du 14 OCT. 2016

La présente convention régit les relations entre les parties pour une durée de un (1) an à compter de sa date d'effet.

Elle sera renouvelée par période d'une année, par reconduction tacite sauf dénonciation dans les trois mois qui précèdent le terme par courrier recommandé avec avis de réception. Le nombre de renouvellements n'excèdera pas trois périodes.

#### **Article 4. Engagements**

Les parties s'engagent à respecter les engagements prévus par les présentes dans le cadre de la réglementation en vigueur en matière de transport aérien public.

La compagnie s'oblige à observer la plus stricte économie compatible avec les exigences de sécurité du transport aérien.

La compagnie s'engage en permanence, sous réserve des contraintes réglementaires applicables en matière d'aviation civile ou de droit du travail, à mettre à la disposition du Centre hospitalier de Polynésie française :

Un aéronef en vol de jour et vol de nuit selon les dispositions de repos des équipages ;

Deux équipages par période de 24 heures, utilisés dans le respect de la réglementation aérienne appliquée en Polynésie Française

L'aéronef et les équipages sont les mêmes que ceux mis à la disposition de la CPS pour les évacuations sanitaires urgentes de ses ressortissants.

En cas de difficultés pour la mise en œuvre du présent article, les dispositions de l'article 5 et 8 de la présente convention s'appliqueront.

#### **Article 5. Aéronefs**

La Compagnie met à la disposition du Centre hospitalier de la Polynésie française un des aéronefs inscrits sur sa liste de flotte suivant les caractéristiques portées en annexe 1. Toutefois, si pour des raisons techniques l'appareil spécifié n'est pas disponible, la Compagnie fournira dans la mesure du possible un autre appareil avant d'appliquer les dispositions de recherches de moyens, prévues à l'article 8.

#### **Article 6. Obligations réglementaires**

Les aéronefs et les pilotes doivent répondre aux exigences de la réglementation du transport aérien public et de droit du travail.

La Compagnie souscrit une police d'assurance couvrant sa responsabilité civile à l'égard des tiers et à l'égard des passagers accordant des garanties au moins égales à celles définies par la Convention de Montréal.

La compagnie souscrit une police d'assurance garantissant le matériel médical embarqué d'une valeur forfaitaire de neuf (9) millions F CFP.

#### **Article 7. Disponibilités**

La Compagnie organise une permanence H24 pour la réception des appels en vue de la mise en œuvre de l'appareil. Un numéro unique d'appel, joignable en permanence, sera mis en place et communiqué au SAMU.

#### **Article 8. Délai de mise en service**

Pour le premier vol de la journée, le délai maximum de mise à disposition de l'appareil n'excèdera pas une heure, de jour comme de nuit.

Dans les cas particuliers de changement de configuration de l'appareil (notamment, mise en place de la couveuse ou configuration à deux civières), les délais de mise en service spécifiés dans le présent article pourront être allongés pour permettre l'installation des équipements.



En cas de difficultés, la compagnie devra effectuer en collaboration avec le Service d'aide médicale d'urgence du Centre Hospitalier de Polynésie française (SAMU) une recherche de moyens permettant d'assurer l'évacuation sanitaire suivant l'ordre de priorité ci-après:

- 1) les aéronefs figurant sur la liste de flotte de la Compagnie;
- 2) les aéronefs figurant sur la liste de flotte des autres entreprises de transport aérien public ;
- 3) les aéronefs d'Etat.

#### **Article 9. Passagers**

Le médecin peut décider d'embarquer après accord du pilote commandant de bord, un accompagnateur pour le malade par analogie avec les règles fixées par la Caisse de prévoyance sociale.

#### **Article 10. Tarifs**

Ces prix sont fermes à compter de la date d'effet de la présente pour une période annuelle.

Les tarifs sont fixés en annexe.

#### **Article 11. Révision des prix**

Les prix de l'heure de vol sont révisés à chaque date anniversaire de la présente convention lorsque :

- Soit l'I.C.V (indice du Coût de la Vie publié par l'ISPF) ;
- Soit le prix du litre de jetkéro libellé en FcPf ;

A varié de plus de 2% sur les douze derniers mois, tant à la baisse qu'à la hausse.

Si l'ICV et/ou la composante carburant en FCFP > 2% ou < - 2 %, le nouveau tarif HT de l'heure de vol, est calculé comme suit:

$$Pt1 = Pt (1 + 0,4V + 0,14C)$$

Où :

Pt = Tarif à la date de la signature  
V = variation de l'ICV en pourcentage  
C = variation en pourcentage du prix du jetkéro en FCFP  
Pt1 = nouveaux tarifs HT de l'heure de vol

#### **Article 12. Modalités de facturation**

La compagnie adresse au représentant du CHPF mentionné à l'article 15 ci-dessous une facture détaillée des prestations assurées et des produits fournis, à laquelle est annexée :

- le bordereau d'activité précisant notamment les incidents, les immobilisations et l'état récapitulatif des factures (le recours, les motifs et les moyens lors de la recherche d'autres moyens) ;
- du bon de commande établi par un médecin du Service d'Aide médicale urgente (SAMU) ;
- Des informations suivantes pour chaque mission :
  - les heures de vol réalisées ;

Dans les trente jours qui suivent la réception de la facture, le CHPF effectue le paiement des sommes mentionnées à l'alinéa précédent par virement interbancaire sur le compte du prestataire :

- Domiciliation : Banque SOCREDO
- Intitulé du compte : EURL AIR ARCHIPELS
- Code Etablissement : 17469
- Code guichet : 00024
- N° Compte : 50161300038
- Clé RIB : 47
- Référence : CHPF – AIR ARCHIPELS - [réf facture]

Convention n° 11/2016 letre du VISÉ : CDE 14 OCT. 2016

L'administration hospitalière précise à titre indicatif que la dépense est imputée chez elle ainsi qu'il suit :

Chapitre : 62      Article : 5      Sous-article : 12

Le comptable assignataire de la dépense est le trésorier du centre hospitalier de la Polynésie française.

#### **Article 13. Résiliation pour inexécution des obligations contractuelles**

En cas d'inexécution par l'une des parties de ses obligations conventionnelles, qui sont toutes de rigueur, notamment en cas :

- de suspension ou de retrait d'autorisation et d'agrément de transport aérien public ;
- d'inexécution des prestations de vol ;
- d'absence d'assurance responsabilité civile à l'égard des tiers et des passagers pour les garanties égales à celles définies par la Convention de Montréal ;
- d'absence d'assurance sur le lot médical ;
- de modification législative ou réglementaire mettant en cause les bases sur lesquelles repose l'engagement des signataires ;
- de non paiement du service dû ;
- de la non application de la révision des prix définie dans l'article 11, alors qu'elle aurait à s'appliquer ;

La présente convention sera résiliée de plein droit, si bon semble à l'une des parties signataires sans aucune formalité judiciaire, un (1) mois après un retrait d'agrément ou un (1) mois après une simple sommation d'exécuter restée sans effet et contenant déclaration de la partie diligente de son intention d'user du bénéfice de la présente clause.

#### **Article 14. Dénonciation**

La présente convention peut être dénoncée à tout moment par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception sous réserve du respect d'un préavis de trois (3) mois.

#### **Article 15. Election de domicile**

Toutes les communications entre le CHPF et la Compagnie seront valablement effectuées par télécopie, lettre recommandée ou remise en mains propres aux adresses et personnes indiquées ci-après :

##### Au CHPF :

Adresse	: CHPF, direction générale, BP 1640, 98713 PAPEETE-RP
A l'attention de	: Monsieur James COWAN, directeur général par intérim (à titre indicatif, sous réserve de remplacement)
Courriel	: direction@cht.pf
Télécopie	: (00) 689 48 62 78
Téléphone	: (00) 689 48 60 25    ou    (00) 689 48 62 40

##### A la Compagnie :

Adresse	: AIR ARCHIPELS – BP 6019 – 98702 FAAA - TAHITI
A l'attention de	: Monsieur Franck LAUMONIER, Directeur
Courriel	: franck.laumonier@airarchipels.pf
Télécopie	: (00 689) 40 86 42 79
Téléphone	: (00 689) 40 86 42 61

#### **Article 16. Comptable responsable des paiements**

Le comptable responsable des paiements est l'Agent comptable du Centre hospitalier de la Polynésie française.

#### **Article 17. Pénalités - Résolution des litiges**

En cas de litiges sur l'application de la présente convention, les parties conviennent de trouver de bonne foi une solution amiable, préalablement à toute saisine des tribunaux.

CHPF

VISÉ : CDE

Page 5

Convention n° 11 / DIR / CHPF du 14 OCT. 2016

Avant toute saisine d'une juridiction, les parties feront appel à un médiateur diplômé, présenté par l'association des médiateurs diplômés de Polynésie française, afin de trouver une solution amiable à leur litige. Les frais de médiation seront partagés au pair entre les parties

**Article 18. Attribution de juridiction**

Le tribunal administratif de Polynésie française est compétent pour toute contestation née de l'exécution de la présente convention.

**Article 19. Dispositions diverses**

Les modalités d'exécution de la présente convention pourront être arrêtées par simple échange de courriers entre les personnes désignées à l'article 15, qui sont réputées avoir eu pouvoir pour représenter les parties.

La présente convention annule et remplace toutes dispositions antérieures.

**Article 20. Nombres d'exemplaires**

La présente convention est établie, au jour de la signature en deux exemplaires originaux.


Fait à Pirae, le 14 OCT. 2016

  
Le Directeur  
Général  
P.i.  
M. James COWAN  
Directeur du CHPF par intérim

Mr Franck LAUMONIER  
Directeur d'Air Archipels



# ANNEXE 16 - CONVENTION RELATIVE AU TRANSPORT SANITAIRE CONCLUE ENTRE LA COMMUNE DE NUKU HIVA ET LA DIRECTION DE LA SANTÉ

POLYNÉSIE FRANÇAISE

  
**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ,  
en charge de la protection sociale généralisée**

CONVENTION N° **000932** /MSP/ **11 FEV. 2019**

Relative à la coopération entre la commune de Nuku-Hiva et la direction de la santé (subdivision santé des îles Marquises – Hôpital Louis ROLLIN) dans la prise en charge des urgences et transferts sanitaires à Nuku-Hiva, année 2019

 Copie certifiée conforme à l'original 

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée, portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 650/PR du 23 mai 2018 portant nomination du Vice-Président et des Ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;

Vu l'arrêté n° 659/PR du 23 mai 2018 relatif aux attributions du Ministre de la santé et de la prévention, en charge de la protection sociale généralisée ;

Vu la délibération n° 92-97/AT du 1<sup>er</sup> juin 1992 définissant les missions du service de la santé publique dénommé direction de la santé ;

Vu la délibération n° 2002-169/AFP du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 625 CM du 15 mai 2001 modifié définissant les missions des services de l'administration de la Polynésie française, dans chaque archipel, à la circonscription ou aux subdivisions déconcentrées ;

Vu l'arrêté n° 673/CM du 15 avril 2004 modifié portant organisation de la direction de la santé ;

Vu l'arrêté n° 79/CM du 26 janvier 2017 portant nomination de Madame Laurence BONNAC-THERON en qualité de Directrice de la santé ;

Vu l'arrêté n° 5300/MSP du 29 mai 2018 modifié portant délégation de signature à Madame Laurence BONNAC-THERON, directrice de la santé ;

**ENTRE :**

La Polynésie française, pour le compte de la direction de la santé (subdivision santé des îles Marquises – Hôpital Louis ROLLIN représentée par le ministre, Monsieur Jacques RAYNAL,  
d'une part,

**ET :**

La Commune de NUKU-HIVA, représentée par le Maire, Monsieur KAUTAI Benoît, ci-après désigné (CT C31),  
d'autre part,

**IL EST ARRÊTÉ ET CONVENU CE QUI SUIT :**

**Article 1er.-OBJET**  
La présente convention a pour objet d'affirmer le principe d'une nécessaire coopération concernant la prise en charge des urgences dans le respect des compétences propres à chaque partie et d'en déterminer les modalités pratiques.

**Article 2.- PRINCIPE DE LA COOPERATION :**  
Les parties signataires s'engagent par la présente convention à mettre en œuvre, autant que nécessaire, la coopération indispensable à une prise en charge de la population dans les situations d'urgence et de transfert sanitaire dans le cadre de leurs missions respectives.

Convention n° : **VISÉ : CDE** 1/4

### Article 3.-MISSIONS :

#### 3.1 : Service des sapeurs pompiers volontaires de la commune :

Il est chargé de la prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies. Il concourt, avec les autres services (équipements, services médicaux d'urgence, etc.), à la protection et à la lutte contre les autres accidents, sinistres et catastrophes, à l'évaluation et à la prévention des risques technologiques ou naturels ainsi qu'aux secours d'urgence.

Dans le cadre de ses compétences, le service d'incendie et de secours exerce les missions suivantes : la prévention, la protection et la lutte contre les incendies, la prévention et l'évaluation des risques de sécurité civile, la préparation des mesures de sauvegarde et l'organisation des moyens de secours, la protection des personnes, des biens et de l'environnement, les secours d'urgence aux personnes victimes d'accidents, de sinistres ou catastrophes ainsi que leur évacuation.

#### 3.2 : Hôpital Louis ROLLIN de la Direction de la Santé :

- Prise en charge des patients en urgence et en programmé.
- Intervention en urgence hors hôpital à la demande du SAMU ou du service des sapeurs pompiers.
- Transfert des patients vers d'autres établissements de santé.

### Article 4.- MODALITES DE COOPERATION :

#### 4.1 : Dans le cadre de leurs missions respectives :

- En ce qui concerne l'information : le service des pompiers dans le cas d'une intervention en urgence avec une mise en cause de personne s'engage à informer le plus tôt possible l'hôpital afin que les mesures indispensables d'accueil du patient soient prises sans retard.
- En ce qui concerne le matériel : pour des raisons de sécurité, l'hôpital met en dotation permanente les matériels ci-après dans le V.S.A.B. :
  - un sac médical d'urgence- un oxymètre de pouls-un brancard- une attelle de Ked- une attelle de Donway- des attelles d'immobilisation de membres. Ce matériel fera l'objet d'une maintenance mensuelle par un infirmier de l'hôpital. Toutefois, à l'exclusion du sac médical d'urgence, le remplacement des équipements devenus obsolètes sera assuré par la commune.Lors de l'arrivée du patient à l'hôpital, il sera procédé, autant que de besoin, à un échange standard du petit équipement à usage unique utilisé (masque à oxygène).
- En ce qui concerne la formation : les deux parties s'engagent à développer leur partenariat dans le domaine de la formation des personnels respectifs en raison de la complémentarité de leurs compétences professionnelles. Les modalités seront arrêtées d'un commun accord et feront l'objet d'une annexe à la présente convention.

#### 4.2 : Hors cadre des missions respectives :

Il est convenu que l'hôpital peut faire appel au service des pompiers pour le transport de patient notamment lors d'EVASAN en raison de l'état de santé du patient. Le transport se fait en présence d'un personnel soignant (médecin ou infirmier) muni des matériels et équipements de soins hospitaliers d'urgence.

Dans cette hypothèse, la prestation assurée par le service des pompiers fera l'objet d'une facturation conformément aux tarifs approuvés par la collectivité locale et transmis à l'hôpital pour information dès approbation par la collectivité (cf. annexe 1).

Par ailleurs, l'hôpital s'engage, à titre gracieux, à tenir, durant toute la durée du transfert, son ambulance avec un chauffeur à disposition du service des sapeurs pompiers.

Convention n° :

000932

11 FEV. 2019

VISÉ : CDEI

2/4

#### **Article 5.- MONTANT ENGAGE :**

Sur une moyenne de vingt (20) prestations et en fonction des tarifs applicables à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2008 en application de la délibération n° 058/08 du 29 août 2008 susvisée, la présente convention est engagée pour un montant de :

- Deux cent cinquante mille francs (250.000 F)

#### **Article 6.- REGLEMENT – IMPUTATION DE LA REMUNERATION :**

##### **Règlement :**

Le règlement se fait sur présentation d'une facture établie en trois exemplaires.

Le centre de santé se libèrera des sommes dues au profit du compte bancaire de la Commune NUKU-HIVA TIVAA :

Domiciliation : CCP

- **Intitulé du compte : TIVAA Commune de NUKU-HIVA**
- **Code établissement : 14168**
- **Code guichet : 00001**
- **N° compte : 9405010F068**
- **Clé RIP : 28**

Le paiement aura lieu selon les règles de la comptabilité publique.  
Le comptable assignataire est le Payeur de la Polynésie Française.

##### **Imputation :**

La dépense est imputable au budget de fonctionnement

- Centre de travail : 8061-F
- Budget de la Polynésie Française : 100
- Exercice : 2019
- Sous chapitre : 97001
- Article : 62458

#### **Article 7.- EVALUATION :**

Le dispositif défini ci-dessus fera l'objet d'une évaluation annuelle par un comité comprenant le Maire de la Commune (ou son représentant), le Chef de Corps des Sapeurs Pompiers, d'une part, et de la directrice de l'hôpital et le praticien responsable des urgences, de l'autre.

#### **Article 8.- LITIGE :**

En cas de litige, les parties font attribution expresse de compétence devant le tribunal administratif de Papeete. Toutefois, sur proposition de la partie se jugeant lésée, les parties pourront se mettre d'accord pour recourir à un arbitrage. La décision arbitrale pourra être frappée d'appel, les frais d'arbitrage seront à la charge de la partie fautive.

#### **Article 09.- ELECTION DE DOMICILE:**

Pour la présente convention, les parties font élection de domicile, direction de la Santé- B.P. 611, 98713 Papeete- tél (689) 40 46.00.02, fax (689) 40 43.00.74.

La commune est domiciliée à Taiohae, BP.28 98742 TAIOHAE NUKU HIVA  
N°TAHITI : 7211001 BP.28 Tel : 40 910-360 Fax 40 920-390

11 FEV. 2019

Convention n° :

000932

VISÉ : CDE

3 / 4

# BIBLIOGRAPHIE

## OUVRAGES

- ◆ Polynésie Française, Collection Manureva – « Bulletin de liaison de l'Aviation civile » - Trimestre 1981.
- ◆ Polynésie française, Collection Manureva – « Les évasans par voie aérienne », 2006.
- ◆ Polynésie française, Ministère de l'équipement, de l'aménagement et de l'urbanisme, et des transports intérieurs, « Schéma directeur des déplacements durables interinsulaires 2015-2025 de la Polynésie française », Septembre 2015.
- ◆ Polynésie française, Direction de la santé, « Rapport annuel 2016 d'activités de la Direction de la Santé Publique (D.S.P) ».
- ◆ Polynésie française, Direction de la santé, « Rapport d'activité 2017 ».
- ◆ Rapport « Convention cadre du 17 mai 2006 : Bilan à 10 ans : État des lieux et axes d'amélioration » - D<sup>r</sup> Bruno COJAN et M. Frédéric LABROUSSE, responsable de la cellule du réseau inter-îles, Mai 2016.
- ◆ -hèse de D<sup>r</sup> Sébastien OTT sur les évacuations sanitaires urgentes à partir du centre médical de l'île de Tahaa, dans l'archipel de la Société, en Polynésie française : analyse de janvier 2012 à août 2016 et pistes d'amélioration.
- ◆ État de santé et organisation sanitaire : L'offre de soins spécialisée dans les archipels polynésiens éloignés de Tahiti – D<sup>r</sup> Bruno COJAN et D<sup>r</sup> Xavier MALATRE, médecins inspecteurs de santé publique, Direction de la santé, Polynésie française et D<sup>r</sup> Frédéric LABROUSSE, responsable du réseau inter-îles, Centre hospitalier de Polynésie française
- ◆ Tomes I et II du rapport IGAS, IGA et IGF sur l'évaluation du système de protection sociale et de santé – Appui au gouvernement de la Polynésie française - Avril 2019

## CHAMBRE TERRITORIALE DES COMPTES

- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Polynésie Française Construction du nouveau centre hospitalier de Taaone, exercices 1999 et suivants ».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Centre hospitalier de la Polynésie française, exercices 2001 à 2008 ».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Centre hospitalier de la Polynésie française, exercices 2008 à 2013 ».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Collectivité de la Polynésie Française (Missions pouvoirs publics) Exercices 2013 à 2018 ».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Gestion de la direction de la santé Exercices 2013 à 2018 » à partir de l'exercice 1991.
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Collectivité de la Polynésie Française (Mission Santé) Exercices 2003 à 2009 ».

- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Collectivité de la Polynésie Française (Gestion de la dotation de continuité territoriale) Exercices 2004 à 2007».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Collectivité de la Polynésie Française (Transports aériens) Exercices 2008 et suivants ».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Transport et affaires maritimes (Flottille administrative) Exercices 2008 à 2012 ».
- ◆ Chambre territoriale des comptes, « Rapport d'observations définitives Collectivité de la Polynésie Française (Transport maritime interinsulaire) Exercices 2014 à 2018 ».
- ◆ Office de recherche Scientifique et Technique Outre-mer (ORSTOM) et le Centre Hospitalier Territorial de Mamao, Etude sur les « problèmes de santé dans un territoire insulaire : les évasans en Polynésie Française », 11 juillet 1990.
- ◆ République Française, Conseil économique, social et environnemental, « L'offre de santé dans les collectivités ultramarines » - Rapport présenté par Jacqueline André-Cormier, 2009.
- ◆ France, cour des comptes, Rapport annuel « Le système de santé en Polynésie Française et son financement » - Février 2011.
- ◆ Communauté de communes des îles Marquises (CODIM), « Schéma directeur du transport maritime interinsulaire aux Marquises » - Etude Kher Consultant – CREOCEAN, 2013.

## CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL, ENVIRONNEMENT ET CULTUREL DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

- ◆ Avis n° 2013/144 relatif au projet de « loi du pays » relatif à l'aide médicale urgente
- ◆ Avis n° 2013/145 relatif au projet de « loi du pays » relatif à la télémédecine
- ◆ Avis n° 2015/40 sur le projet de délibération portant approbation des Orientations stratégiques 2015-2024 de la politique de santé
- ◆ Avis n° 2015/41 sur le projet de délibération portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2015-2020.



# REMERCIEMENTS

## Gouvernement

M. Jacques RAYNAL : Ministre de la santé et de la prévention  
M. Jean-Christophe BOUISSOU : Ministre du logement et de l'aménagement  
M<sup>me</sup> Isabelle SACHET : Ministre de la famille et des solidarités en charge de l'égalité des chances

## Représentants de l'État

M. Dominique SORAIN – Haut-commissaire de la République en Polynésie française  
Contre-Amiral Laurent LEBRETON – Commandant supérieur des forces armées  
M<sup>me</sup> CORI - Directrice de l'Agence Française de Développement

## Maires ou membre d'un conseil municipal

M. Gaston TONG SANG – Maire de Bora Bora et président de l'APF  
M. Benoît KAUTAI – Maire de Nuku Hiva et représentant à l'APF  
M. Etienne TEHAAMOANA – Maire et représentant à l'APF  
M. Frédéric RIVETA – Maire de Rurutu et représentants à l'APF  
M. Fernand TAHIATA – Maire de Tubuai et représentant à l'APF  
M<sup>me</sup> Louisa TAHUHUTERANI – Conseillère municipale de Tubuai et représentante à l'APF  
M. Félix TOKORAGI – Maire de Makemo et représentant à l'APF  
M<sup>me</sup> Joséphine TEAKOROTU – 1<sup>ère</sup> adjointe au maire des Gambier et représentante à l'APF  
M. Bernard NATUA – Représentant à l'APF  
M. Marcelin LISAN – Maire de Huahine et représentant à l'APF  
M. Thomas MOUTAME – Maire de Taputapuatea et représentant à l'APF  
M<sup>me</sup> Patricia AMARU – Maire de la commune de Tahaa et représentante à l'APF  
M<sup>me</sup> Sylviane TEROOATEA – Maire d'Uturoa et représentante à l'APF

## Parlementaires

M<sup>me</sup> Lana TETUANUI – Sénatrice et représentante à l'APF  
Mme Nicole SANQUER Députée et représentante à l'APF

## Tavana Hau

M. Terii SEAMAN Tavana hau des Tuamotu Gambier

## Transports interinsulaires

M. Laurent TOUVRON Directeur d'exploitation de Tahiti Nui Helicopters  
M. Vetearii FLOHR Président de la fédération d'entraide polynésienne de sauvetage en mer (FEPSM)  
M. Tehina PUARIITAHU Vice-président de la FEPSM  
M. Manate VIVISH Directeur général d'Air Tahiti  
M. Heifara GARBET Directeur d'Air Archipels  
M. Viriamu FOUGEROUSSE Représentant le Mareva Nui  
M<sup>me</sup> Huguette IOANE Représentant le Tuhaa Pae  
M. Boris PIEL Représentant le Tuhaa Pae  
M. Patrick WONG Représentant le Aranui

## **Direction de l'aviation civile**

M. Georges PUCHON Directeur de l'Aviation civile  
M. Tauraatua LORFEVRE Agent de la direction de l'aviation civile

## **Gestion sociale des évasans**

M<sup>me</sup> Valérie HONG KIOU Directrice des solidarités, de la famille et de l'égalité (DSFE)  
M<sup>me</sup> Raiteva REGURON Chargée des aides sociales à la DSFE  
M. Yvonnick RAFFIN Directeur de la CPS  
Dr Vincent DUPONT Directeur adjoint de la CPS  
M. Cyril CONREUX Chef d'unité des affaires juridiques de la CPS  
M. Michel RUIZ Agent comptable de la CPS  
M. Yannick LECORNU Responsable du pôle contrôle des risques  
M. Jean JISSANG Responsable des prestations de la PSG  
M. Cédric MERCADAL Délégué à la protection des données

## **Statuts des personnels Santé**

M. Bruno LONJON Directeur général des ressources humaines  
M<sup>me</sup> Joahna CROS-FROGIER Directrice de cabinet auprès du ministre de la modernisation de l'administration  
M<sup>me</sup> Noéline TEITI Contrôleur des dépenses engagées  
M<sup>me</sup> Maite QUESNOT Direction du budget et des finances  
M<sup>me</sup> Isabelle BOTHEREL Direction générale des ressources humaines

## **Organismes et services de la Santé**

M. Claude PANERO Directrice du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF)  
M. Rainui RICHAUD Vice-président de la commission médicale d'établissement (CME) du Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF)  
Dr Vincent SIMON Chef du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) du CHPF  
M. Mike GREIG Responsable du réseau inter-île du CHPF  
Dr Etienne BEAUMON Médecin chef du service de la maternité du CHPF  
Dr Stéphane SAUGET Médecin chef du service obstétrique du CHPF  
M. Sami DJEDID Chef du bureau de la facturation et relation clientèle du CHPF  
Dr Laurence BONNAC-THERON Directrice de la Santé  
M<sup>me</sup> Merehau MERVIN Directrice adjointe de la Santé  
Dr François LAUDON Responsable de la subdivision de la santé des Tuamotu Gambier  
M<sup>me</sup> Wanda PARKER Ressources humaines à la direction de la Santé  
M<sup>me</sup> Tiare MARTINEZ Directrice de l'institut de formation Mathilde Frébault  
Dr Stéphane AMADEO Psychiatre et chef du service du département psychiatrie du CHPF  
M<sup>me</sup> Clémentine PICHETTI Psychiatre au CHPF  
Dr Philippe BIAREZ Directeur de l'hôpital de Afareaitu - Moorea  
M. Francis PEZET Chef du service de l'informatique en Polynésie française  
M. Hervé VERGEAUD Co-fondateur du groupe MEDEX  
M. Olivier MARREC Directeur général du groupe MEDEX  
Personnels de l'Hôpital de Taravao  
Personnels de l'Hospitel

## **Représentant du milieu associatif**

M<sup>me</sup> Sandrine MAURICE, Présidente de la l'association « naître en Polynésie »

## **Pensions de famille**

Foyer des jeunes filles  
Hébergement Moananui  
Hébergement Taapuna

## ARCHIPEL DES ÎLES-SOUS-LE-VENT

### Huahine

M. Romuald LAI Chef de corps des pompiers de Fare – Huahine

M<sup>me</sup> Sarah SITZ Infirmière libérale

Le personnel médical et administratif du dispensaire de Fare

### Raiatea

M<sup>me</sup> la Maire et les membres du Conseil municipal de Uturoa

Dr Thierry BEYLIER                      Subdivisionnaire de la Santé des Iles sous le vent.

M. Pascal WESTRELIN                  Directeur de l'hôpital de Uturoa

### Tahaa

M<sup>me</sup> la Maire et les membres du Conseil municipal de Patio

Sapeur pompier de la commune de Patio

Personnel médical de Patio

### Bora-Bora

M. le Maire et les membres du conseil municipal de Bora Bora

Pilote de Tahiti nuit hélicoptères basé à Pago

## ARCHIPEL DES TUAMOTU-GAMBIER

### Rangiroa

### Tikehau

### Hao

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Le personnel médical et administratif du centre médical de Hao

Les transporteurs maritimes sanitaires de Hao

### Rikitea

M. le Maire et les membres du conseil municipal

M<sup>me</sup> Mathilde TAVITA, infirmière libérale de Rikitea

## ARCHIPEL DES MARQUISES

### Nuku-Hiva

M. le Maire, les membres du conseil municipal de la Commune de Nuku Hiva

M. le secrétaire général, M. le chef de corps des pompiers, les sapeurs pompiers et le responsable de la police municipale et du pôle « sécurité » de la Commune de Nuku Hiva

Le personnel médical de l'hôpital Louis Rollin à Taiohae

Le personnel médical du centre médical de Hatiheu

Le personnel médical du poste de secours Aakapa

### Ua Pou

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Le personnel médical de l'infirmerie de Hakamaïi

M. Patrick GUERET, président de la Fédération d'entraide polynésienne de sauvetage en Mer de Ua Pou

### Ua Huka

M. le Maire et les membres du conseil municipal

M. Thomas ATHENOL, infirmier de Hane

### Fatu Hiva

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Personnel médical de l'infirmerie de Omoa

### **Tahuata**

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Personnel médical de l'infirmierie de Vaitahu

M<sup>me</sup> Anita OHU, infirmière

M<sup>me</sup> Marie-Yvelice TAMATAI, auxiliaire de soin du poste de secours de Motopu

### **Hiva oa**

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Personnel médical du centre médical de Atuona

M. Marc TARRATS, représentant de la Fédération d'entraide polynésienne de sauvetage en Mer

## **ARCHIPEL DES AUTRALES**

### **Rurutu**

M. le Maire et les membres du conseil municipal de la Commune de Moerai

Personnel médical du centre médical de Moerai

### **Tubuai**

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Personnel médical du centre médical de Mataura

M<sup>me</sup> Patricia ANANIA, subdivisionnaire de la Santé aux Australes et son personnel

### **Raivavae**

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Personnel médical de l'infirmierie de Rurua – Rimatara

### **Rimatara**

M. le Maire et les membres du conseil municipal

Personnel médical de l'infirmierie de Amaru





ASSEMBLÉE DE LA  
POLYNÉSIE FRANÇAISE

**Conception éditoriale** : Assemblée de la Polynésie française

**Photographies** : Droits réservés

**Conception graphique et mise en page** :  
Bureau de la communication de l'assemblée de la Polynésie française

© Tous droits réservés





ASSEMBLÉE DE LA  
POLYNÉSIE FRANÇAISE

Rue du docteur Cassiau – BP 28 – 98713 Papeete – Tahiti  
Tél. 40 41 63 00