

JOURNAL OFFICIEL

DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

NUMERO SPECIAL

Philippe
MACHENAUD-JACQUIER

Matahiti 150
N° 13 - Numera Taae

TE VE'A A TE HAU NO POLYNESIA FARANI

Mahana 1
no Novema 2001

IMPRIMERIE OFFICIELLE — Tél. : 42.50.67 - Télécopieur (Fax) : 42.52.61 - B.P. 117 - 98713 PAPEETE

S O M M A I R E

PARTIE OFFICIELLE

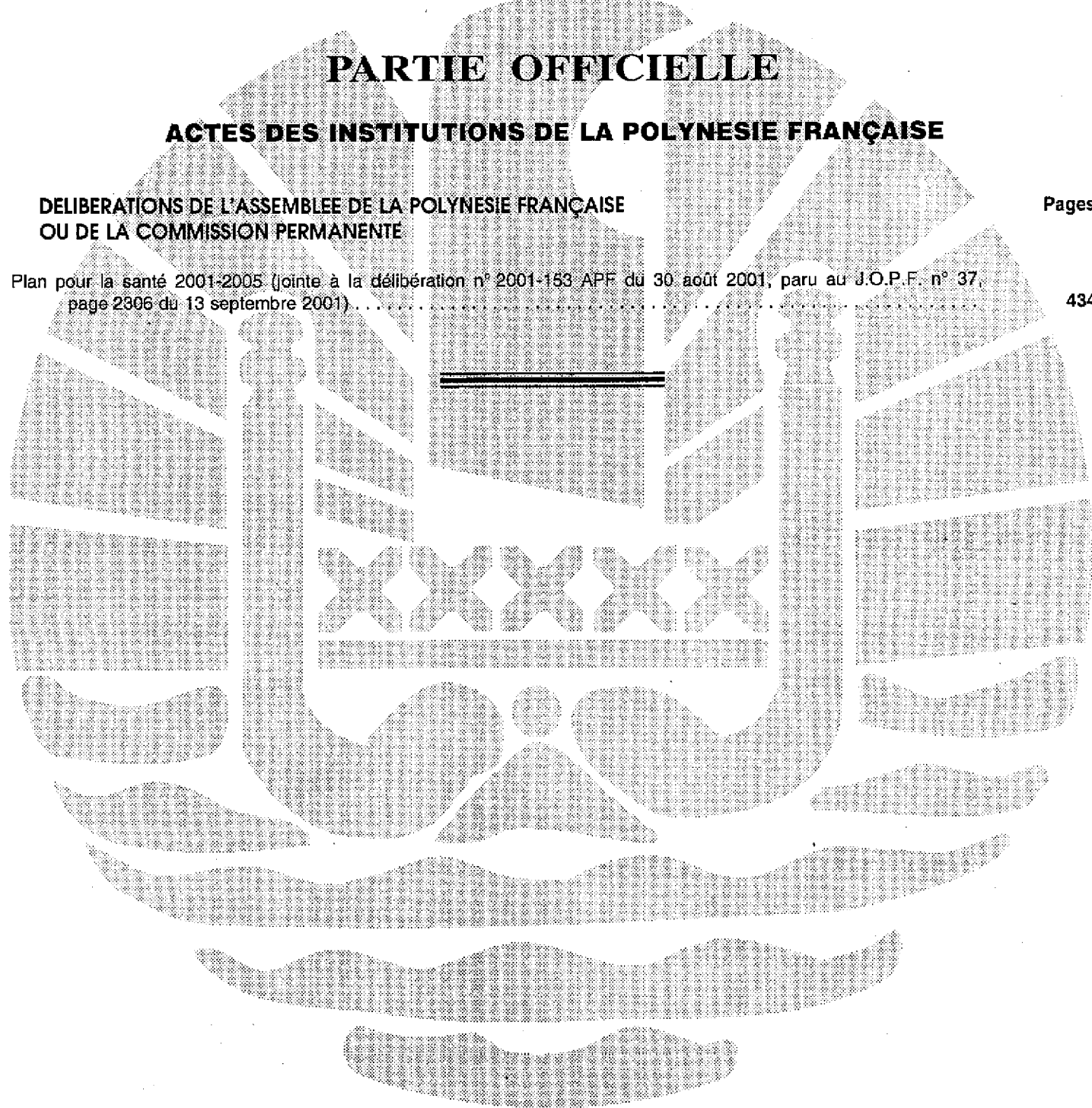
ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

DELIBERATIONS DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE
OU DE LA COMMISSION PERMANENTE

Pages

Plan pour la santé 2001-2005 (jointe à la délibération n° 2001-153 APF du 30 août 2001, paru au J.O.P.F. n° 37, page 2306 du 13 septembre 2001).....

434



PARTIE OFFICIELLE

ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

DELIBERATIONS DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE OU DE LA COMMISSION PERMANENTE

PRÉAMBULE

En 1995, le gouvernement a défini sa politique de santé pour la période 1995-1999 dans un document "le Plan pour la santé" adopté alors par l'assemblée de la Polynésie française. Ce plan a servi à orienter et à encadrer les actions en matière de santé mises en œuvre depuis cinq ans. Au terme de ce plan, le ministère de la santé et de la recherche a souhaité qu'un bilan en soit dressé et qu'un nouveau plan couvrant la période 2001-2005 soit élaboré.

Cette démarche d'envergure répond à un besoin de définir une politique de santé pour le territoire en tenant compte des réalités économique, sociale, géographique et culturelle et de l'évolution de l'état de santé de la population. Elle permet de proposer aux habitants de Polynésie une stratégie réaliste pour un développement harmonieux et cohérent dans le domaine de la santé, en fonction des moyens disponibles.

À la veille du troisième millénaire, nous constatons une évolution de la philosophie de la santé et de sa représentation dans la population. Cela se traduit par des transformations des demandes et des exigences de la communauté ; il en découle la nécessité d'une adaptation des structures de soins à mettre en place et des relations qu'elles doivent développer entre elles. Il en est de même du rôle et des fonctions que les professionnels de santé doivent jouer. Ce plan pour la santé détermine des choix sur ces évolutions.

Ce plan constitue un outil de référence pour les responsables, les professionnels de la santé et la population. C'est aussi un outil d'aide à la décision pour la détermination des domaines d'intervention, la planification des actions, les moyens à mettre en œuvre et l'attribution des ressources. Il permettra d'impulser des actions coordonnées, avec l'approche multidisciplinaire et intersectorielle indispensable à notre époque. Il facilitera leur réalisation et leur évaluation.

Le document propose des stratégies et n'entre pas dans le détail des actions à entreprendre. La réflexion qu'il a générée, puis canalisée, doit être approfondie. Il ne constitue qu'une étape dans la réflexion menée sur le système de santé polynésien, il n'en est pas le terme ou l'aboutissement. Les échanges, concertations, dialogues et forums en tout genre qu'il a instaurés ou revivifiés doivent se poursuivre.

En dégagant des priorités claires, qui intègrent les données objectives disponibles et une large expression des professionnels et de la population, le gouvernement affirme son souci de lutter contre les problèmes de santé les plus préoccupants, tout en poursuivant son action dans les autres domaines de la santé.

Il réaffirme ici les principes de solidarité, de réalisme et de maîtrise économique qui avaient constitué les fondements du précédent plan de santé et son souci d'être en adéquation avec les besoins de la population, quelles que soient ses formes d'expression.

Les responsables politiques, les professionnels de la santé et la communauté doivent ensemble mettre en place cette politique dans laquelle la santé globale sera la principale valeur et un des principaux actifs de la société polynésienne.

LA DEMARCHE

L'utilité d'un plan pour la santé

Les interventions des acteurs de la santé se font dans une multitude de domaines.

Le développement en matière de santé doit être harmonieux et homogène pour que chacun puisse bénéficier de ses fruits. Mais il ne peut se faire qu'en fonction des moyens disponibles. Dès lors, des choix doivent être faits, donc des priorités déterminées. Pour cela, la situation doit préalablement être analysée, les problèmes de santé identifiés et classés en fonction de leur importance, de leur gravité, de leur retentissement, afin que des orientations puissent être définies et des priorités dégagées tant sur le plan des pathologies à prendre en charge que sur celui des moyens et de l'organisation à mettre en place.

Ces choix, clairement affirmés dans le plan pour la santé, constituent le cadre de la politique de santé du territoire pour les cinq prochaines années.

Par ailleurs, un plan pour la santé est un outil indispensable de coordination et d'évaluation des actions menées en matière de santé.

L'esprit des travaux

Deux principes ont en permanence guidé la démarche de l'élaboration du plan pour la santé :

La connaissance de la situation

Indispensable pour que les décisions se prennent en toute connaissance de cause, elle est basée sur des données objectives (un état des lieux) et d'autres plus subjectives (le vécu des professionnels de la santé dans leur exercice quotidien).

Il a par ailleurs été procédé à l'évaluation de l'exécution du plan pour la santé 1995-1999. Ses conclusions ont servi pour la préparation du nouveau document.

La participation de la population

Une politique de santé se construit en fonction des besoins de ceux à qui elle est destinée, de leur état de santé et des demandes qu'ils formulent en la matière.

Les actions entreprises seront d'autant plus efficaces qu'elles seront reconnues comme utiles par la population et qu'elles répondront à leurs attentes.

Par ailleurs, il est essentiel de savoir s'il n'existe pas d'écart important entre la vision des professionnels et celle de la population sur l'état sanitaire. Si tel était le cas, la stratégie des actions de promotion de la santé à mettre en place devrait être adaptée.

Les étapes de l'élaboration

1°) La connaissance de la situation

- Etat des lieux de la santé en Polynésie française

Une politique de santé ne peut se concevoir sans une connaissance de l'état sanitaire de la population.

Dans le plan de 1995, la première priorité du ministre de la santé était de créer un "observatoire de la santé" afin de disposer d'informations fiables.

La direction de la santé a accompli des efforts dans ce domaine puisque le retard de publication des rapports annuels est pratiquement comblé, qu'elle a mis en place les "certificats de santé des nourrissons" et qu'elle élabore depuis 4 ans un tableau annuel des coûts de la santé.

Un P.M.S.I. a été mis en place au C.H.T. depuis le 1er juillet 1998.

Les difficultés rencontrées lors de la préparation du plan actuel montre que beaucoup reste à faire, en particulier en psychiatrie.

- Evaluation du plan précédent

Cette évaluation, qui fut difficile à réaliser car non prévue lors de la préparation du plan 1995-1999, permet d'identifier les progrès réalisés dans le domaine de la santé au cours de cette période et d'identifier les actions qui n'ont pas été menées. Il a alors importé d'en analyser les raisons pour décider si elles devaient être reconduites ou non.

Si 70% des actions prévues par le plan ont été menées à bien, d'autres projets n'ont pas abouti ; certains constats importants ont donc été faits, qui devront être pris en compte pour la mise en œuvre et le suivi du nouveau plan :

- Les propositions étaient hétérogènes, certaines concrètes, objectives et mesurables, donc évaluables, alors que d'autres relevaient plutôt de l'expression d'une intention ;
- Peu d'acteurs de santé se sont sentis concernés par le plan précédent : peu s'en sont servi pour guider leur activité professionnelle ;
- Plusieurs instances de coordination et de suivi prévues ne se sont pas mises en place, d'où une réalisation inégale des actions programmées, affectant surtout celles où un partenariat était indispensable.

2°) La participation

- Consultation des professionnels

Il a d'abord été demandé aux professionnels de la santé, publics et privés, ainsi qu'à nos partenaires habituels, quels étaient, à leur avis, les problèmes de santé les plus importants.

A cette question ouverte, 498 professionnels (dont près de 100 du secteur libéral) ont répondu. Ils ont mis en avant 64 problèmes, regroupés ensuite en 10 thèmes.

- Consultation de la population

Il a été demandé à la population des plus de 15 ans, par l'intermédiaire des agents du service de santé et de relais volontaires, quels étaient, dans une liste proposée, les problèmes les plus importants.

Avec 21.028 questionnaires retournés, soit 15 % de la population ciblée, la participation de la population a largement dépassé les attentes, montrant ainsi tout l'intérêt qu'elle porte à la démarche.

Le taux de participation est équivalent à Tahiti et dans les archipels. Le plus important étant celui des Australes avec 28 % de la population ciblée.

- Les travaux des ateliers

200 professionnels de différents horizons se sont répartis dans 10 ateliers.

En s'appuyant sur les éléments disponibles (état des lieux, évaluation du plan 1995-1999, résultats des consultations de professionnels et de la population) et sur leur expérience professionnelle, ils devaient identifier, pour chaque thème, les problèmes prioritaires et proposer des stratégies d'action à mettre en œuvre durant les cinq prochaines années.

Les participants à ces ateliers n'avaient qu'une consigne, celle du réalisme : leurs propositions devaient être concrètes, mesurables, évaluables ; et surtout elles devaient être réalisables. Les objectifs fixés devaient pouvoir être atteints au terme des 5 ans.

3°) Le choix des priorités

Les représentants des différents ateliers ont présenté les résultats des travaux au ministre de la santé et aux membres du comité de pilotage. Quatre priorités ont été retenues. Elles ont été choisies en fonction de la situation sanitaire, de son évolution au cours des cinq dernières années et des résultats des différentes consultations.

La mise en application du plan pour la santé

Le plan pour la santé n'est pas qu'un document. La démarche ne s'arrête pas au moment de son adoption. Au contraire c'est sa mise en application de 2001 à 2005 qui en constitue le temps fort.

Le document propose des stratégies d'action pour lutter contre des problèmes de santé, mais n'entre pas dans le détail des actions à mettre en place. Il doit se prolonger dès maintenant par une démarche d'élaboration de programmes et de planification des actions.

Dans le même temps devront se mettre en place les instruments de suivi pour que des évaluations intermédiaires puissent être effectuées.

1°) *La mise en œuvre et le suivi*

L'évaluation du plan pour la santé précédent a mis en évidence certains points essentiels pour la réussite d'une telle démarche et a posé des principes fondamentaux.

Implication et participation

La participation des acteurs suppose la connaissance et la reconnaissance du plan pour la santé : celles-ci furent modestes pour le plan précédent. D'autre part, certaines actions n'ont pas été réalisées, faute de responsable clairement identifié.

Travail en commun et partenariat

A quelques exceptions près, la plupart des problèmes de santé ne peuvent pas être traités de manière indépendante par quelques professionnels isolés. A notre époque, l'amélioration de la santé de la population repose sur l'intervention coordonnée de plusieurs partenaires. La concertation et le partenariat sont indispensables. Cette concertation entre les professionnels de la santé doit être étendue aux partenaires institutionnels et associatifs. Il est essentiel que chacun d'entre eux sache qu'il tient une place importante et qu'il a un rôle à jouer.

La coordination et le travail en partenariat des intervenants sont la base du succès lors de toute action de santé. Ils doivent faire l'objet d'une recherche systématique et institutionnalisée chaque fois que possible.

Evaluation

Elle est indispensable pour suivre le niveau de réalisation des actions. Elle doit être prévue et les critères d'évaluation déterminés dès la phase initiale. Chaque action doit avoir des objectifs et être évaluée régulièrement.

2°) *Les moyens financiers*

La certitude de pouvoir disposer pendant les prochaines années des moyens mis à disposition par l'intermédiaire du "contrat de développement" et des "contrats d'objectifs", en complément des budgets annuels des différents services et établissements, doit permettre de mener à bien la plupart des actions inscrites.

3°) *Les instances à mettre en place*

Persistance du comité de pilotage

Le comité de pilotage créé pour l'élaboration du plan est maintenu pour suivre son application. Il aura la possibilité de mettre en place ponctuellement, en fonction des besoins, des commissions "ad hoc". Il pourra, à tout moment, proposer au ministre de la santé des mesures pour pallier les insuffisances apparues dans la réalisation du plan.

Il lui remettra un bilan annuel de l'exécution du plan.

Désignation d'un responsable pour chaque domaine du plan

Investi de l'autorité nécessaire, il aura en charge la coordination des actions et des moyens, dans son domaine de compétence. Il pourra proposer toutes les mesures nécessaires pour favoriser la réalisation des objectifs fixés. Il rendra compte régulièrement au comité de pilotage de leur degré de réalisation.

Persistance du groupe "appropriation"

Groupe dépendant du comité de pilotage, il était chargé de proposer, tout au long de l'élaboration du document, les mesures susceptibles de favoriser son "appropriation", tant par les professionnels chargés de sa mise en œuvre que par la population. Il est maintenu pendant les cinq ans de sa réalisation.

4°) *L'évaluation du plan pour la santé*

En 2005, une évaluation du plan et un "état des lieux" seront réalisés.

LE PLAN DU DOCUMENT

Si la réflexion, largement alimentée par les nombreux débats qui ont émaillé la préparation du plan pour la santé, a démontré la nécessité de mettre en évidence des priorités, elle a également souligné qu'aucun des secteurs de la santé ne doit être négligé, au risque de le voir régresser.

Les priorités

En désignant des priorités, le gouvernement répond à un souci de clarté. Il désigne sans ambiguïté les problèmes sanitaires que la société polynésienne va devoir affronter dans les années à venir. La population, les professionnels de santé et les responsables savent ainsi dans quelles directions orienter leurs efforts. Cette clarté devrait permettre d'assurer la cohérence des actions qui vont être menées. Par ailleurs, l'affirmation de ces priorités permettra d'orienter les moyens humains et matériels au moment des indispensables choix.

Les domaines d'actions à instaurer ou à renforcer

La politique de santé ne se résume pas à quelques priorités. Les exemples de maladies que l'on croyait avoir jugulées et qui ont resurgi dès que les efforts de lutte se sont relâchés sont là pour nous rappeler à la nécessaire vigilance dans ces domaines.

Les partenariats à consolider

Lors des travaux préparatoires, les intervenants ont toujours insisté sur la nécessité de travailler en étroite collaboration avec d'autres partenaires. Dans aucun secteur les professionnels de la santé ne peuvent être les seuls acteurs. Si parfois ils sont les maîtres d'œuvre dans la gestion des dossiers, ailleurs ils apportent un éclairage spécifique, complément à une démarche menée par d'autres (social, sécurité routière, environnement...). C'est pourquoi il a paru justifié d'en faire un chapitre distinct.

N.B. : Certains domaines peuvent avoir des stratégies d'action communes.

Pour faciliter la lecture de chaque thème, toutes les stratégies d'action qui en relèvent y sont incluses, même si elles figurent déjà dans un autre thème.

Tableau synoptique des priorités

<p>1 LES MALADIES LIÉES A L'ALIMENTATION</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. L'obésité - 2. Le diabète 	<p>2 LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. La santé des jeunes enfants : <ul style="list-style-type: none"> - Les affections respiratoires - 2. La santé des adolescents : <ul style="list-style-type: none"> - L'éducation à la sexualité - La prévention du SIDA et des MST - La prévention des violences familiales et des sévices sexuels - La prévention des toxicomanies - 3. La santé des enfants et des adolescents : <ul style="list-style-type: none"> - L'hygiène corporelle - L'hygiène et la santé dentaires - La santé mentale
<p>3 LE DISPOSITIF DE SANTÉ</p> <p>La qualité des soins et la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé</p>	<p>4 L'OUTIL PRIVILEGE</p> <p>Le Réseau Santé Polynésie (RSP)</p>

LES PRIORITES

La détermination des priorités passe par l'identification des problèmes de santé. Celle-ci se base sur les besoins sanitaires, identifiés à partir des données disponibles ("état des lieux", données économiques) et les demandes exprimées lors de la consultation populaire.

Puis, les problèmes de santé sont classés en fonction de leur fréquence, leur gravité, leurs conséquences et répercussions, la faisabilité d'actions, la place que leur accordent les professionnels de santé et la population.

A l'issue de cette démarche, 4 priorités ont été retenues s'inscrivant dans quatre axes différents :

Pathologies : les maladies liées à l'alimentation

C'est le thème de santé que la population évoque le plus souvent. Les professionnels de la santé sont unanimes pour dire que ces maladies constituent le problème de santé majeur en Polynésie.

Tous les éléments tendent à le prouver :

- les données épidémiologiques disponibles montrent l'étendue de ces pathologies ;
- la fréquence et la gravité de leurs complications (maladies cardio-vasculaires, rénales ou autres) ne cessent de croître et ont un retentissement social et économique de plus en plus important ;
- l'ampleur du problème impose une approche globale et nécessite une coordination permanente entre les différents secteurs.

Populations : les enfants et les adolescents

Les professionnels soulignent l'importance des problèmes de santé touchant cette tranche de la population, par nature différents selon qu'ils affectent les enfants ou les adolescents : surtout pathologies organiques, comme les infections respiratoires ou l'asthme, pour les premiers ; conséquences de "prises de risques", comme le Sida ou les toxicomanies, pour les seconds.

La consultation populaire confirme l'avis des professionnels ; à cette occasion, les adolescents jugent également prioritaire le problème des violences familiales et sexuelles.

S'il reste à faire pour la prise en charge des enfants, celle-ci est relativement bien organisée. Par contre, la population adolescente est souvent difficile à atteindre, volontiers réfractaire aux messages de santé, les professionnels sont moins préparés à la prendre en charge et aucune structure ne lui est spécifiquement consacrée. Pourtant, ce sont les adultes et les parents de demain, nous devons nous en préoccuper.

Là aussi, partenariat, interventions ciblées, coordination des différents secteurs, réglementation cohérente, sont autant de stratégies à mettre en œuvre pour améliorer la santé des jeunes.

Dispositif de santé : la qualité des soins et la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé

La qualité des soins est une préoccupation pour tout responsable et un désir légitime de tous les utilisateurs. L'optimisation de l'organisation du système de santé est un moyen de tendre vers ce but.

Alors que la société évolue, que la vision qu'elle porte sur la santé change et que ses exigences se renforcent, il est particulièrement important et urgent de mener une large réflexion sur le système à mettre en place dans un contexte de maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

Les questions sur l'accès aux soins, les réseaux de soins, la complémentarité entre les secteurs public et privé, ... doivent être débattues et permettre de déboucher sur des améliorations substantielles de l'organisation du système de santé dont la population sera la première à tirer bénéfice.

Dans le cadre d'une vision politique de la société, la puissance publique doit, en partant d'un constat, prendre la mesure des données pertinentes et en déduire l'organisation la plus efficace en fonction des moyens disponibles.

Outil privilégié : le réseau santé Polynésie

La mise en place d'un réseau informatique sécurisé rassemblant l'ensemble des professionnels de santé polynésiens, sans exclusive, et s'appuyant sur la technologie Internet, constitue un outil essentiel, une infrastructure de recueil et d'échange, qui permettra d'optimiser les ressources existantes, de renforcer et d'accélérer la coopération institutionnelle et professionnelle, et de concrétiser divers projets, riches d'informations et de services, actuellement en gestation.

LES MALADIES LIÉES A L'ALIMENTATION

L'OBESITÉ**OBJECTIFS****Au niveau des enfants**

- ▶ Stabiliser la prévalence de l'obésité chez les enfants scolarisés en CM2 ;
- ▶ Stabiliser la prévalence de l'obésité des enfants d'âge préscolaire (avant 3 ans).

Au niveau des personnes en surcharge pondérale

- ▶ Stabiliser le poids ou favoriser une perte de poids de 5 % chez les adultes présentant un embonpoint ;
- ▶ Favoriser une perte de poids de 5 à 10 % chez les adultes obèses.

Au niveau des femmes enceintes

- ▶ Eviter une prise de poids excessive au cours de la grossesse.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Promouvoir l'éducation pour la santé, par des actions de proximité et des campagnes médiatiques ;
- ▶ Mettre en place des actions de formation ;
- ▶ Améliorer les pratiques médicales ;
- ▶ Agir sur l'environnement et adapter la réglementation ;
- ▶ Entreprendre des actions de recherche ;

LE DIABÈTE**OBJECTIFS**

- ▶ Diminuer les complications graves du diabète

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Sensibiliser et informer la population
- ▶ Améliorer les pratiques médicales
- ▶ Eduquer les patients pour leur permettre de se prendre en charge

1 - Les maladies liées à l'alimentation : l'obésité et le diabète**Le point sur la situation**

75 % des adultes sont touchés par un problème de poids : 40 % sont obèses et 35 %, présentant un excès de poids, sont au stade précédant l'obésité. Par ailleurs, l'excès pondéral apparaît tôt et de façon massive : près de 30 % des enfants de CM2 en zone urbaine sont obèses, et cette proportion est en augmentation.

Les fréquences du diabète (18 % des adultes) et de l'intolérance au glucose (33 %) sont plus élevées en Polynésie française que dans les autres îles du Pacifique.

Dans l'enquête de prévalence des maladies non transmissibles réalisée en 1995, plus de 2/3 des sujets ne se savaient pas diabétiques. Il est également très fréquent de faire le diagnostic de diabète au stade de complications.

Par ailleurs, le diabète de type 2 est à l'origine de plus d'un tiers des cas d'insuffisance rénale chronique terminale, dont la fréquence croît régulièrement (de 45 pour 100.000 habitants en 1991 à 72 pour 100.000 en 1998).

L'obésité et le diabète sont des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires, une des premières causes de morbidité et la première cause de mortalité sur le territoire (1,5 à 2 fois plus élevée qu'en métropole). Ils favorisent par ailleurs de nombreuses autres maladies (rétinopathies, néphropathies, neuropathies...).

Les priorités

L'obésité et le diabète, du fait de leur fréquence (morbidité), leur gravité (mortalité, invalidité), leur coût (hospitalisations, évacuations sanitaires, arrêts de travail) et la faisabilité des actions (mise en œuvre possible d'actions préventives et curatives) constituent donc les deux priorités parmi les maladies liées à l'alimentation.

1°) - L'obésité**Objectifs**

Les objectifs généraux dans la lutte contre l'obésité sont des objectifs à long terme. Ils concernent 3 populations prioritaires.

- les enfants :

- stabiliser la prévalence de l'obésité chez les enfants scolarisés en CM2 ;
- stabiliser la prévalence de l'obésité des enfants d'âge préscolaire (avant 3 ans).

- les personnes en surcharge pondérale :

- stabiliser le poids ou favoriser une perte de poids de 5 % chez les adultes présentant un embonpoint ;
- favoriser une perte de poids de 5 à 10 % chez les adultes obèses.

- les femmes enceintes :

- éviter une prise de poids excessive au cours de la grossesse.

Stratégies d'action

- promouvoir l'éducation pour la santé

L'approche de l'obésité ne doit pas être négative ou contraignante, mais se faire dans le sens d'une promotion de la santé par :

- des actions menées à l'école et au sein des communautés (actions de proximité), orientées vers la promotion d'une alimentation équilibrée et la pratique de l'activité physique ;
- des campagnes médiatiques, dont les messages ne doivent être ni moralisateurs ni culpabilisants afin d'éviter les effets secondaires néfastes.

- mettre en place des actions de formation

Orientées sur la prévention et les possibilités de prise en charge, elles s'adresseront aux professionnels des autres secteurs concernés et aux leaders de la communauté.

- améliorer les pratiques médicales

Ceci passe par :

- la formation des professionnels de santé ;
- l'élaboration et la diffusion d'un consensus sur la prévention et la prise en charge des enfants et des adultes obèses ;
- la réalisation d'outils qui leur soient destinés (guide clinique, recommandations sur l'alimentation et l'activité physique, ...)
- l'élaboration d'un carnet de suivi médical des patients obèses.

- agir sur l'environnement et adapter la réglementation

Ces actions sont essentielles et doivent s'orienter vers :

- la disponibilité d'aliments "sains", ce qui implique l'adaptation de la réglementation des prix ;
- l'amélioration de la restauration scolaire ;
- l'information et la sensibilisation des professionnels de la restauration.

- entreprendre des actions de recherche

En matière d'obésité, les facteurs psychosociaux sont importants.

Une étude de type socio-anthropologique doit permettre d'identifier les causes profondes culturelles, psychosociales et affectives de la prise de poids.

Certaines actions seront menées d'emblée à l'échelle territoriale, d'autres dans des zones pilotes et éventuellement étendues en fonction des résultats obtenus.

Indicateurs nécessaires à l'évaluation

L'évaluation à moyen terme porte essentiellement sur les activités et les moyens mis en œuvre.

Il faut développer le recueil de données épidémiologiques en routine (certificats de santé, données issues des examens scolaires, PMSI, ...) afin de disposer d'indicateurs de surveillance de la maladie. Elles pourront être utilisées lors de l'évaluation du programme.

2°) - Le diabète

Objectif :

Diminution des complications graves du diabète.

Stratégies d'action

- sensibiliser et informer la population
- améliorer les pratiques médicales

Ceci passe par :

- le dépistage systématique du diabète lors des consultations médicales, avec l'équipement de tous les professionnels en matériel adapté ;
- l'uniformisation de la prise en charge des diabétiques par l'élaboration et la diffusion d'un guide pratique ;

- l'amélioration de la collaboration spécialistes-généralistes-diététiciens.

- éduquer les patients pour leur permettre de se prendre en charge

Indicateurs nécessaires à l'évaluation

Il faut développer l'utilisation des informations déjà produites dans le domaine des maladies liées à l'alimentation (données de la C.P.S. sur la prise en charge des patients et sur les affections de longue durée, données du C.H.T., ...), et optimiser le recueil des données épidémiologiques et économiques.

Les indicateurs sont :

- le nombre de diabétiques dépistés à un stade précoce ;
- le nombre de diabétiques se sachant diabétiques et suivant un traitement ;
- le nombre de diabétiques suivis ne présentant pas de complications ;
- le nombre de complications graves.

II - La santé des enfants et des adolescents

Les jeunes de moins de 20 ans représentent 43 % de la population. Les problèmes de santé qu'ils rencontrent varient selon l'âge. Egalement, l'approche et la prise en charge d'une même pathologie sont spécifiques à chaque période de la vie.

Chez les plus jeunes, le rôle des parents est primordial et certaines maladies pourraient être prévenues par une meilleure information et une meilleure mise en pratique des connaissances. De plus, la précocité de mise en œuvre des traitements, que ce soit pour les pathologies organiques ou mentales, apparaît essentielle.

L'adolescence, étape souvent difficile pour les jeunes et leur entourage, débute à la période pubertaire et peut s'étendre au-delà de 20 ans.

La santé des adolescents se conçoit d'une façon globale incluant le volet physique, le volet psychologique et l'environnement de vie. La spécificité de cette tranche de la population, tant dans le domaine du langage, de l'habillement, du goût pour la prise de risques, de la pensée magique(1) ou de la sensation de toute puissance, nécessitent une prise en charge particulière et adaptée.

(1) Mode de pensée où les conséquences des actes ne sont pas bien pesées, et semblent "réversibles".

Le bon état de santé des adolescents favorisera leur avenir et leur capacité à être des parents responsables.

Les priorités

Les priorités retenues concernent :

- un domaine spécifique aux jeunes enfants : les affections respiratoires et en particulier l'asthme ;
- deux domaines spécifiques à la santé des adolescents : la sexualité et la toxicomanie ;
- deux domaines communs à ces deux groupes, bien que la façon de les aborder diffère selon l'âge : l'hygiène individuelle et la santé mentale.

LA SANTÉ DES JEUNES ENFANTS

AFFECTIONS RESPIRATOIRES

OBJECTIFS

Objectifs généraux

- ▶ Diminuer les formes sévères des maladies respiratoires chroniques et de l'asthme ;
- ▶ Diminuer la prévalence des affections respiratoires chroniques.

Objectifs secondaires

- ▶ Chez les enfants d'âge scolaire : prise en charge précoce des cas dépistés ;
- ▶ Chez les nourrissons de 0 à 3 ans :
 - dépistage et prévention de l'atopie, principal facteur de risque de l'asthme ;
 - prise en charge thérapeutique précoce avec harmonisation des pratiques médicales.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Mettre en place un recueil de données ;
- ▶ Développer des consultations spécialisées en asthmologie et en pathologie respiratoire de l'enfant ;
- ▶ Renforcer l'information de la population et des divers relais ;
- ▶ Informer les professionnels de santé sur les protocoles thérapeutiques.

1°) - *La santé des jeunes enfants : Les affections respiratoires*

Le point sur la situation

Les affections respiratoires dominent la pathologie de l'enfant. Elles représentent la 1^{re} cause de consultations dans les structures publiques, la 2^e cause d'hospitalisation (20 %) chez les enfants de 0 à 5 ans et la 3^e cause de mortalité infantile (13 %).

Parmi les affections respiratoires, l'asthme semble tenir une place importante, ainsi que l'ont récemment suggéré les

résultats préliminaires d'une enquête récente. L'information du public sur la maladie est insuffisante. Les consensus thérapeutiques sont mal connus des professionnels.

Les affections de l'oreille sont fréquentes et sources de complications invalidantes.

Le tabagisme est fréquent, générant un tabagisme passif qui favorise les maladies de l'appareil respiratoire chez l'enfant.

Objectifs généraux

- Diminution des formes sévères des maladies respiratoires chroniques (2) et de l'asthme ;
- Diminution de la prévalence des affections respiratoires chroniques.

(2) Maladies respiratoires chroniques : otites séro-muqueuses, bronchopathies chroniques, dilations des bronches.

Objectifs secondaires

- Chez les enfants d'âge scolaire : prise en charge précoce des cas dépistés ;
- Chez les nourrissons de 0 à 3 ans :
 - dépistage et prévention de l'atopie (3), principal facteur de risque de l'asthme ;
 - prise en charge thérapeutique précoce avec harmonisation des pratiques médicales.

(3) Allergie à tendance familiale, cause d'eczéma, de rhinite, etc.

Stratégies d'action

- Mettre en place un recueil de données ;
- Développer des consultations spécialisées en asthmologie et en pathologie respiratoire de l'enfant ;
- Renforcer l'information de la population et des divers relais ;
- Informer les professionnels de santé sur les protocoles thérapeutiques.

LA SANTÉ DES ADOLESCENTS

1er Novembre 2001

JOURNAL OFFICIEL DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

N.S. 447

EDUCATION A LA SEXUALITE	PRÉVENTION DU SIDA ET DES M.S.T.	PRÉVENTION DES VIOLENCES FAMILIALES	PRÉVENTION DES TOXICOMANIES
<p style="text-align: center;">OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diminuer de 10 % le nombre de grossesses chez les 15-19 ans d'ici 2005 ; ▶ Favoriser l'égalité des femmes devant l'I.V.G. avec possibilité pour les mineurs d'y avoir recours. 	<p style="text-align: center;">OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmentation de la fréquence d'utilisation de préservatifs, en particulier lors des premiers rapports sexuels et lors des rapports avec des partenaires occasionnels. Ces deux indicateurs devront évoluer de 50 % actuellement, à 75 % en 2005 ; ▶ Prévention des situations de "vulnérabilité", obstacles à la mise en œuvre de comportements de prévention, et pour cela : <ul style="list-style-type: none"> - prévenir les violences sexuelles ; - améliorer l'acceptation sociale des différentes formes de sexualité ; - réaliser des actions spécifiques en faveur des jeunes en situation d'exclusion sociale, en particulier dans le milieu de la prostitution. 	<p style="text-align: center;">OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diminution de la fréquence des violences familiales ; ▶ Diminution du nombre de rapports sexuels forcés. 	<p style="text-align: center;">OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Diminution de la consommation de drogues licites ou illicites chez les jeunes : <ul style="list-style-type: none"> - réduire de 10 % le nombre d'adolescents de moins de 15 ans qui commencent à consommer des drogues ; - réduire de 20 % le nombre de consommateurs réguliers.
<p style="text-align: center;">STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Promouvoir l'éducation sexuelle par : <ul style="list-style-type: none"> - la formation des relais auprès des jeunes ; - le renforcement des actions d'information au niveau du secondaire ; - la mise en place d'actions au niveau du primaire ; - l'information auprès des jeunes dans le milieu extra-scolaire ; ▶ Favoriser l'accès aux moyens de contraception par : <ul style="list-style-type: none"> - la formation des professionnels à leur prescription ; - l'amélioration de la disponibilité des préservatifs ; ▶ Encadrer le recours à l'I.V.G. par : <ul style="list-style-type: none"> - l'application de la loi Veil ; - l'adaptation de la date limite légale de sa pratique tenant compte de l'éloignement géographique de certaines îles. 	<p style="text-align: center;">STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Former des relais en éducation sexuelle auprès des jeunes ; ▶ Faciliter l'accès aux préservatifs ; ▶ Promouvoir l'accès au dépistage anonyme et gratuit dans des structures adaptées ; ▶ Réaliser des actions de terrain chez les jeunes en situation d'exclusion. 	<p style="text-align: center;">STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elaborer un programme de lutte contre les violences familiales et les sévices sexuels. <p style="text-align: center;">violences familiales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluer la fréquence, la gravité, les conséquences des violences familiales ; ▶ Sensibiliser et informer la population ; ▶ Développer des structures d'accueil pour les victimes et mettre en place des groupes de parole pour les femmes en détresse ; ▶ Renforcer la réglementation et la mettre en application : <ul style="list-style-type: none"> - en donnant une formation spécifique aux agents municipaux en charge de la sécurité ; - en préconisant pour les auteurs de ces violences des peines d'intérêt général ; - en faisant appliquer la loi sur les alcooliques dangereux ; - en rendant cohérent le discours de modération de la consommation d'alcool avec les actes (en limitant, par exemple, la publicité en faveur des boissons alcoolisées ou en adaptant la Loi Evin). <p style="text-align: center;">sévices sexuels</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réaliser une enquête de recensement des victimes ; ▶ Sensibiliser et former des personnes susceptibles de recueillir les "dévoilements" pour une démarche judiciaire plus rapide ; ▶ Sensibiliser les scolaires ; ▶ Mettre en place des groupes de parole pour les familles. 	<p style="text-align: center;">STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Développer les actions de prévention : renforcer les connaissances par une information adaptée et induire un comportement responsable par le dialogue et la discussion. <p style="text-align: center;">Dans le milieu scolaire :</p> <p>Information de tous les élèves sur les dangers des drogues, au moins une fois durant leur scolarité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - appliquer le référentiel sur l'éducation à la santé, qui rend cette information systématique dans tous les établissements scolaires ; - introduire le thème de la toxicomanie parmi ceux traités par les clubs santé des établissements scolaires ; - harmoniser le discours de tous les intervenants. <p style="text-align: center;">Dans le milieu extra-scolaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> - poursuivre les campagnes médiatiques régulières, en y associant des jeunes ; - former les éducateurs et informer systématiquement les enfants dans tous les centres de vacances ; - sensibiliser les jeunes non scolarisés et les parents par des relais de proximité en formant d'ici 2005 : <ul style="list-style-type: none"> - 50 adultes - relais dans les quartiers définis à risque ; - des personnes à l'animation de groupes de parole.
			<ul style="list-style-type: none"> ▶ Améliorer les possibilités de prise en charge <ul style="list-style-type: none"> - permettre une prise en charge spécifique des jeunes dans leur cadre de vie ; en créant des antennes spécialisées dans les archipels ; - renforcer les missions du service d'alcoologie et de toxicomanie pour en faire une structure d'accueil de jour des jeunes toxicomanes et de leur famille, avec création de groupes de soutien pour parents de toxicomanes ; - créer une structure d'accueil réservée aux adolescents en difficulté, comprenant des lits de cure de désintoxication. ▶ Réaliser une enquête permettant d'identifier les causes profondes de l'usage des drogues

2°) – La santé des adolescents

Pour que les adolescents aient une attitude responsable face à leur sexualité, il faut qu'ils aient franchi les différentes étapes de la responsabilité individuelle : l'acceptation et l'affirmation de soi, l'intimité avec soi et avec l'autre et le respect de soi et de l'autre.

1 : *Education à la sexualité : "Amour, sexualité et enfant désiré"*

Le point sur la situation

Les jeunes femmes de 15-19 ans ont un taux de fécondité élevé (74 ‰ soit 10 fois plus qu'en métropole), elles donnent naissance à 12 ‰ des enfants et 3 ‰ d'entre elles ont eu recours à une I.V.G. C'est en parlant de sexualité à nos adolescents que nous préviendrons les grossesses non désirées.

L'interruption volontaire de grossesse ne fait l'objet d'aucune réglementation particulière, à titre d'exemple la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975.

En revanche, le nouveau code pénal étant applicable à la Polynésie française, seules certaines pratiques sont condamnées, parmi lesquelles figurent l'I.V.G. après la fin de la 10^e semaine et l'I.V.G. par une personne n'ayant pas la qualité de médecin.

Dans la pratique, il semble exister un nombre élevé d'I.V.G. : 1.500 par an en moyenne selon les données d'une enquête réalisée fin 1993. Cependant, en l'absence de déclaration obligatoire, aucun chiffre ne peut être avancé avec certitude. Ces avortements sont effectués parfois en dehors de tout environnement médical, et ne font l'objet d'aucune prise en charge financière et psychologique.

Cette situation se traduit par de nombreux abus et entraîne l'inégalité des femmes devant cet acte : seules les femmes qui ont les moyens financiers peuvent avoir accès à l'I.V.G. en milieu sécurisé et bénéficier de conditions optimales.

Objectifs

- Diminution de 10 ‰ du nombre de grossesses chez les 15-19 ans d'ici 2005 ;
- Garantie de la sécurité des femmes ayant recours à l'I.V.G. par une médicalisation systématique.

Stratégies d'action

Promouvoir l'éducation sexuelle par :

- la formation des relais auprès des jeunes ;
- le renforcement des actions d'information au niveau du secondaire ;
- la mise en place d'actions au niveau du primaire ;
- l'information auprès des jeunes dans le milieu extrascolaire ;

Favoriser l'accès aux moyens de contraception par :

- la formation des professionnels à leur prescription ;
- l'amélioration de la disponibilité des préservatifs ;

Résorber les maternités précoces non désirées et encadrer les I.V.G. existantes par :

- l'extension de l'application de la loi Veil en Polynésie française.

2 : *Prévention du Sida et des maladies sexuellement transmissibles.*

Le point sur la situation

A l'occasion d'une étude réalisée en 1999, il a été constaté que les comportements sexuels et la prévention du Sida chez les jeunes, ont évolué de façon importante : 44 ‰ d'entre eux ont utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel. Cependant, ce niveau de protection est encore inférieur à ce qui est observé dans les pays européens ou nord-américains, où il est de 70 à 75 ‰.

Les jeunes des collèges et lycées de Tahiti, qui débentent leur vie sexuelle avec cette menace, considèrent le Sida comme le problème de santé n°1.

Beaucoup de facteurs interviennent dans les comportements de prévention face au Sida et notamment des facteurs relationnels, l'expérience et le degré d'implication émotionnelle. Par ailleurs, lors de certaines situations particulières de "vulnérabilité" on ne peut pas agir en fonction de ce que l'on sait ou de ce que l'on voudrait.

Objectifs

- Augmentation de la fréquence d'utilisation de préservatifs, en particulier lors des premiers rapports sexuels et lors des rapports avec des partenaires occasionnels. Ces deux indicateurs devront évoluer de 50 ‰ actuellement, à 75 ‰ en 2005 ;
- Prévention des situations de « vulnérabilité », obstacles à la mise en œuvre de comportements de prévention, et pour cela :
 - prévenir les violences sexuelles ;
 - améliorer l'acceptation sociale des différentes formes de sexualité ;
 - réaliser des actions spécifiques en faveur des jeunes en situation d'exclusion sociale, en particulier dans le milieu de la prostitution.

Stratégies d'action

- Former des relais en éducation sexuelle auprès des jeunes ;
- Faciliter l'accès aux préservatifs ;
- Promouvoir l'accès au dépistage anonyme et gratuit dans des structures adaptées ;
- Réaliser des actions de terrain chez les jeunes en situation d'exclusion.

3 : *Prévention des violences familiales et des sévices sexuels*

Le point sur la situation

Selon l'enquête sur les comportements sexuels et la prévention du Sida, 6,7 ‰ des femmes et 1,1 ‰ des hommes ont eu leur premier rapport sexuel forcé (20 ‰ des femmes avaient moins de 15 ans et 58 ‰ avaient entre 15 et 18 ans). Ces chiffres démontrent la nécessité d'actions spécifiques.

Les violences familiales, qu'elles soient physiques ou psychologiques, et les sévices sexuels génèrent le problème de santé mentale le plus destructeur. Ils sont la conséquence de dysfonctionnements familiaux et individuels.

Objectif

- Diminution de la fréquence des violences familiales ;
- Diminution du nombre de rapports sexuels forcés.

Stratégies d'action

- Elaborer un programme de lutte contre les violences familiales et les sévices sexuels.

Violences familiales

- Evaluer la fréquence, la gravité, les conséquences des violences familiales ;
- Sensibiliser et informer la population ;
- Développer des structures d'accueil pour les victimes et mettre en place des groupes de parole pour les femmes en détresse ;
- Renforcer la réglementation et la mettre en application :
 - en donnant une formation spécifique aux agents municipaux en charge de la sécurité ;
 - en préconisant pour les auteurs de ces violences des peines d'intérêt général ;
 - en faisant appliquer la loi sur les alcooliques dangereux ;
 - en rendant cohérent le discours de modération de la consommation d'alcool avec les actes (en limitant, par exemple, la publicité en faveur des boissons alcoolisées ou en adaptant la loi Evin).

Sévices sexuels

- Réaliser une enquête de recensement des victimes ;
- Sensibiliser et former des personnes susceptibles de recueillir les « dévoilements » pour une démarche judiciaire plus rapide ;
- Sensibiliser les scolaires ;
- Mettre en place des groupes de parole pour les familles.

*4. Prévention des toxicomanies**Le point sur la situation*

L'enquête réalisée en 1999 chez les adolescents scolarisés de 10 à 20 ans, a montré qu'environ un élève sur quatre a consommé au moins une fois une drogue illicite au cours de sa vie. Le pourcentage d'utilisateurs et la fréquence de consommation augmentent avec l'âge.

La situation est encore plus grave en ce qui concerne la consommation d'alcool : 59 % des élèves interrogés ont déclaré avoir bu dans l'année qui a précédé l'enquête et 32 % avoir été ivre, dont 9 % des élèves de 6e.

Si la Polynésie est confrontée, à l'instar d'autres pays, au problème de la toxicomanie, la spécificité de son contexte culturel, social et économique appelle des réponses particulières.

Objectif

- Diminution de la consommation de drogues licites ou illicites chez les jeunes :
 - réduire de 10 % le nombre d'adolescents de moins de 15 ans qui commencent à consommer des drogues ;
 - réduire de 20 % le nombre de consommateurs réguliers.

Stratégies d'action

- Développer les actions de prévention : renforcer les connaissances par une information adaptée et induire un comportement responsable par le dialogue et la discussion.

- Dans le milieu scolaire :

- Information de tous les élèves sur les dangers des drogues, au moins une fois durant leur scolarité :
 - appliquer le référentiel sur l'éducation à la santé, qui rend cette information systématique dans tous les établissements scolaires ;
 - introduire le thème de la toxicomanie parmi ceux traités par les clubs santé des établissements scolaires ;
 - harmoniser le discours de tous les intervenants.

- Dans le milieu extra-scolaire :

- poursuivre les campagnes médiatiques régulières, en y associant des jeunes ;
- former les éducateurs et informer systématiquement les enfants dans tous les centres de vacances ;
- sensibiliser les jeunes non scolarisés et les parents par des relais de proximité en formant d'ici 2005 :
 - des adultes-relais dans les quartiers définis à risque ;
 - des personnes à l'animation de groupes de parole.

Améliorer les possibilités de prise en charge

- permettre une prise en charge spécifique des jeunes dans leur cadre de vie, en créant des antennes spécialisées dans les archipels ;
- favoriser la création d'une structure d'accueil de jour des jeunes toxicomanes et de leur famille, avec création de groupes de soutien pour parents de toxicomanes ;
- favoriser la création d'une structure d'accueil réservée aux adolescents en difficulté.

Réaliser une enquête permettant d'identifier les causes profondes de l'usage des drogues

LA SANTÉ DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS

HYGIÈNE CORPORELLE

OBJECTIFS

- ▶ Réduction des conséquences de l'insuffisance d'hygiène chez les enfants et les adolescents : en particulier réduction de 25 % en 5 ans du nombre d'enfants hospitalisés pour des pathologies liées à une hygiène insuffisante.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Déterminer et mettre en place un indicateur de la morbidité causée par une hygiène insuffisante ;
- ▶ Instaurer une structure de coordination et de centralisation des données ;
- ▶ Sensibiliser tous ceux qui peuvent intervenir pour que les conditions favorables à une bonne hygiène corporelle existent (distribution d'une eau potable, assainissement, salubrité des quartiers, de l'habitat, des écoles, des locaux de santé et de ceux accueillant le public) ;
- ▶ Informer et éduquer la population ;
- ▶ Identifier des groupes cibles et définir des objectifs spécifiques à chacun d'eux.

1° : Familles reconnues comme particulièrement concernées : information ciblée

- sensibiliser les professionnels de santé à l'identification des enfants à risques ;
- apporter une information ciblée aux familles déterminées à risques sur des critères objectifs prédéfinis ;
- mettre en place des actions spécifiques qui leur soient destinées.

2° : 0-3 ans : information des femmes enceintes et des jeunes mamans

3° : 3-16 ans : information et amélioration des conditions rencontrées à l'école

- informer par le biais de programmes adaptés, définis en commun par la Santé et l'Éducation ;
- améliorer les conditions d'hygiène dans les établissements scolaires :
 - * contrôler la mise en application des améliorations préconisées à l'issue de l'enquête de 1998 sur les sanitaires et les douches dans les écoles de Tahiti,
 - * réaliser une enquête semblable dans tous les archipels.

HYGIÈNE ET SANTÉ DENTAIRE

OBJECTIFS

Les objectifs à atteindre d'ici 2005 sont :

- ▶ Augmentation de 20 % du nombre d'enfants de 3 ans indemnes de carie ;
- ▶ Réduction de 10 % du "cao molaire de lait" chez les enfants de 5 ans ;
- ▶ Augmentation de 20 % du nombre de collégiens venant en consultation dentaire.

STRATÉGIES D'ACTION

Elles comprendront des actions d'information précoce et, selon les groupes cibles, des activités préventives et curatives.

- ▶ Informer les femmes pour que les bonnes habitudes d'hygiène soient acquises très tôt et soient intégrées au quotidien de l'enfant :
 - les jeunes femmes enceintes, en liaison avec la consultation de protection maternelle ;
 - les jeunes mères, en liaison avec la consultation de protection infantile ;
 - les jeunes mamans lors de la visite d'aptitude à la scolarisation, en liaison avec les visites médico-scolaires.
- ▶ Renforcer les activités préventives et curatives auprès des enfants des maternelles.
- ▶ Développer la responsabilisation et promouvoir le recours aux soins des adolescents :
 - en 5ème : information individuelle, dépistage informatif et incitation au recours aux soins ;
 - en 3ème et dans les dernières classes des collèges, information par classe entière.
- ▶ Mise en place d'un bilan gratuit pour les ressortissants, âgés de 16 à 25 ans, qui ne bénéficient ni de la médecine scolaire, ni de la médecine du travail

SANTÉ MENTALE

OBJECTIFS

- ▶ Amélioration de la prise en charge de l'enfant dans les domaines :
 - des difficultés psychologiques liées à des contextes particuliers : violences familiales et environnementales ou carences affectives ;
 - des perturbations mentales avérées aiguës ou chroniques.

Objectif spécifique aux adolescents

- ▶ Création d'une offre de soutien spécifique destinée aux adolescents présentant des troubles comportementaux : comportements délinquants, tentatives de suicide, violences, fugues, conduites d'inhibition, d'échec ou de morosité.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Mettre en place un système de recueil de données ;
- ▶ Développer un plan de recherche clinique et fondamentale sur l'enfant et la famille ;
- ▶ Développer des réseaux de centres médico-psychologiques de proximité assurant les consultations et les prises en charge ambulatoire ;
- ▶ Créer et développer un réseau de familles d'accueil thérapeutique ;
- ▶ Mettre en place un schéma directeur des structures d'accueil spécialisées :
 - une structure de 10 lits pour le traitement des pathologies aiguës ;
 - des structures pour le suivi des pathologies chroniques : hôpital de jour et accueil thérapeutique à temps partiel ;
 - un IMPRO pour les enfants de plus de 12 ans ;
 - des foyers d'hébergement spécialisés déconcentrés.

Stratégies d'actions spécifiques aux adolescents

- ▶ Recenser et coordonner les actions existantes dans les différents domaines concernés ;
- ▶ Sensibiliser les professionnels à la qualité de l'écoute à offrir aux adolescents.

3°) - La santé des enfants et des adolescents

1 : hygiène corporelle

Le point sur la situation

Si l'état de santé des Polynésiens s'est amélioré, il n'en reste pas moins que l'appropriation de sa santé par la population est parfois insuffisante. Ainsi, d'importantes carences en hygiène de base sont constatées par les professionnels.

Bien qu'il soit difficile de les évaluer de manière fiable, en raison d'indicateurs peu précis, les carences peuvent être observées à différents niveaux :

- lavage corporel ;
- absence de traitement initial simple des petites pathologies usuelles ;
- hygiène vestimentaire ;
- salubrité de l'habitat.

Elles conduisent à une morbidité préoccupante. Ainsi, dans les structures de santé publique :

- 6.388 enfants âgés de 5 à 14 ans ont consulté en 1997 pour des affections cutanées ou sous-cutanées, générées le plus souvent par une absence d'hygiène. Parmi eux, 642 cas de gale ont été déclarés ;
- 102 hospitalisations pour les mêmes affections ont été réalisées dans le service de pédiatrie du C.H.T. au cours des 6 premiers mois de 1999.

Objectifs

- Réduction des conséquences de l'insuffisance d'hygiène chez les enfants et les adolescents : en particulier réduction de 25 % en 5 ans du nombre d'enfants hospitalisés pour des pathologies liées à une hygiène insuffisante.

Stratégies d'action

- Déterminer et mettre en place un indicateur de la morbidité causée par une hygiène insuffisante ;
- Instaurer une structure de coordination et de centralisation des données ;
- Sensibiliser tous ceux qui peuvent intervenir pour que les conditions favorables à une bonne hygiène corporelle existent (distribution d'une eau potable, assainissement, salubrité des quartiers, de l'habitat, des écoles, des locaux de santé et de ceux accueillant le public) ;
- Informer et éduquer la population ;
- Identifier des groupes cibles et définir des objectifs spécifiques à chacun d'eux.

A) Familles reconnues comme particulièrement concernées : information ciblée

- sensibiliser les professionnels de santé à l'identification des enfants à risques ;
- apporter une information ciblée aux familles déterminées à risques sur des critères objectifs prédéfinis ;
- mettre en place des actions spécifiques qui leur soient destinées.

B) 0-3 ans : information des femmes enceintes et des jeunes mamans

C) 3-16 ans : information et amélioration des conditions rencontrées à l'école

- informer par le biais de programmes adaptés, définis en commun par la santé et l'éducation ;

- améliorer les conditions d'hygiène dans les établissements scolaires :

- contrôler la mise en application des améliorations préconisées à l'issue de l'enquête de 1998 sur les sanitaires et les douches dans les écoles de Tahiti,
- réaliser une enquête semblable dans tous les archipels.

2 : hygiène dentaire et santé dentaire

Le point sur la situation

L'état dentaire des jeunes enfants est préoccupant :

- à 3 ans, plus de la moitié des 2.800 enfants examinés présentent des caries ;
- à 5 ans, 70 % des 3.800 enfants examinés ont 5 molaires cariées sur 8.

Cela entraîne douleurs et foyers infectieux survenant à un âge très précoce et se pérennisant pendant les 10 années de croissance à venir. Les caries qui apparaissent avant l'âge de 3 ans sont très difficiles à soigner et la perte prématurée des dents de lait entraîne des désordres orthodontiques que la plupart des parents ne parviennent pas à prendre en charge.

Un suivi systématique et gratuit permet aux enfants de quitter le primaire avec un état dentaire généralement satisfaisant. A l'adolescence, un relâchement des pratiques d'hygiène est observé de façon constante. Il amène un doublement de l'atteinte carieuse entre 12 et 15 ans qui, associé à une insuffisance de recours aux soins, hypothèque l'avenir. Cette évolution pénalise encore plus ceux dont les parents remplissent insuffisamment leur rôle.

Ensuite, dès qu'ils ont quitté l'école, les jeunes n'ont plus accès aux structures gratuites du service d'hygiène dentaire et n'ont souvent pas les moyens d'assumer les frais liés aux soins nécessaires.

Objectifs

Les objectifs à atteindre d'ici 2005 sont :

- Augmentation de 20 % du nombre d'enfants de 3 ans indemnes de carie ;
- Réduction de 10 % du "CAO molaires de lait (4)" chez les enfants de 5 ans ;
- Augmentation de 20 % du nombre de collégiens venant en consultation dentaire.

(4) Indice CAO : nombre de dents cariées, arrachées ou obstruées.

Stratégies d'action

Elles comprendront des actions d'information précoce et, selon les groupes cibles, des activités préventives et curatives.

- Informer les femmes pour que les bonnes habitudes d'hygiène soient acquises très tôt et soient intégrées au quotidien de l'enfant :

- les jeunes femmes enceintes, en liaison avec la consultation de protection maternelle ;
- les jeunes mères, en liaison avec la consultation de protection infantile ;
- les jeunes mamans lors de la visite d'aptitude à la scolarisation, en liaison avec les visites médico-scolaires ;

- Renforcer les activités préventives et curatives auprès des enfants des maternelles ;
- Développer la responsabilisation et promouvoir le recours aux soins des adolescents :
 - en 5e : information individuelle, dépistage informatif et incitation au recours aux soins ;
 - en 3e et dans les dernières classes des collèges, information par classe entière ;
- Mise en place d'un bilan gratuit pour les ressortissants, âgés de 16 à 25 ans, qui ne bénéficient ni de la médecine scolaire, ni de la médecine du travail

3 : Santé mentale

Le point sur la situation

Avec les transformations de la société, les difficultés des personnes à vivre entre les différentes cultures sont exacerbées. Si la consommation de paka, l'alcoolisme ou les suicides sont autant de signes révélateurs d'anomalies du comportement ou de souffrance mentale, il est difficile d'avoir une évaluation même approximative, de l'état de santé mentale, faute d'enquête récente ou de recueil de données spécifiques.

Pourtant, les bouleversements sociaux que connaît la Polynésie induisent une pathologie psychiatrique moderne et les signaux d'alarme se multiplient : le service fermé de l'hôpital psychiatrique est surchargé, les signalements d'enfants en danger sont en augmentation constante ainsi que les mises sous assistance éducative.

Les moins de 20 ans représentent 43 % de la population, environ 500 enfants présentent des troubles graves de la personnalité et pourtant il n'existe aucun moyen d'hospitalisation pour les accueillir.

Les objectifs et les stratégies d'action à mettre en place sont les mêmes pour tous les jeunes, mais les adolescents devront faire l'objet d'une prise en charge spécifique pour les problèmes qui leur sont propres.

Objectif

- Amélioration de la prise en charge de l'enfant dans les domaines :
 - des difficultés psychologiques liées à des contextes particuliers : violences familiales et environnementales ou carences affectives ;
 - des perturbations mentales avérées aiguës ou chroniques.

Stratégies d'action

- Mettre en place un système de recueil de données ;
- Développer un plan de recherche clinique et fondamentale sur l'enfant et la famille ;
- Développer des réseaux de centres médico-psychologiques de proximité assurant les consultations et les prises en charge ambulatoire ;
- Créer et développer un réseau de familles d'accueil thérapeutique ;
- Mettre en place un schéma directeur des structures d'accueil spécialisées :
 - une structure de 10 lits pour le traitement des pathologies aiguës ;
 - des structures pour le suivi des pathologies chroniques : hôpital de jour et accueil thérapeutique à temps partiel ;
 - un I.M.PRO (5) pour les enfants de plus de 12 ans ;
 - des foyers d'hébergement spécialisés déconcentrés.

(5) Institut médico-professionnel.

Objectif spécifique aux adolescents :

- Création d'une offre de soutien spécifique destinée aux adolescents présentant des troubles comportementaux : comportements délinquants, tentatives de suicide, violences, fugues, conduites d'inhibition, d'échec ou de morosité.

Stratégies d'action spécifiques aux adolescents :

- Recenser et coordonner les actions existantes dans les différents domaines concernés ;
- Sensibiliser les professionnels à la qualité de l'écoute à offrir aux adolescents.

LE DISPOSITIF DE SANTÉ

QUALITÉ DES SOINS ET MAÎTRISE DE L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Objectifs

- ▶ Améliorer la qualité des soins, notamment :
 - Améliorer la qualité des soins hospitaliers, ce par une coopération accrue entre les différents établissements, publics et privés.
 - Améliorer l'accès aux soins des populations isolées.
- ▶ Maîtriser l'évolution des dépenses de santé :

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Appréhender l'organisation des soins dans le cadre d'une approche globale (Elaboration d'un schéma territorial d'organisation médico-sociale)

Le système hospitalier

- moderniser et renforcer les moyens des différents éléments, publics et privés, du système hospitalier.
- reconstruire sur le site " Jean Prince " le CHT, l'hôpital psychiatrique et le centre de transfusion sanguine, pour en faire des établissements modernes, adaptés aux besoins de notre époque,
- définir le rôle et la place des hôpitaux périphériques de Uturoa et Taiohae, et la forme que doit prendre le nécessaire partenariat à développer avec le Centre hospitalier territorial,
- inciter et aider les cliniques privées à entreprendre un effort de modernisation dans les domaines de l'environnement technique, de l'hygiène, des systèmes d'information médicale et de la qualification du personnel soignant ;

Les autres pôles du schéma d'organisation des soins

- mettre en place progressivement une astreinte permanente médicalisée partout où cela est possible,
- définir les niveaux de soins qui incombent aux différentes structures publiques périphériques en fonction de leur compétence et de leurs moyens,
- développer les centres de moyen séjour, les alternatives à l'hospitalisation et les soins à domicile pour que les établissements hospitaliers de court séjour puissent mieux se consacrer à leurs missions,
- poursuivre l'amélioration progressive de la qualité des soins offerts, aux populations des îles éloignées :
 - * en s'attachant à la formation des personnels,
 - * en remplaçant les agents en poste par d'autres de qualification supérieure (auxiliaire de santé par infirmiers et infirmiers par médecins),
 - * en créant des postes supplémentaires,
 - * en augmentant la fréquence des tournées médicales et en les diversifiant.

- ▶ Evaluer, dans une perspective d'amélioration, les résultats concrets des mesures réglementaires prises récemment en ce domaine, en coopération avec les différents acteurs.

.../...

(suite)

- ▶ Mettre en place ou optimiser les outils d'organisation.
 - Réviser les moyens de régulation du schéma d'organisation des soins
 - la carte sanitaire qui fixe les besoins en lits et places par discipline,
 - le schéma directeur des équipements sanitaires pour prendre en compte les constructions réalisées ou en cours, et les nouveaux besoins ;
 - Définir des normes hospitalières, les domaines à traiter en priorité étant l'anesthésie et l'hygiène hospitalière ;
 - Réunir l'ensemble des textes territoriaux au sein d'un Code de la santé territorial ;
 - Mettre en place le réseau informatique santé et développer la télémédecine dont l'objectif est d'optimiser la prise en charge des patients polynésiens et de désenclaver les structures de soins périphériques. Le projet regroupe plusieurs applications de télémédecine, comme par exemple :
 - le dossier médical communicant, qui permet aux professionnels de santé de partager de façon sécurisée un certain nombre de données médico-administratives,
 - le projet de téléradiologie du CHT, avec transmission à distance d'images médicales entre les hôpitaux polynésiens et les centres d'expertise métropolitains,
 - le projet de télé-enseignement, avec installation d'un canal d'enseignement audiovisuel à distance entre l'Institut de formation en soins infirmiers et l'hôpital d'Uturoa,
 - le projet de téléconsultation par WebCam ;
 - Mettre en place un recueil de données et instaurer un tableau de bord des indicateurs sanitaires et socio-économiques :
 - extension du P.M.S.I. (Programme de Médicalisation du Système d'Information), déjà opérationnel au CHT, aux cliniques privées et à l'hôpital d'Uturoa,
 - organisation du système d'échanges de données entre les différents acteurs ;
 - Mettre en place des instances techniques communes dans les domaines de la sécurité sanitaire, de l'hygiène, de la pharmaco-vigilance et de la matéro-vigilance.;
 - Mieux coordonner l'acquisition et l'utilisation d'équipements techniques spécialisés afin d'assurer les meilleures conditions d'achat, et la meilleure maintenance au moindre coût. L'utilisation des équipements lourds devra être ouverte à tous les professionnels de santé compétents, dans un cadre conventionnel ;
 - Développer la formation continue dans un cadre organisé ;
 - Mettre en place une politique d'évaluation des pratiques avec recours éventuel à des missions extérieures d'expertises.
- ▶ Réorganiser les évacuations sanitaires, en particulier extérieures au Territoire, de manière à ce que les usagers aient un interlocuteur unique, avec une prise en charge qui soit globale, incluant le volet social.

III – *Le dispositif de santé :
amélioration de la qualité des soins
et maîtrise de l'évolution des dépenses de santé*

La qualité des soins dispensés à chaque individu est, plus qu'un souci, une obsession pour tout responsable de santé. La qualité des soins dépend de la compétence de celui qui les dispense et des moyens qui lui sont offerts. Dans un pays aux caractéristiques géographiques aussi particulières, l'organisation du système de santé joue un rôle essentiel et la recherche de son amélioration doit être constante.

Les moyens sont limités et souvent n'existent, dès qu'il s'agit de spécialités particulières ou de matériel lourd, qu'en un seul exemplaire sur le territoire. Pour atteindre ce but, la complémentarité et le partenariat entre les différents acteurs du système de santé sont essentiels.

L'amélioration de la qualité des soins exige l'optimisation des moyens mis à la disposition des professionnels et de la population. La nécessaire maîtrise des coûts ne peut se limiter au gel de l'existant mais doit intervenir dans le cadre d'une évolution maîtrisée et harmonieuse de l'offre de santé.

Objectifs

- Améliorer la qualité des soins, pour cela :
 - améliorer la qualité des soins hospitaliers ; ceci passe obligatoirement par une coopération entre les différents établissements, publics et privés,
 - améliorer l'accès aux soins des populations isolées ;
- Maîtriser l'évolution des dépenses de santé.

Stratégies d'action

- Evaluer, dans une perspective d'amélioration, les résultats concrets des mesures réglementaires prises récemment en ce domaine, en coopération avec les différents acteurs ;
- Appréhender l'organisation des soins dans le cadre d'une approche globale.

Les différents niveaux du schéma d'organisation des soins doivent se compléter pour qu'une offre de soins harmonieuse soit mise en place. Pour chacun d'eux, la place et le rôle respectif des secteurs publics et privés doivent être précisés et le souci de développer le partenariat et la complémentarité entre eux doit être permanent.

- Le système hospitalier :

- Moderniser et renforcer les moyens des différents éléments, publics et privés, du système hospitalier pour qu'il constitue un pôle d'excellence dans le système de santé polynésien car il en constitue l'étape ultime ;
- Reconstruire sur le site "Jean-Prince" le C.H.T., l'hôpital psychiatrique et le centre de transfusion sanguine, pour en faire des établissements modernes, adaptés aux besoins de notre époque ;
- Définir le rôle et la place des hôpitaux périphériques de Uturoa et Taiohae, et la forme que peut prendre le nécessaire partenariat à développer avec le Centre hospitalier territorial ;

- Inciter et aider les cliniques privées à entreprendre un effort de modernisation dans les domaines de l'environnement technique, de l'hygiène, des systèmes d'information médicale et de la qualification du personnel soignant ;

- Les autres pôles du schéma d'organisation des soins

- Mettre en place progressivement une astreinte permanente médicalisée partout où cela est possible ;
- Définir les niveaux de soins qui incombent aux différentes structures publiques périphériques en fonction de leur compétence et de leurs moyens ;
- Développer les centres de moyen séjour, les alternatives à l'hospitalisation et les soins à domicile pour que les établissements hospitaliers de court séjour puissent se consacrer véritablement à leurs missions ;
- Poursuivre l'amélioration progressive de la qualité des soins offerts, notamment aux populations des îles dépourvues de médecin :
 - en s'attachant à la formation des personnels,
 - en remplaçant les agents en poste par d'autres de qualification supérieure (auxiliaire de santé par infirmiers et infirmiers par médecins),
 - en créant des postes supplémentaires,
 - en augmentant la fréquence des tournées médicales et en les diversifiant ;
- Mettre en place ou optimiser les outils d'organisation.
- Réviser les moyens de régulation du schéma d'organisation des soins
 - la carte sanitaire qui fixe les besoins en lits et places par discipline,
 - le schéma directeur des équipements sanitaires pour prendre en compte les constructions réalisées ou en cours, et les nouveaux besoins ;
- Définir des normes hospitalières, indispensables au renforcement des contrôles et des inspections des structures de soins, les domaines à traiter en priorité étant l'anesthésie et l'hygiène hospitalière ;
- Réunir l'ensemble des textes territoriaux au sein d'un code de la santé territorial. Certains textes devront venir compléter le dispositif existant, en particulier en matière de réglementation des professions ;
- Mettre en place le réseau informatique santé et développer la télémédecine dont l'objectif est d'optimiser la prise en charge des patients polynésiens et de désenclaver les structures de soins périphériques (voir section IV).
- Développer une politique de coordination entre les différents acteurs avec :
 - la mise en place d'un recueil de données et l'instauration d'un tableau de bord comprenant des indicateurs sanitaires et socio-économiques, indispensables pour pouvoir adapter au mieux l'offre de soins aux besoins et évaluer l'activité des acteurs de santé : la création de l'observatoire de la santé en a été la première étape, l'extension du P.M.S.I. (6), déjà opérationnel au

C.H.T., aux cliniques privées et à l'hôpital de Uturoa, de Taravao et de Taiohae en constitue la deuxième ;

- l'organisation du système d'échanges de données entre les différents acteurs ;

(6) Programme de médicalisation du système d'information.

- *Mettre en place des instances techniques communes* dans les domaines de la sécurité sanitaire, de l'hygiène, de la pharmaco-vigilance et de la matério-vigilance. Ces domaines très techniques justifient un regroupement des compétences et des moyens, épars dans les différentes structures, dans un souci de dynamisation et d'efficacité ;
- *Mieux coordonner l'acquisition et l'utilisation d'équipements techniques spécialisés* afin d'assurer les meilleures conditions d'achat, et la meilleure maintenance au moindre coût. Chaque fois que possible, l'uniformisation

du parc matériel devra être recherchée, de manière consensuelle.

Quel que soit l'organisme qui les aura mis en place, l'utilisation des équipements lourds devra être ouverte à tous les professionnels de santé compétents, dans un cadre conventionnel ;

- *Développer la formation continue dans un cadre organisé ;*
- *Mettre en place une politique d'évaluation des pratiques* avec recours éventuel à des missions extérieures d'expertise ;
- *Réorganiser les évacuations sanitaires*, en particulier extérieures au territoire, de manière à ce que les usagers aient un interlocuteur unique, avec une prise en charge qui soit globale, incluant le volet social.

L'OUTIL PRIVILÉGIÉ

LE RESEAU SANTE POLYNESIE (RSP)

OBJECTIFS

- Amélioration de la qualité des soins et du suivi du patient ;
- Maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, par une prise en charge précoce du patient, une diminution des examens redondants, une meilleure maîtrise des EVASAN et une réduction des coûts de gestion de l'Assurance maladie (feuille de soins et facturation électroniques) ;
- Désenclavement des populations isolées (applications associées de télé-médecine) ;
- Nouvel outil de santé publique : recueil en temps réel des données médico-administratives (codage des actes et des pathologies), suivi en temps réel de situations épidémiques, mise en commun des bases de données existantes ;
- Outil sécurisé de communication interprofessionnelle et de formation professionnelle à distance.

STRATÉGIES D'ACTION

- Mise en place de la **phase de validation (pilote)** du projet, qui réunit un échantillon représentatif de volontaires (médecins hospitaliers et libéraux, biologistes, radiologues, chercheurs, pharmaciens), réparti sur plusieurs régions du Territoire (Tahiti, Moorea, Raiatea). Elle met en œuvre plusieurs applications de télé-médecine :
 - le dossier médical communicant, qui permet aux professionnels de santé de partager de façon sécurisée un certain nombre de données médico-administratives ;
 - les applications de santé publique : modules d'alerte et de recueil épidémiologique, groupes de travail, formation paramédicale ;
 - le projet de télé-radiologie du CHT, avec transmission à distance d'images médicales entre les hôpitaux polynésiens et les centres d'expertise métropolitains ;
 - le projet de télé-enseignement, avec installation d'un canal d'enseignement audiovisuel à distance entre l'Institut de formation en soins infirmiers et l'hôpital d'Uturoa ;
 - le projet de téléconsultation par kit de visioconférence ;
 - la feuille de soins et la facturation électroniques.
 - Une fois passée la phase de validation et d'ajustement, mise en œuvre de la **phase de montée en charge**, étendant progressivement la connexion au réseau à l'ensemble des professionnels de santé polynésiens, et intégrant au fur et à mesure les bases de données existantes (Registre du Cancer, base de données du RAA) et les projets en gestation (hémodialyse, maladies respiratoires, suivi scolaire, suivi infirmier...)
- Parallèlement à la phase de montée en charge, création de la **structure consensuelle** (groupement d'intérêt public par exemple) destinée à gérer le serveur médical central..

IV – Un outil privilégié : Le réseau santé Polynésie

L'optimisation de l'outil de santé polynésien passe par une meilleure communication entre les différents acteurs, professionnels de santé au sens large : médecins, paramédicaux, agents de santé publique, administratifs...

Le réseau santé Polynésie ou RSP, en gestation depuis 1997, est le versant santé du projet METU@ de mise en œuvre des nouvelles technologies d'information et de communication en Polynésie Française. Il propose de rassembler ces différents acteurs en un réseau informatique sécurisé, s'appuyant sur la technologie Internet, dans un but commun d'une meilleure prise en charge du patient polynésien.

Outre sa vocation propre, le réseau santé Polynésie constitue l'un des vecteurs de l'informatisation des structures de soins publiques et privées, au niveau administratif et médical, et de l'échange des données issues de la mise en place du P.M.S.I. (7). Il propose également une plate-forme pour les sites Web institutionnels et professionnels, dont il encourage la création. Il est donc à ce titre un outil privilégié d'amélioration du dispositif de santé et de maîtrise de l'évolution des dépenses.

(7) Programme de médicalisation des systèmes d'information, voir section précédente.

Objectifs

- Amélioration de la qualité des soins et du suivi du patient ;
- Maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, par une prise en charge précoce du patient, une diminution des examens redondants, une meilleure maîtrise des EVASAN et une réduction des coûts de gestion de l'assurance maladie (feuille de soins et facturation électroniques) ;
- Désenclavement des populations isolées (applications associées de télémédecine) ;
- Nouvel outil de santé publique : recueil en temps réel des données médico-administratives (codage des actes et des pathologies), suivi en temps réel de situations épidémiques, mise en commun des bases de données existantes ;

- Outil sécurisé de communication interprofessionnelle et de formation professionnelle à distance.

Stratégies d'action

- Mise en place de la phase de validation (pilote) du projet, qui réunit un échantillon représentatif de volontaires (médecins hospitaliers et libéraux, biologistes, radiologues, chercheurs, pharmaciens), réparti sur plusieurs régions du territoire (Tahiti, Moorea, Raiatea). Elle met en œuvre plusieurs applications de télémédecine :
 - le dossier médical communicant, qui permet aux professionnels de santé de partager de façon sécurisée un certain nombre de données médico-administratives ;
 - les applications de santé publique : modules d'alerte et de recueil épidémiologique, groupes de travail, formation paramédicale ;
 - le projet de téléradiologie du C.H.T., avec transmission à distance d'images médicales entre les hôpitaux polynésiens et les centres d'expertise métropolitains ;
 - le projet de télé-enseignement, avec installation d'un canal d'enseignement audiovisuel à distance entre l'Institut de formation en soins infirmiers et l'hôpital de Uturoa ;
 - le projet de téléconsultation par kit de visioconférence ;
 - la feuille de soins et la facturation électroniques.
 - Une fois passée la phase de validation et d'ajustement, mise en œuvre de la phase de montée en charge, étendant progressivement la connexion au réseau à l'ensemble des professionnels de santé polynésiens, et intégrant au fur et à mesure les bases de données existantes (registre du cancer, base de données du R.A.A. (8)) et les projets en gestation (hémodialyse, maladies respiratoires, suivi scolaire, suivi infirmier...)
- (8) Rhumatisme articulaire aigu.

Parallèlement à la phase de montée en charge, création de la structure consensuelle (groupement d'intérêt public par exemple) destinée à gérer le serveur médical central.

Tableau synoptique des autres actions à instaurer ou à renforcer

1 LES MALADIES TRANSMISSIBLES

- Le SIDA
- Le rhumatisme articulaire aigu
- La dengue
- La filariose
- La tuberculose

2 LES CANCERS

- La prévention
 - les cancers gynécologiques
 - les cancers broncho-pulmonaires.
- La prise en charge
- La recherche
 - les cancers de la thyroïde

3 LA SANTE MATERNELLE

- Le projet parental
- Le suivi de grossesse

4 LA SANTE MENTALE ADULTE

5 LES PERSONNES DEPENDANTES

6 LA TRANSPLANTATION

7 LA GENETIQUE MEDICALE

- La banque d'ADN ;
- La consultation de conseil génétique.

LES AUTRES ACTIONS A INSTAURER OU A RENFORCER

LES MALADIES TRANSMISSIBLES

SIDA	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU	DENGUE	FILARIOSE	TUBERCULOSE
<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduction de l'incidence des nouveaux cas d'infection à V.I.H. diagnostiqués au-dessous de 5 cas par an ; ▶ Augmentation de la fréquence d'utilisation de préservatifs, en particulier lors des premiers rapports sexuels et lors des rapports avec des partenaires occasionnels. Ces deux indicateurs devront évoluer de 50 % actuellement à 75 % en 2005. Ceci devrait également se traduire par une augmentation de l'importation de préservatifs d'environ 300 000 actuellement à 500 000 en 2005 ; ▶ Augmentation du recours aux Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits (C.D.A.G.) de 1,8 actuellement à 4/1000 habitants en 2005. L'augmentation du dépistage volontaire permettra une plus grande précocité des diagnostics et réduira la proportion de cas diagnostiqués à un stade de sida de 20 % actuellement à 10 % en 2005. 	<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduction de l'incidence des nouveaux cas de 2/3 (de 100 par an actuellement à 30 en 2005) ; ▶ Réduction de la proportion de cas dépistés au stade de séquelle valvulaire, (de 30 % actuellement à moins de 20 % en 2005) ; ▶ Maintien d'un taux de rechute inférieur à 1 %. 	<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduction de l'impact des épidémies de dengue. 	<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elimination de la filariose lymphatique en 2005 ; ▶ Augmentation de l'observance au traitement dans la population adulte au-dessus de 90 % ; ▶ Obtention d'un taux de prévalence de l'antigénémie inférieur à 1 % dans les sites sentinelles à forte prévalence (Iles Sous Le Vent et Marquises). 	<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Retrouver un taux de décroissance annuel d'au moins 7 %, soit réduire cette incidence de 48 cas/100.000 habitants en 1999 à 30 cas/100.000 en 2005 ; ▶ Obtenir un taux de 95 % de supervision directe du traitement des tuberculeux ; ▶ Réaliser, pour tous les cas de tuberculose diagnostiqués, une enquête de dépistage complète dans les 6 mois suivant leur déclaration.
<p>STRATÉGIES D'ACTION</p> <p><i>En complément des actions déjà citées dans le chapitre concernant les adolescents :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Structurer et renforcer les actions de prévention du sida : multiplier les collaborations avec les partenaires ; ▶ Développer un réseau de soins pour améliorer la prise en charge et le suivi psychosocial des personnes infectées ; Maintenir un bon niveau d'information et améliorer la perception du risque ; ▶ Agir sur les vulnérabilités qui font obstacle à l'adoption de comportements de prévention (sérvices sexuels, acceptation sociale de l'homosexualité, ...) ; ▶ Développer les actions de proximité, en particulier auprès des prostituées (racrae et filles de bar) ; ▶ Promouvoir le dépistage volontaire et améliorer l'accessibilité des CDAG en augmentant leur nombre ; ▶ Elargir les circuits de distribution des préservatifs ; ▶ Mettre en place une surveillance épidémiologique fiable pour suivre l'évolution des Maladies Sexuellement Transmissibles (M.S.T.) qui constituent un bon indicateur de comportements à risque ; ▶ Renouveler en 2005 l'enquête " sexualité - sida " pour suivre l'évolution des comportements de prévention. 	<p>STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Mettre en place un comité technique du R.A.A. pour orienter et évaluer les actions ; ▶ Etudier : <ul style="list-style-type: none"> - la fréquence du portage du streptocoque dans les angines, pharyngites et rhino-pharyngites, - la fréquence des infections à streptocoque A dans les infections cutanées, - les caractéristiques des souches de streptocoques circulant en Polynésie française, - les obstacles au traitement correct des angines (accessibilité aux soins, mauvaise observance, recours à la médecine traditionnelle, ...) ; ▶ Intégrer dans le programme une réflexion sur le bon usage des antibiotiques dans les infections O.R.L. ; ▶ Redéfinir le programme de prévention du R.A.A. et de ses rechutes comme un programme intégré (sur le modèle du programme de lutte contre la tuberculose). 	<p>STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Elaborer un plan de lutte antivectorielle intégrant des outils d'évaluation ; ▶ Recentrer les activités actuelles sur les zones et les populations à risque ; ▶ Appliquer les mesures de surveillance prescrites par le Règlement Sanitaire International ; ▶ Recruter un entomologiste médical pour coordonner ces activités. 	<p>STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Campagnes annuelles de distribution de Nolézinc (6 mg/kg) associée à l'albendazole (400 mg) ; ▶ Mise en place par l'Institut Malarde d'une surveillance des sites sentinelles. 	<p>STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Poursuivre la démarche de coordination engagée par l'intermédiaire du comité de lutte contre la tuberculose et du Groupe d'Intervention et d'Epidémiologie de Terrain (G.I.T.E.), qui assure la cohérence des actions menées auprès de tous les intervenants sanitaires ; ▶ Améliorer l'observance du traitement antituberculeux à travers une supervision directe par un tiers de la prise médicamenteuse telle que préconisée par l'O.M.S. ; ▶ Optimiser les enquêtes de dépistage autour d'un cas : <ul style="list-style-type: none"> - identifier et traiter les cas de tuberculose chez toutes les personnes en contact étroit avec le malade, - identifier les cas d'infection et leur administrer une chimioprophylaxie pour prévenir l'apparition secondaire d'une tuberculose.

I - Les maladies transmissibles

Les actions de prévention menées depuis des décennies ont permis une baisse de la fréquence et de la gravité de la majorité des maladies infectieuses. Il convient toutefois d'être prudent. En effet, face à de bons résultats, la plupart des pays ont fait preuve dans les années 70 d'un optimisme excessif qui les a conduit à un relâchement progressif des activités de prévention.

En Polynésie française, l'exemple de la tuberculose et de la filariose montrent que, après des résultats spectaculaires, toute réduction dans les moyens attribués à la prévention se traduit rapidement par une résurgence de la maladie. La "transition épidémiologique" ne doit donc pas conduire à négliger la lutte contre les maladies infectieuses.

Les priorités

Les problèmes de santé liés aux maladies transmissibles ont été classés par ordre de priorité décroissante en fonction de leur incidence, de leur gravité, de leur potentiel de développement et de la nécessité d'adapter les programmes actuellement existants.

Le Sida constitue une priorité majeure du fait de la menace que fait peser l'épidémie sur les sociétés qui n'adoptent pas un niveau élevé de comportements de prévention (voir santé de l'adolescent).

Le R.A.A. qui, malgré la baisse importante de l'incidence depuis 5 ans, persiste à un niveau élevé, et ceci en dépit des campagnes d'information et de la diffusion de protocoles standardisés de traitement. L'intégration du service du R.A.A. dans l'Institut de cardiologie suppose également de redéfinir la place des différents acteurs.

La dernière épidémie de dengue de 1997, avec près de 15.000 cas, a montré que cette maladie constitue une menace épidémique permanente dont le potentiel de gravité (formes hémorragiques) est de plus en plus important.

L'élimination de la filariose fait l'objet d'un nouveau programme qui vient d'être approuvé par l'assemblée de Polynésie française. Il s'intègre dans une stratégie mondiale d'élimination de la filariose lymphatique.

La lutte contre la tuberculose a été restructurée en 1998. Ce programme a besoin d'être soutenu.

Les infections respiratoires et cutanées sont traitées au chapitre "Santé de l'enfant".

Les acquis à renforcer

Il est par ailleurs nécessaire de renforcer les acquis des autres programmes de prévention des maladies infectieuses :

Le calendrier vaccinal chez l'enfant a été récemment réactualisé et la couverture vaccinale est très bonne. La vaccination contre la grippe des groupes à risque de complications est à instaurer.

Les infections nosocomiales, très récemment prises en compte sur le territoire, ont déjà fait l'objet de mesures : création de comités de lutte contre les infections nosocomiales (C.L.I.N.) dans chaque établissement de soins public ou privé et diffusion d'un "livret d'hygiène". Ces actions constituent les prémices à des politiques de prévention qu'il reste à développer au sein de chaque établissement.

La leptospirose est difficilement accessible à une prévention réellement efficace. Les actions menées en 1998 sur les décharges sauvages à proximité des cours d'eau et sur les porcheries méritent d'être poursuivies. La létalité de cette maladie peut être réduite en disposant de méthodes de diagnostic précoce.

Une activité transversale : la surveillance épidémiologique

L'adaptation régulière des programmes de prévention suppose de disposer d'informations épidémiologiques de bonne qualité. L'évolution de la situation épidémiologique et l'inadéquation de la surveillance pour certaines maladies nécessitent de revoir l'organisation globale de la surveillance des maladies infectieuses.

Les actions à mettre en place sont les suivantes :

- réviser les mesures réglementaires concernant les maladies à déclaration obligatoire ;
- créer ou adapter les systèmes de surveillance afin de mieux répondre aux objectifs de santé publique ; améliorer la coordination entre eux et les évaluer régulièrement ;
- informer et former les professionnels de santé et notamment réaliser un guide sur la surveillance et la conduite à tenir en situation épidémique pour certaines maladies.

1°) - Sida

Le point sur la situation

Seules les sociétés qui ont adopté un niveau élevé de comportements de prévention, sont parvenues à ralentir la propagation du V.I.H., sans l'arrêter totalement.

Si l'incidence des nouveaux cas d'infection à V.I.H. s'est stabilisée depuis 1996 (en moyenne 6 nouveaux cas/an), cette situation n'est pas rassurante : le virus s'est installé sur le territoire et diffuse dans la population hétérosexuelle, de façon plus marquée depuis 1990. Du fait de l'absence de signes cliniques pendant de nombreuses années après la contamination, il existe très certainement des personnes infectées qui l'ignorent.

La population a manifestement compris la menace que représente l'épidémie de Sida. En effet, lors de la "consultation populaire", le Sida a été placé en troisième position des problèmes de santé.

L'étude réalisée en 1999 sur les comportements sexuels et la prévention du Sida montre que les comportements de prévention ont évolué de façon importante. Cependant, ils sont encore trop faibles et il reste encore du chemin à parcourir.

Objectifs

- Réduction de l'incidence des nouveaux cas d'infection à V.I.H. diagnostiqués au-dessous de 5 cas par an ;
- Augmentation de la fréquence d'utilisation de préservatifs, en particulier lors des premiers rapports sexuels et lors des rapports avec des partenaires occasionnels. Ces deux indicateurs devront évoluer de 50 % actuellement à 75 % en 2005. Ceci devrait également se traduire par une augmentation de l'importation de préservatifs d'environ 300.000 actuellement à 500.000 en 2005 ;
- Augmentation du recours aux centres de dépistage anonymes et gratuits (C.D.A.G.) de 1,8 actuellement à 4/1000 habitants en 2005. L'augmentation du dépistage volontaire permettra une plus grande précocité des diagnostics et réduira la proportion de cas diagnostiqués à un stade de Sida de 20 % actuellement à 10 % en 2005.

Stratégies d'action

En complément des actions déjà citées dans le chapitre concernant les adolescents :

- Structurer et renforcer les actions de prévention du Sida : multiplier les collaborations avec les partenaires ;
- Développer un réseau de soins pour améliorer la prise en charge et le suivi psychosocial des personnes infectées ; maintenir un bon niveau d'information et améliorer la perception du risque ;
- Agir sur les vulnérabilités qui font obstacle à l'adoption de comportements de prévention (séances sexuels, acceptation sociale de l'homosexualité, ...)
- Développer les actions de proximité, en particulier auprès des prostituées (raerae et filles de bar) ;
- Promouvoir le dépistage volontaire et améliorer l'accessibilité des C.D.A.G. en augmentant leur nombre ;
- Elargir les circuits de distribution des préservatifs ;
- Mettre en place une surveillance épidémiologique fiable pour suivre l'évolution des maladies sexuellement transmissibles (M.S.T.) qui constituent un bon indicateur de comportements à risque ;
- Renouveler en 2005 l'enquête "sexualité-Sida" pour suivre l'évolution des comportements de prévention.

2°) - *Rhumatisme articulaire aigu (R.A.A.)**Le point sur la situation*

Une baisse importante de l'incidence des nouveaux cas de R.A.A. a été observée depuis 5 ans. Cependant, elle reste élevée (1,2 cas/1.000 enfants âgés de 5 à 19 ans) en dépit des campagnes d'information et de la diffusion de protocoles standardisés de traitement. La proportion de rechutes est faible, inférieure à 1 % des cas sous traitement.

La prévention primaire repose actuellement sur :

- le protocole classique de traitement antibiotique des angines et pharyngites, élargi en Polynésie française aux rhino-pharyngites,
- des messages incitatifs, régulièrement diffusés lors de spots télévisés.

Comme dans la majorité des pays, plus des 2/3 des cas ne sont pas consécutifs à une pharyngite symptomatique ; ainsi, la focalisation du programme sur le traitement des seules angines n'est probablement pas suffisante. Plusieurs hypothèses, jamais étudiées, sont régulièrement soulevées : rôle des autres portes d'entrée du streptocoque (pyodermites), apparition de résistance des streptocoques à certains antibiotiques. Enfin, la connaissance du risque par la population ne saurait être une condition suffisante pour l'adoption de comportements de prévention.

L'intégration du service du R.A.A. dans l'institut de cardiologie nécessite de redéfinir la place des différents acteurs.

Objectifs

- Réduction de l'incidence des nouveaux cas de 2/3 (de 100 par an actuellement à 30 en 2005) ;
- Réduction de la proportion de cas dépistés au stade de séquelle valvulaire, (de 30 % actuellement à moins de 20 % en 2005) ;
- Maintien d'un taux de rechute inférieur à 1 %.

Stratégies d'action

- Mettre en place un comité technique du R.A.A. regroupant les différents partenaires impliqués dans la

prévention et le traitement de cette maladie (cardiologues, pédiatres, microbiologistes, épidémiologistes, médecins de santé publique, dentistes, ...) pour orienter et évaluer les actions ;

- Etudier :
 - la fréquence du portage du streptocoque dans les angines, pharyngites et rhino-pharyngites,
 - la fréquence des infections à streptocoque A dans les infections cutanées,
 - les caractéristiques des souches de streptocoques circulant en Polynésie française,
 - les obstacles au traitement correct des angines (accessibilité aux soins, mauvaise observance, recours à la médecine traditionnelle, ...)
- Intégrer dans le programme une réflexion sur le bon usage des antibiotiques dans les infections O.R.L. ;
- Redéfinir le programme de prévention du R.A.A. et de ses rechutes comme un programme intégré (sur le modèle du programme de lutte contre la tuberculose).

3°) - *Dengue**Le point sur la situation*

En l'absence de vaccin, la lutte antivectorielle reste la pierre angulaire de la prévention. Or, la surveillance entomologique est embryonnaire et la lutte antivectorielle mal ciblée.

Un audit des activités de lutte antivectorielle réalisé en 1999 souligne l'inadéquation des activités actuelles et l'absence d'indicateurs d'évaluation ; il indique les nouvelles orientations à leur donner.

Objectif

- Réduction de l'impact des épidémies de dengue.

Stratégies d'action

- Elaborer un plan de lutte antivectorielle intégrant des outils d'évaluation ;
- Recentrer les activités actuelles sur les zones et les populations à risque ;
- Appliquer les mesures de surveillance prescrites par le règlement sanitaire international ;
- Recruter un entomologiste médical pour coordonner ces activités.

4°) - *Filariose**Le point sur la situation*

Dans la mesure où il n'existe pas de vaccin, où les infections sont habituellement asymptomatiques et où le vecteur est fortement présent sur le territoire, l'élimination de la maladie repose sur une plus grande efficacité du traitement. Cela suppose d'offrir un traitement plus efficace que la Notézine seule et d'augmenter la prise du traitement par la population adulte.

Un plan régional de l'élimination de la filariose lymphatique (Pac.E.L.F.) a été élaboré avec le concours de l'O.M.S. et du secrétariat de la communauté du Pacifique. La stratégie retenue est l'association Albendazole-Notézine.

Le programme d'élimination de la filariose vient d'être approuvé par l'Assemblée de Polynésie française.

Objectifs

- Elimination de la filariose lymphatique en 2005 ;
- Augmentation de l'observance au traitement dans la population adulte au-dessus de 90 % ;
- Obtention d'un taux de prévalence de l'antigénémie inférieur à 1 % dans les sites sentinelles à forte prévalence (îles Sous-le-Vent et Marquises).

Stratégies d'action

- Campagnes annuelles de distribution de Notézine (6 mg/kg) associée à l'Albendazole (400 mg) ;
- Mise en place par l'Institut Malardé d'une surveillance des sites sentinelles.

5° - Tuberculose

Le point sur la situation

Depuis le début des années 80, on assiste à une stabilisation de l'incidence de la tuberculose. Des actions de prévention efficaces devraient entraîner une diminution de celle-ci de 7 % par an, taux considéré comme reflétant la bonne efficacité d'un programme antituberculeux en pays développé.

En juin 1998, la lutte contre la tuberculose a été réorganisée en intégrant ses activités dans celles des structures de la santé publique, avec une coordination accrue des différents acteurs.

Objectifs

- Retrouver un taux de décroissance annuel d'au moins 7 %, soit réduire cette incidence de 48 cas/100.000 habitants en 1999 à 30 cas/100.000 en 2005 ;
- Obtenir un taux de 95 % de supervision directe du traitement des tuberculeux ;
- Réaliser, pour tous les cas de tuberculose diagnostiqués, une enquête de dépistage complète dans les 6 mois suivant leur déclaration.

Stratégies d'action

- Poursuivre la démarche de coordination engagée par l'intermédiaire du comité de lutte contre la tuberculose et du groupe d'intervention et d'épidémiologie de terrain (G.I.T.E.), qui assure la cohérence des actions menées auprès de tous les intervenants sanitaires ;
- Améliorer l'observance du traitement antituberculeux à travers une supervision directe par un tiers de la prise médicamenteuse telle que préconisée par l'O.M.S. ;
- Optimiser les enquêtes de dépistage autour d'un cas :
 - identifier et traiter les cas de tuberculose chez toutes les personnes en contact étroit avec le malade,
 - identifier les cas d'infection et leur administrer une chimioprophylaxie pour prévenir l'apparition secondaire d'une tuberculose.

LES CANCERS

PRÉVENTION

OBJECTIFS

Les cancers gynécologiques

- ▶ Augmentation de la proportion des cancers gynécologiques détectés précocement. La qualité des données recueillies doit être améliorée (en particulier sur le stade de découverte des cancers). Des indicateurs apportant des informations sur le suivi et la prise en charge des patientes doivent être développés.

Les cancers broncho-pulmonaires

- ▶ Diminution du tabagisme chez les femmes et les jeunes.

STRATÉGIES D'ACTION

Les cancers gynécologiques

- ▶ Augmenter le nombre de femmes bénéficiant d'un examen gynécologique, pour cela :
 - réaliser de manière systématique, au cours des consultations médicales, un examen gynécologique de qualité,
 - développer un protocole standard, établi par un comité d'experts, précisant les modalités de cette détection précoce,
 - former les professionnels de santé,
 - sensibiliser les femmes à la nécessité de ces examens ;
- ▶ Améliorer le recueil et l'exploitation des données.

Les cancers broncho-pulmonaires

- ▶ Réaliser des actions inspirées de celles mises en place dans d'autres pays, et dont l'efficacité a été démontrée, orientées vers :
 - la réglementation (étiquetage et emballage, réseaux de distribution, protection des non-fumeurs, politique des prix ...),
 - l'information,
 - le développement de l'aide au sevrage tabagique

PRISE EN CHARGE

OBJECTIFS

- ▶ Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, aussi bien en Polynésie Française qu'à l'étranger.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ la réalisation de la chimiothérapie sur le Territoire
 - agréer des sites pour la réalisation de la chimiothérapie, en fonction des critères définis, ce qui implique la qualification du personnel, donc sa formation, et l'aménagement des locaux,
 - centraliser la réalisation des préparations au C.H.T., d'où la nécessité de garantir les conditions de conservation et de transport des produits ;
- ▶ l'amélioration de la prise en charge des patients, en particulier hors du Territoire
 - réaliser une évaluation quantitative et qualitative de l'application de la convention avec l'I.G.R.,
 - améliorer l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer qui bénéficient d'une évacuation sanitaire extérieure au Territoire ;
- ▶ la collaboration entre les différents services
 - assurer la collaboration entre le C.H.T. et les services de la santé publique, par l'intermédiaire d'un oncologue, pour l'ensemble des activités concernant la cancérologie (formation, recueil de données, prévention, traitement) ;
- ▶ le développement des soins palliatifs, en particulier la lutte contre la douleur, l'humanisation de la prise en charge des patients en fin de vie et l'accompagnement des familles.

Il faut pour cela :

 - sensibiliser et former les professionnels,
 - nommer des référents dans chaque établissement,
 - informer l'ensemble des acteurs concernés.

RECHERCHE

OBJECTIFS

- ▶ Acquisition des données épidémiologiques sur les cancers de la thyroïde.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Réaliser une étude étiologique de type cas/témoins par une équipe reconnue

II - Les cancers

Le point sur la situation

Les cancers sont responsables d'environ 220 décès par an et constituent la deuxième cause de mortalité, tous âges confondus, et la première cause de mortalité, chez les 25-64 ans.

Les sites responsables du plus grand nombre de décès par cancer sont le poumon et le sein.

Chez l'homme, environ 35 % des décès par tumeur résultent d'un cancer pulmonaire ; chez la femme, environ 20 % d'un cancer du sein et un peu plus de 15 % d'un cancer pulmonaire.

On compte plus de 300 nouveaux cas de cancers chaque année. Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont les cancers pulmonaires et les cancers de la prostate et chez la femme les cancers du sein, les cancers pulmonaires, les cancers du col de l'utérus et de la thyroïde.

Chez les femmes, la situation est particulièrement préoccupante : la fréquence des cancers du sein sur le territoire est proche de celle retrouvée en métropole, mais leur mortalité est plus élevée. Les cancers pulmonaires sont environ 6 fois plus fréquents, ceux de la thyroïde 5 fois et ceux du col de l'utérus 2 fois.

Les enquêtes effectuées auprès des professionnels et de la population montrent qu'ils sont encore peu sensibles à ce problème de santé, ce qui justifie d'initier rapidement des actions d'information.

Les priorités

- Trois types d'actions, portant sur la prévention, la prise en charge et la recherche, sont à développer ;
- Quatre types de cancers ont été identifiés comme prioritaires :
 - les cancers du sein et du col de l'utérus,
 - les cancers broncho-pulmonaires,
 - les cancers de la thyroïde.

1°) - La prévention

Les cancers gynécologiques

La stratégie proposée pour la prévention secondaire des cancers du sein et du col de l'utérus repose sur la réalisation périodique, au cours des consultations médicales, d'un examen gynécologique complet, comportant un examen des seins et la réalisation d'un frottis cervico-vaginal.

Il s'agit d'une première étape qui sera ultérieurement complétée pour atteindre progressivement le niveau des recommandations internationales émises dans ce domaine.

Objectif

- Augmentation de la proportion des cancers gynécologiques détectés précocement.

Indicateurs

- Les indicateurs proposés pour l'évaluation de cette stratégie de détection précoce sont :
 - le nombre et la qualité des frottis réalisés,
 - le nombre de cancers dépistés,
 - le nombre et le stade des cancers gynécologiques diagnostiqués.

La qualité des données recueillies doit être améliorée (en particulier sur le stade de découverte des cancers). Des indicateurs apportant des informations sur le suivi et la prise en charge des patientes doivent être développés.

Stratégies d'action

- Augmenter le nombre de femmes bénéficiant d'un examen gynécologique, pour cela :
 - réaliser de manière systématique, au cours des consultations médicales, un examen gynécologique de qualité ;
 - développer un protocole standard, établi par un comité d'experts, précisant les modalités de cette détection précoce ;
 - former les professionnels de santé ;
 - sensibiliser les femmes à la nécessité de ces examens ;
- Améliorer le recueil et l'exploitation des données.

Les cancers broncho-pulmonaires

La prévention des cancers broncho-pulmonaires repose sur la lutte contre le tabagisme.

Objectif

- Diminution du tabagisme chez les femmes et les jeunes.

Indicateurs

- Les indicateurs concernent les activités et les pratiques relatives au tabagisme. Ce sont :
 - le nombre et le type d'actions menées ;
 - le nombre de fumeurs parmi les jeunes (en particulier les jeunes femmes) ;
 - l'âge de début du tabagisme.

Stratégies d'action

- Réaliser des actions inspirées de celles mises en place dans d'autres pays, et dont l'efficacité a été démontrée, orientées vers :
 - la réglementation (étiquetage et emballage, réseaux de distribution, protection des non-fumeurs, politique des prix...);
 - l'information ;
 - le développement de l'aide au sevrage.

2°) - La prise en charge

Le point sur la situation

- Des mesures ont été proposées :
 - la pratique de la chimiothérapie uniquement dans des sites agréés ;
 - la centralisation des préparations au C.H.T. ;
 - le recrutement d'un oncologue.

Une convention avec l'Institut Gustave Roussy (I.G.R.) a été signée en 1998, afin d'améliorer la prise en charge des patients hors du territoire et d'identifier clairement des référents dans le domaine de la cancérologie.

Objectif

- Amélioration de la qualité de la prise en charge des patients, aussi bien sur le territoire qu'à l'extérieur.

Stratégies d'action

Les stratégies d'action concernent :

- la réalisation de la chimiothérapie sur le territoire
Certaines recommandations existent déjà, elles doivent être concrétisées. Il faut pour cela :

- agréer des sites pour la réalisation de la chimiothérapie, en fonction des critères définis, ce qui implique la qualification du personnel, donc sa formation, et l'aménagement des locaux ;
- centraliser la réalisation des préparations au C.H.T., d'où la nécessité de garantir les conditions de conservation et de transport des produits ;
- *l'amélioration de la prise en charge des patients, en particulier hors du territoire*
 - réaliser une évaluation quantitative et qualitative de l'application de la convention avec l'I.G.R.,
 - améliorer l'organisation de la prise en charge des patients atteints de cancer qui bénéficient d'une évacuation sanitaire extérieure au territoire ;
- *la collaboration entre les différents services*
 - assurer la collaboration entre le C.H.T. et les services de la santé publique, par l'intermédiaire d'un oncologue, pour l'ensemble des activités concernant la

- cancérologie (formation, recueil de données, prévention, traitement) ;
- *le développement des soins palliatifs* en particulier la lutte contre la douleur, l'humanisation de la prise en charge des patients en fin de vie et l'accompagnement des familles. Il faut pour cela :
 - sensibiliser et former les professionnels ;
 - nommer des référents dans chaque établissement ;
 - informer l'ensemble des acteurs concernés.

3°) - La recherche

Les cancers de la thyroïde chez les femmes semblent fréquents sans que les facteurs explicatifs en soient bien compris. Cela en fait une priorité de recherche.

Les données épidémiologiques sur les cancers de la thyroïde doivent être approfondies. Une étude étiologique de type cas/témoins par une équipe reconnue doit être réalisée.

LA SANTÉ MATERNELLE

INSCRIRE LA GROSSESSE DANS UN PROJET PARENTAL

OBJECTIFS

Objectif principal

- ▶ Diminution du nombre de grossesses non désirées.

Objectifs secondaires

- ▶ Diminution de 10 % du nombre de grossesses chez les 15-19 ans d'ici 2005 ;
- ▶ Diminution du nombre de grossesses rapprochées ;
- ▶ Diminution de la grande multiparité ;
- ▶ Égalité des femmes devant l'I.V.G.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ **Renforcer l'éducation sexuelle autour du thème : " Amour, sexualité et enfant désiré "**
 - former des relais en éducation sexuelle auprès des jeunes,
 - renforcer l'information en milieu scolaire tant au niveau de l'enseignement secondaire que du primaire,
 - médiatiser largement le sujet en associant les jeunes aux actions entreprises,
 - utiliser des supports publicitaires à l'occasion de manifestations sportives ;
- ▶ **Poursuivre le programme de planification familiale en facilitant l'accès à la contraception :**
 - former les professionnels de la santé à la prescription des contraceptifs,
 - favoriser l'accessibilité aux préservatifs ;
- ▶ **Encadrer le recours à l'I.V.G. par**
 - l'application de la loi Veil,
 - l'adaptation de la date limite légale de sa pratique tenant compte de l'éloignement géographique de certaines îles ;
- ▶ **S'associer à une réflexion sur l'adoption.**

RENFORCER LA QUALITÉ DU SUIVI DES GROSSESSES

OBJECTIF

- ▶ Renforcement du lien mère-enfant ;
- ▶ Amélioration des conditions d'accueil et de vie des femmes des îles qui viennent accoucher à Tahiti.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ **Améliorer l'accompagnement autour de la naissance par :**
 - le renforcement de la formation du personnel et de tous les professionnels et relais ayant à travailler autour de la santé maternelle,
 - l'amélioration de la coordination inter services,
 - le développement de consultations d'accompagnement psycho-social des grossesses,
 - l'attention particulière à porter à l'accompagnement des familles mono-nucléaires,
 - l'instauration de la visite postnatale obligatoire conditionnant le versement de la 3^{ème} tranche des allocations prénatales ;
- ▶ **Faciliter la prise en charge et l'accueil des femmes enceintes des îles par :**
 - l'amélioration de l'accessibilité aux consultations pré et postnatales, en multipliant les consultations itinérantes,
 - la prise en charge de l'accueil et de l'hébergement des familles, par la signature d'une convention entre la CPS et les pensions de famille,
 - le renforcement de la coordination entre les praticiens de Tahiti et des îles,
 - la réduction de la durée de séjour des femmes des îles qui viennent accoucher.

III - La santé maternelle

Le point sur la situation

Le programme de planification familiale a atteint ses objectifs, entraînant une diminution importante (15 %) de la natalité en quelques années, en particulier des grossesses chez les 15-19 ans (passées de 1 sur 7 à 1 sur 8). Par ailleurs 67 % des adolescentes utilisent actuellement des moyens contraceptifs, au lieu de 46 % il y a 6 ans.

Depuis quelques années, la direction de la santé préconise que tous les accouchements aient lieu dans des "structures agréées" disposant de moyens suffisants, pour limiter au maximum les risques pour la mère et l'enfant. Si maintenant 90 % des accouchements ont lieu dans de telles conditions, cela génère, pour les femmes résidant sur des îles dépourvues de telles structures, des problèmes sociaux et familiaux parfois importants, liés à des évacuations souvent longues, en dehors de l'environnement familial habituel.

Sur la situation de l'I.V.G. en Polynésie française, voir le chapitre consacré aux adolescents "sexualité et parenté responsable".

Les priorités

S'il convient de maintenir les actions prévues par ce programme, et en particulier celles visant à diminuer le nombre de grossesses chez les adolescentes, le but essentiel des acteurs pour les 5 prochaines années est d'améliorer la qualité du suivi de la grossesse.

Pour cela, deux axes stratégiques sont retenus :

1°) - Inscrire la grossesse dans un projet parental

Les grossesses non désirées sont des grossesses à risques qui sont liées soit à l'échec de la méthode contraceptive utilisée, soit à l'absence d'utilisation d'une contraception. Afin de les éviter, il faut renforcer les actions d'information, notamment auprès des adolescents et faciliter l'accès aux moyens de contraception.

Objectif principal

- Diminution du nombre de grossesses non désirées.

Objectifs secondaires

- Diminution de 10 % du nombre de grossesses chez les 15-19 ans d'ici 2005 ;
- Diminution du nombre de grossesses rapprochées ;
- Diminution de la grande multiparité ;
- Egalité des femmes devant l'I.V.G.

Stratégies d'action

- Renforcer l'éducation sexuelle autour du thème : "Amour, sexualité et enfant désiré"
 - former des relais en éducation sexuelle auprès des jeunes,
 - renforcer l'information en milieu scolaire tant au niveau de l'enseignement secondaire que du primaire,
 - médiatiser largement le sujet en associant les jeunes aux actions entreprises,

- utiliser des supports publicitaires à l'occasion de manifestations sportives ;

- Poursuivre le programme de planification familiale en facilitant l'accès à la contraception :
 - former les professionnels de la santé à la prescription des contraceptifs ;
 - favoriser l'accessibilité aux préservatifs ;

- Encadrer le recours à l'I.V.G. par
 - l'application de la loi Veil ;
 - l'adaptation de la date limite légale de sa pratique tenant compte de l'éloignement géographique de certaines îles ;

- S'associer à une réflexion sur l'adoption.

2°) - Renforcer la qualité du suivi des grossesses

La qualité du suivi des grossesses s'est nettement améliorée au cours des dix dernières années comme le prouvent les 8 consultations et les 4 échographies dont chaque femme bénéficie en moyenne durant sa grossesse.

Pour renforcer encore cette qualité, il faut à présent orienter les efforts sur l'accompagnement autour de la naissance.

Objectifs

- Renforcement du lien mère-enfant ;
- Amélioration des conditions d'accueil et de vie des femmes des îles qui viennent accoucher à Tahiti.

Stratégies d'action

- Améliorer l'accompagnement autour de la naissance par
 - le renforcement de la formation du personnel et de tous les professionnels et relais ayant à travailler autour de la santé maternelle ;
 - l'amélioration de la coordination inter services,
 - le développement de consultations d'accompagnement psycho-social des grossesses ;
 - l'attention particulière à porter à l'accompagnement des familles mononucléaires ;
 - l'instauration de la visite postnatale obligatoire conditionnant le versement de la 3e tranche des allocations prénatales ;
- Faciliter la prise en charge et l'accueil des femmes enceintes des îles par
 - l'amélioration de l'accessibilité aux consultations pré et postnatales, en multipliant les consultations itinérantes ;
 - la prise en charge de l'accueil et de l'hébergement des familles, par la signature d'une convention entre la C.P.S. et les pensions de famille ;
 - le renforcement de la coordination entre les praticiens de Tahiti et des îles ;
 - la réduction de la durée de séjour des femmes des îles qui viennent accoucher.

LA SANTÉ MENTALE ADULTE

LA SANTÉ MENTALE ADULTE

OBJECTIFS

- ▶ Connaissance de la prévalence et de l'incidence des pathologies mentales ;
- ▶ Diminution du nombre de suicides ;
- ▶ Diminution du nombre d'urgences psychiatriques chez les malades chroniques.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Mettre en place un système de recueil des données ;
- ▶ Développer la sectorisation mise en place à Tahiti, et l'étendre aux autres archipels. Ceci nécessite d'organiser une formation spécifique pour les personnels qui en auront la charge ;
- ▶ Former un infirmier référent dans chaque île ;
- ▶ Poursuivre la formation du personnel soignant non spécialisé à la prise en charge des patients psychiatriques : les personnels devant rejoindre un poste isolé effectueront un stage pratique en psychiatrie, pour les préparer au suivi et à la prise en charge des urgences. Par ailleurs une formation continue doit leur être dispensée régulièrement ;
- ▶ Moderniser les structures d'accueil : la modernisation de l'hôpital débutée en 1999 doit être poursuivie pour permettre la prise en charge intensive et immédiate des situations d'urgence ;
- ▶ Actualiser l'organisation et la réglementation :
 - la place de l'hôpital psychiatrique au sein du système de santé, en particulier son éventuelle intégration administrative au centre hospitalier territorial, doit être définie,
 - la réglementation en matière de psychiatrie doit être révisée ;
- ▶ Développer la recherche :
 - les possibilités d'études sont nombreuses : les pathologies sont originales, du fait de la géographie de la Polynésie, et les informations cliniques et épidémiologiques exploitables multiples ;
 - la démarche doit associer une recherche clinique subjective (intégrant la pratique clinique, diagnostique, de présentation ou thérapeutique), à une recherche objective (génétique, linguistique, anthropologique et psychanalytique).

IV - La santé mentale adulte

Le point sur la situation

Le service d'hygiène mentale adulte n'est constitué que d'une seule structure : l'hôpital psychiatrique de Vaïami, à partir duquel sont organisées des consultations décentralisées et une sectorisation sur l'île de Tahiti. Elles ont fait la preuve de leur efficacité en limitant les ré-hospitalisations.

L'hôpital psychiatrique sera reconstruit prochainement sur le site "Jean-Prince".

Les points qui paraissent prioritaires en santé mentale adulte sont :

- le suicide et sa prévention ;
- les urgences psychiatriques.

Objectifs

- Connaissance de la prévalence et de l'incidence des pathologies mentales ;
- Diminution du nombre de suicides ;
- Diminution du nombre d'urgences psychiatriques chez les malades chroniques.

Stratégies d'action

- Mettre en place un système de recueil des données ;
- Développer la sectorisation mise en place à Tahiti, et l'étendre aux autres archipels. Ceci nécessite d'organiser une formation spécifique pour les personnels qui en auront la charge ;
- Former un infirmier référent dans chaque île ;
- Poursuivre la formation du personnel soignant non spécialisé à la prise en charge des patients psychiatriques : les personnels devant rejoindre un poste isolé effectueront un stage pratique en psychiatrie, pour les préparer au suivi et à la prise en charge des urgences. Par ailleurs, une formation continue doit leur être dispensée régulièrement ;
- Moderniser les structures d'accueil : la modernisation de l'hôpital débutée en 1999 doit être poursuivie pour permettre la prise en charge intensive et immédiate des situations d'urgence ;
- Actualiser l'organisation et la réglementation :
 - la place de l'hôpital psychiatrique au sein du système de santé, en particulier son éventuelle intégration administrative au Centre hospitalier territorial, doit être définie ;
 - la réglementation en matière de psychiatrie doit être révisée ;
- Développer la recherche :
 - les possibilités d'études sont nombreuses : les pathologies sont originales, du fait de la géographie de la Polynésie, et les informations cliniques et épidémiologiques exploitables multiples ;
 - la démarche doit associer une recherche clinique subjective (intégrant la pratique clinique, diagnostique, de présentation ou thérapeutique), à une recherche objective (génétique, linguistique, anthropologique et psychanalytique).

LES PERSONNES « DÉPENDANTES »

LES PERSONNES « DÉPENDANTES »

OBJECTIFS

- ▶ Prévention de la dépendance des personnes handicapées, d'ici 2005, en :
 - diminuant le taux de handicap dans la population de 0,5 % ;
 - diminuant l'incidence du handicap chez l'adulte de 20 % ;
- ▶ Amélioration de la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes dépendantes, d'ici 2005, en :
 - doublant le nombre de travailleurs handicapés insérés dans le monde du travail ordinaire ;
 - diminuant de 20 % le nombre d'enfants en liste d'attente dans les établissements spécialisés.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Créer une cellule, au sein de la Direction de la santé, en partenariat avec le Service social et la Caisse de Prévoyance Sociale (C.P.S.), centrée sur les personnes en voie de précarisation ou en situation de dépendance. Son rôle consisterait à centraliser les données sanitaires et sociales et à élaborer des actions et programmes de santé ;
- ▶ Optimiser le suivi et la prise en charge des personnes handicapées,
 - le médecin référent choisi par le patient doit être le coordonnateur des actions médico - sociales qui lui sont nécessaires,
 - certaines personnes handicapées pourraient bénéficier d'une prise en charge sur leur lieu de vie ;
- ▶ Mettre en place un programme global d'insertion sociale et professionnelle, comprenant :
 - une définition du rôle de la Direction de la santé dans ses missions et dans les modalités de sa participation au sein des établissements accueillant des handicapés, et des commissions les gérant : COTOREP, CTES,
 - une meilleure reconnaissance de la place des associations dans la prise en charge des handicapés qui doit s'accompagner d'une définition précise de leur rôle,
 - l'amélioration des circuits de diffusion des informations concernant le handicap,
 - le renforcement de la coordination entre les différentes instances prenant en charge les handicapés d'âges différents (CAMSP / CLIS / établissements spécialisés / COTOREP / SEFI / SSAD), en particulier au moment du passage de l'une à l'autre,
 - le développement de la formation des professionnels sanitaires et sociaux au dépistage et à la prise en charge du handicap,
 - le renforcement des moyens nécessaires à une prise en charge médico sociale précoce et adaptée (à domicile et dans les institutions),
 - la promotion du maintien à domicile par une coordination " Santé - Social - CPS ". Le rôle des différents acteurs de soins devra être précisé et la nomenclature des actes éventuellement adaptée,
 - l'adaptation à leurs capacités des stages de formation professionnelle proposés prenant en compte les possibilités de réinsertion socio-économique,
 - le respect de la réglementation existante en matière d'obligation d'emploi et de l'accessibilité aux infrastructures, aux lieux de travail et au logement,
 - une reconnaissance statutaire des établissements de " travail protégé ",
 - la mise en place de l'Equipe de Préparation et de Suivi du Reclassement.

V - Les "personnes dépendantes"

Le point sur la situation

Les personnes dépendantes sont les handicapés et certaines personnes âgées ayant perdu une partie de leur autonomie.

Au 1er mars 2000, on dénombre 3.675 handicapés, soit 1,67 % de la population contre 1,16 % en métropole. Un tiers d'entre eux a moins de 20 ans. Si la nature du handicap a peu évolué depuis 1994, le nombre de personnes handicapées croît régulièrement depuis 1983, d'environ 180 par an - dont 140 adultes de plus de 20 ans. Leur moyenne d'âge étant de 38 ans, il existe une surmorbidity et une surmortalité prématurées préoccupantes.

Parallèlement, on assiste au vieillissement de la population, dont 6,5 % (soit 16.000 personnes) ont actuellement plus de 60 ans, avec une espérance de vie à la naissance qui est de 73 ans contre 44 ans en 1939. Très souvent, chez la personne âgée, la maladie entraîne la perte d'autonomie, mais on ne dispose actuellement d'aucune donnée précise sur la situation.

De plus, les facteurs comportementaux sont à l'origine d'une grande partie des situations de dépendance sur lesquels la spécialisation et la technicité influent peu. Une meilleure définition du rôle des généralistes et de la place

faite à « l'utilisateur partenaire » devraient permettre d'améliorer leur prévention et leur prise en charge.

Objectifs

- Prévention de la dépendance des personnes handicapées, d'ici 2005, en :
 - diminuant le taux de handicap dans la population de 0,5 % ;
 - diminuant l'incidence du handicap chez l'adulte de 20 % ;
- Amélioration de la qualité de vie et l'insertion sociale des personnes dépendantes, d'ici 2005, en :
 - doublant le nombre de travailleurs handicapés insérés dans le monde du travail ordinaire ;
 - diminuant de 20 % le nombre d'enfants en liste d'attente dans les établissements spécialisés.

Stratégies d'action

- Créer une cellule, au sein de la direction de la santé, en partenariat avec le service social et la Caisse de prévoyance sociale (C.P.S.), centrée sur les personnes en voie de précarisation ou en situation de dépendance. Son rôle consisterait à centraliser les données sanitaires et sociales et à élaborer des actions et programmes de santé ;
- Optimiser le suivi et la prise en charge des personnes handicapées,
 - le médecin référent choisi par le patient doit être le coordonnateur des actions médico-sociales qui lui sont nécessaires ;

- certaines personnes handicapées pourraient bénéficier d'une prise en charge sur leur lieu de vie ;
 - *Mettre en place un programme global d'insertion sociale et professionnelle, comprenant :*
 - une définition du rôle de la direction de la santé dans ses missions et dans les modalités de sa participation au sein des établissements accueillant des handicapés, et des commissions les gérant : COTOREP (9), CTES (10) ;
 - une meilleure reconnaissance de la place des associations dans la prise en charge des handicapés qui doit s'accompagner d'une définition précise de leur rôle ;
 - l'amélioration des circuits de diffusion des informations concernant le handicap ;
 - le renforcement de la coordination entre les différentes instances prenant en charge les handicapés d'âges différents (CAMSP (11)/CLIS (12)/établissements spécialisés/COTOREP/SEFI (13)/SSA (14), en particulier au moment du passage de l'une à l'autre ;
 - le développement de la formation des professionnels sanitaires et sociaux au dépistage et à la prise en charge du handicap ;
 - le renforcement des moyens nécessaires à une prise en charge médico-sociale précoce et adaptée (à domicile et dans les institutions) ;
 - la promotion du maintien à domicile par une coordination "Santé-Social-C.P.S.". Le rôle des différents acteurs de soins devra être précisé et la nomenclature des actes éventuellement adaptée ;
 - l'adaptation à leurs capacités des stages de formation professionnelle proposés prenant en compte les possibilités de réinsertion socio-économique ;
 - le respect de la réglementation existante en matière d'obligation d'emploi et de l'accessibilité aux infrastructures, aux lieux de travail et au logement ;
 - une reconnaissance statutaire des établissements de "travail protégé" ;
 - la mise en place de l'équipe de préparation et de suivi du reclassement.
- (9) Commission technique pour l'orientation et le reclassement professionnel.
- (10) Commission territoriale de l'éducation spéciale.
- (11) Centre d'aide médico-social précoce.
- (12) Classe d'intégration scolaire.
- (13) Service de l'emploi, de la formation et de l'insertion professionnelle.
- (14) Service de soins et d'aide à domicile.

LA TRANSPLANTATION

LA TRANSPLANTATION	
OBJECTIFS	
▶	Introduction de la transplantation rénale et cornéenne ;
▶	Participation à des programmes régionaux de transplantation.
STRATÉGIES D'ACTION	
▶	Phase préliminaire de réglementation et d'éducation ;
▶	Mise en place des équipements nécessaires.

VI - La transplantation

Le point sur la situation

Bien que la transplantation cardiaque, hépatique, pancréatique, etc. reste actuellement hors de notre portée, deux types de greffes, la greffe rénale et la greffe de cornée, sont relativement faciles à introduire en Polynésie.

L'introduction de ces techniques en Polynésie française est susceptible de rendre d'immenses services à une population lourdement touchée par le diabète, avec son contingent d'insuffisances rénales terminales et de cataractes, et à même de limiter un nombre d'EVASAN qui devrait malheureusement croître pour ces indications au cours des prochaines années.

Les récentes études ont démontré qu'une greffe rénale allongeait l'espérance de vie par rapport à la dialyse, qu'elle améliorerait très sensiblement la qualité de vie des malades, et qu'elle s'avérait moins coûteuse pour la collectivité, dès la fin de la première année post-transplantation, par rapport au coût de trois séances hebdomadaires de dialyse.

S'agissant d'un terrain vierge, et d'un sujet épineux dans ses connotations éthiques, philosophiques et religieuses, un travail de préparation est indispensable, tant au niveau de l'éducation de la population que de la création d'un contexte réglementaire favorable.

Objectifs

- Introduction de la transplantation rénale et cornéenne en Polynésie française
- Participation aux programmes régionaux de transplantation rénale et cornéenne, mais aussi d'autres transplantations non encore réalisées en Polynésie française

Stratégies d'action

- Etape préliminaire : la préparation du terrain doit faire évoluer la réglementation et les comportements :
 - Adoption d'une législation territoriale, concernant les modalités techniques et réglementaires de don, de prélèvement, d'acceptation de don, et de transplantation ; création d'une instance territoriale des greffes ;
 - Constitution d'une liste d'attente territoriale couplée avec des partenaires régionaux ;
 - Information du public concernant l'ensemble du processus de transplantation, afin que la finalité du don soit favorablement perçue.
- Mise en place de l'organisation et des équipements nécessaires à la réalisation des greffes rénales et de cornée en Polynésie française :
 - Création au niveau du C.H.T. d'une unité de coordination hospitalière (15), chargée de garantir les conditions techniques et réglementaires de la transplantation, de coordonner l'ensemble des services participants au projet (16), de tenir à jour la liste d'attente des receveurs et la liste des donneurs, de générer un rapport annuel d'activité ;
 - Equipement complémentaire du service de biologie du C.H.T. : appareils de diagnostic d'histocompatibilité (groupage tissulaires, anticorps antiHLA, cross-match) et de sécurité sanitaire (sérologie HIV-1 et HIV-2) et organisation d'une astreinte ;
 - Recrutement de deux néphrologues sur les postes actuellement disponibles au C.H.T. ;

- Optimisation des procédures de biopsie/histologie rénale pour les diagnostics de rejet (application de télé-médecine du RSP) ;
- Dotation complémentaire de la pharmacie du C.H.T. pour les traitements anti-rejet intraveineux des premiers jours post-transplantation

(15) Un médecin et une infirmière.

(16) Services de radiologie, biologie, réanimation, chirurgie, ophtalmologie et néphrologie.

LA GÉNÉTIQUE MÉDICALE

L'AGÉNÉTIQUE MÉDICALE

OBJECTIFS

- ▶ Contribution à la recherche sur les pathologies d'origine génétique affectant les Polynésiens ;
- ▶ Information des familles et dépistage précoce des maladies génétiques.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Mise en place d'une banque d'A.D.N. ;
- ▶ Mise en place d'une consultation de conseil génétique.
- ▶ Mise en place d'un laboratoire de biologie moléculaire

VII - La génétique médicale

Le point sur la situation

Les récentes avancées de la recherche génétique commencent à rendre applicables des solutions nouvelles aux problèmes de santé.

La Polynésie française jouissant d'un contexte très favorable dans ce domaine, il est souhaitable d'engager un projet polynésien rassemblant l'ensemble des ressources territoriales, en collaboration avec des partenaires scientifiques extérieurs de haut niveau.

La population polynésienne a manifesté, via le succès du "Téléthon Polynésie", son souhait que les maladies génétiques soient spécifiquement prises en compte. Sur ce constat, l'Association française contre les myopathies (AFM) souhaite que les fonds récoltés soient réinvestis dans la recherche en Polynésie Française.

De même, le GENETHON, disposant d'une expérience incontestée en matière de collecte et de conservation de l'A.D.N., souhaite apporter son soutien financier et scientifique. L'Université de Polynésie française contribuera également, via son personnel scientifique, à cet effort de recherche.

Des précautions particulières devant entourer la collecte et l'utilisation de l'information génétique humaine, la mise en œuvre de ce projet sera conforme aux principes éthiques en matière de recherche génétique chez l'homme (17), relatifs à la fois au respect du principe de dignité humaine, au partage équitable des bienfaits des recherches génétiques et à la confidentialité des données génétiques.

(17) Notamment posés par la déclaration universelle sur le génome humain et les droits de l'homme, adoptée par l'Unesco le 11 novembre 1997.

Objectifs

- Contribution à la recherche sur les pathologies d'origine génétique affectant les polynésiens, notamment :
 - la maladie d'Alport, pour laquelle une étude préliminaire a été réalisée au début des années 90 ;
 - l'allergie et l'atopie à retentissement respiratoire ;
 - le diabète et l'obésité dont la prévalence est très élevée.
- Information des familles et dépistage précoce des maladies génétiques.

Stratégies d'action

- Mise en place d'une banque d'A.D.N., la "B.A.P." (Banque A.D.N. de Polynésie) ;
- Mise en place d'une consultation de conseil génétique destinée aux familles ;
- Création d'un laboratoire de biologie moléculaire humaine de Polynésie française.

Tableau synoptique des domaines d'actions où la santé est partenaire

<p>1 LA SECURITE ROUTIERE</p>	<p>2 L'ALCOOLISME CHEZ LES ADULTES</p>
--------------------------------------	---

<p>3 L'ENVIRONNEMENT ET LA SANTE</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'eau potable - Les eaux usées - Les eaux de baignade - La sécurité alimentaire - Le traitement des déchets - La réduction des nuisances urbaines <ul style="list-style-type: none"> - le bruit - la pollution atmosphérique - les animaux errants - La limitation de l'insalubrité <ul style="list-style-type: none"> - l'habitat - les établissements publics 	<p>4 LES TRADI-PRATICIENS</p>
--	--------------------------------------

LES PARTENARIATS A CONSOLIDER

Nombre de problèmes de santé naissent de facteurs réglementaires, environnementaux ou comportementaux sur lesquels le ministère et les professionnels de la santé n'ont pas de prise.

Le plan pour la santé a vocation de définir des axes d'interventions qui relèvent exclusivement de la compétence du ministère de la santé. Il ne peut légitimement se substituer aux plans d'actions que les autres acteurs de la vie sociale ou économique pourraient définir.

Les projets qui suivent se limitent en conséquence aux seules actions que le ministère de la santé en l'état de notre organisation administrative, a vocation de conduire, d'impulser, ou de coordonner, sans préjudice des initiatives, que pourraient prendre d'autres ministères, dans leur domaine de compétence respectifs (affaires sociales, transport, équipement, environnement, ou agriculture notamment).

LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE

Objectifs

- Stabilisation du nombre d'accidents de la route ;
- Diminution du nombre de blessés graves de 10 % par an.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ **Améliorer l'organisation**
Créer une coordination de santé publique des actions en matière de sécurité routière : de nombreux partenaires sont concernés, d'où l'importance de rencontres régulières entre les techniciens, dans un cadre souple, pour partager les connaissances sur la situation et harmoniser les actions entreprises.
Améliorer le traitement de l'alerte
 - créer un centre unique de traitement de l'alerte, pour le 18 sur l'île de Tahiti, afin d'avoir les délais d'intervention les plus courts possibles. Dans un deuxième temps, proposer une interconnexion entre le 18, le 15 et le 17 ;
 - **Inciter à la création d'entreprises d'ambulances privées pour le transport des malades**, permettant aux V.S.A.B. d'être disponibles en permanence pour les accidents ou autres urgences.
- ▶ **Lutter contre l'alcool au volant**
Actions préventives
 - établir, en coordination avec les divers partenaires, un plan de communication annuel sur le thème des accidents de la voie publique ;
 - mettre à disposition dans le cadre du contrat de ville, dans les bars, boîtes de nuit et clubs privés, des alcootests pour permettre aux personnes de vérifier leur alcoolémie ;
 - proposer des informations - débats sur les thèmes de " l'alcool au volant " ou de " la sécurité routière " dans les grandes entreprises et collectivités territoriales ;
 - déclencher pour les conducteurs ayant conduit en état d'ivresse**
 - proposer une sanction alternative, lors d'une première infraction, sous forme d'un stage d'information organisé par la prévention routière, ou de travaux d'intérêt général à effectuer au sein du CHT ou des formations de la santé publique ;
- ▶ **Lutter contre la Toxicomanie au volant** pour faire prendre conscience des dangers de la consommation de paka lors de la conduite de véhicules.
 - mener une enquête pour évaluer le rôle de l'imprégnation cannabique dans les accidents de la voie publique,
 - associer systématiquement une information sur les dangers de paka à celle de l'alcool au volant dans toutes les campagnes de prévention.

I - La sécurité routière

Le point sur la situation

Les accidents de la route ont provoqué 636 blessés graves et 53 décès en 1999. Malgré une baisse de 15 % par rapport à 1998, les accidents mortels restent deux fois plus fréquents qu'en métropole.

L'analyse des circonstances des accidents (70 % concernent des deux roues, l'alcool et la vitesse excessive sont impliqués dans plus de 80 % des accidents) et de la population des blessés (75 % d'hommes et 67 % de moins de 30 ans) permet d'orienter les actions de prévention.

Outre le coût humain et social (décès, séquelles de handicaps), celui des hospitalisations au C.H.T. est estimé à plus de 600 millions de francs.

Directement concerné par les conséquences que les accidents entraînent, et parfois par le comportement qui peut être à leur origine, le ministère de la santé a intégré la "sécurité routière" dans ses préoccupations pour les années à venir et souhaite faire des propositions, dans son domaine de compétence, pour contribuer à l'amélioration de la situation :

Objectifs

- Stabilisation du nombre d'accidents de la route ;
- Diminution du nombre de blessés graves de 10 % par an.

Stratégies d'action

Le problème des accidents de la voie publique relève de multiples facteurs, dont la plupart ne sont pas d'ordre médical, et qui nécessite une réflexion conjointe des ministères territoriaux et de l'Etat.

Améliorer l'organisation

- Créer une coordination de santé publique des actions en matière de sécurité routière : de nombreux partenaires sont concernés, d'où l'importance de rencontres régulières entre les techniciens, dans un cadre souple, pour partager les connaissances sur la situation et harmoniser les actions entreprises.
- Améliorer le traitement de l'alerte
 - créer un centre unique de traitement de l'alerte, pour le 18 sur l'île de Tahiti, afin d'avoir les délais d'intervention les plus courts possibles. Dans un deuxième temps, proposer une interconnexion entre le 18, le 15 et le 17 ;
- Inciter à la création d'entreprises d'ambulances privées pour le transport des malades, permettant aux V.S.A.B. d'être disponibles en permanence pour les accidents ou autres urgences.

Lutter contre l'alcool au volant

- Actions préventives
 - établir, en coordination avec les divers partenaires, un plan de communication annuel sur le thème des accidents de la voie publique ;
 - mettre à disposition dans le cadre du contrat de ville, dans les bars, boîtes de nuit et clubs privés, des alcootests pour permettre aux personnes de vérifier leur alcoolémie ;
 - proposer des informations - débats sur les thèmes de " l'alcool au volant " ou de " la sécurité routière " dans les grandes entreprises et collectivités territoriales ;
- Actions pour les conducteurs ayant conduit en état d'ivresse
 - proposer une sanction alternative, lors d'une première infraction, sous forme d'un stage d'information organisé par la prévention routière, ou de travaux d'intérêt général à effectuer au sein du C.H.T. ou des formations de la santé publique ;

Lutter contre la toxicomanie au volant pour faire prendre conscience des dangers de la consommation de paka lors de la conduite de véhicules.

- Mener une enquête pour évaluer le rôle de l'imprégnation cannabique dans les accidents de la voie publique.
- Associer systématiquement une information sur les dangers du paka à celle de l'alcool au volant dans toutes les campagnes de prévention

L'ALCOOLISME CHEZ LES ADULTES

L'ALCOOLISME CHEZ LES ADULTES

OBJECTIF

- ▶ Diminution de 5 % de la consommation d'alcool chez les plus de 15 ans d'ici 2005.

STRATÉGIES D'ACTION

- ▶ Réaliser une étude pour préciser les raisons qui poussent les gens à boire de manière compulsive afin d'adapter la prévention pour la rendre plus efficace ;
- ▶ Faire prendre conscience du niveau de dépendance que les consommateurs ont vis à vis de l'alcool
 - par des campagnes médiatiques régulières,
 - au cours des consultations médicales et paramédicales où le sujet de la consommation d'alcool sera abordé plus systématiquement ;
- ▶ Aider les personnes concernées à sortir du cercle vicieux : alcool, violence ;
- ▶ Rendre cohérent le discours de modération avec les actes
 - en limitant la publicité en faveur des boissons alcoolisées ;
 - en interdisant la vente de boissons alcoolisées réfrigérées dans les magasins,
 - en interdisant la vente à emporter de boissons alcoolisées dans les stations services,
 - en limitant la vente de boissons alcoolisées anisées (fiscalité, contingentement) ;
- ▶ Associer fabricants et importateurs d'alcool à une réflexion sur leur participation à la lutte contre l'alcoolisme.

II - L'alcoolisme chez les adultes

Le point sur la situation

L'alcoolisation répétée des adultes se caractérise par un mode toxicomane avec recherche d'ivresse pour faire la fête, s'isoler ou oublier ses problèmes. Elle concerne plus particulièrement la population masculine. La gravité de ses principales conséquences, que sont les accidents de la route et les violences familiales, en fait un problème particulièrement important pour la société.

Des résultats ne pourront être obtenus qu'à long terme et nécessiteront que soit entreprise une réflexion sur les causes profondes de cette consommation d'alcool.

Objectif

- Diminution de 5 % de la consommation d'alcool chez les plus de 15 ans d'ici 2005.

Stratégies d'action

Les caractéristiques de la consommation d'alcool amènent à faire les propositions suivantes :

- Réaliser une étude pour préciser les raisons qui poussent les gens à boire de manière compulsive afin d'adapter la prévention pour la rendre plus efficace ;
- Faire prendre conscience du niveau de dépendance que les consommateurs ont vis-à-vis de l'alcool
 - par des campagnes médiatiques régulières ;
 - au cours des consultations médicales et paramédicales où le sujet de la consommation d'alcool sera abordé plus systématiquement ;
- Aider les personnes concernées à sortir du cercle vicieux : alcool, violence ;
- Rendre cohérent le discours de modération avec les actes
 - en limitant la publicité en faveur des boissons alcoolisées ;
 - en interdisant la vente de boissons alcoolisées réfrigérées dans les magasins,
 - en interdisant la vente à emporter de boissons alcoolisées dans les stations-services,
 - en limitant la vente de boissons alcoolisées anisées (fiscalité, contingentement) ;
- Associer fabricants et importateurs d'alcool à une réflexion sur leur participation à la lutte contre l'alcoolisme.

L'ENVIRONNEMENT ET LA SANTÉ

	FOURNIR DE L'EAU POTABLE	TRAITER LES EAUX USEES	PROTEGER LES EAUX DE BAINADE	REINFORCER LA SECURITE ALIMENTAIRE
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fournir de l'eau potable à 50 % de la population d'ici 2005. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Protéger la santé de la population et l'environnement par un traitement des eaux usées efficace et adapté au milieu. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rendre les eaux de baignade sans danger pour la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Garantir la sécurité alimentaire des produits d'origine animale et végétale.
STRATEGIES D'ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réglementer la protection des ressources en eau (définition des périmètres de protection), ▶ Créer un "pôle de compétence" "eau potable", pour coordonner toutes les actions mises en place ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer un "pôle de compétence" assainissement, pour coordonner toutes les actions mises en place ; ▶ Renforcer les moyens de contrôle ; 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adopter les normes internationales relatives à la qualité des eaux de baignade ; ▶ Mieux informer la population sur la qualité des eaux de baignade. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Regrouper les compétences de l'administration territoriale au sein d'une entité unique ; ▶ Mettre en place un réseau de surveillance sanitaire de la sécurité alimentaire ; ▶ Renforcer la réglementation (denrées périssables, marchands ambulants, restauration collective, magasins).

	TRAITER LES DECHETS	REDUIRE LES NUISANCES URBAINES	LIMITER L'INSALUBRITÉ DE L'HABITAT ET DES EQUIPEMENTS PUBLICS
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Diminuer l'impact des déchets ménagers et hospitaliers sur la santé publique. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Lutter contre les nuisances urbaines tels que le bruit, la pollution atmosphérique et les chiens errants. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Améliorer la salubrité de l'habitat et des équipements publics.
STRATEGIES D'ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Mettre en place un dispositif d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux ; ▶ Favoriser le remplacement de produits polluants par d'autres qui le sont moins. 	<p style="text-align: center;"><u>En ce qui concerne le bruit</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Créer un "pôle de compétence bruit" ; ▶ Recommander l'adoption de normes concernant les constructions ; ▶ Réaliser un état des lieux des nuisances sonores ; ▶ Intégrer le problème du bruit lors de l'élaboration des P.G.A. ; ▶ Informer les enfants sur les nuisances sonores. <p style="text-align: center;"><u>En ce qui concerne la pollution atmosphérique</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Réaliser un état des lieux de la pollution atmosphérique ; ▶ Mettre en place un contrôle de la qualité de l'air. <p style="text-align: center;"><u>En ce qui concerne les animaux errants</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Actualiser la réglementation ; ▶ Favoriser le contrôle des populations (campagnes de stérilisation, création de fourrières) ; 	<p style="text-align: center;"><u>En ce qui concerne l'hygiène de l'habitat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Définir des critères d'insalubrité ; <p style="text-align: center;"><u>En ce qui concerne l'hygiène dans les établissements recevant du public</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Evaluer les résultats des actions de sensibilisation réalisées jusqu'à présent auprès des responsables des établissements scolaires primaires ; ▶ Poursuivre la campagne de sensibilisation sur l'importance de l'hygiène des mains au quotidien auprès des enfants et parents ; ▶ Promouvoir l'importance de l'hygiène dans les établissements recevant du public.

III - L'environnement et la santé

Les facteurs environnementaux suivants, potentiellement générateurs de problèmes de santé, sont identifiés comme prioritaires :

- la gestion de l'eau d'alimentation ;
- les eaux usées et la pollution des eaux de baignade ;
- la sécurité alimentaire.

Mais la gestion des déchets, les nuisances urbaines et l'insalubrité de l'habitat et des équipements publics sont également préoccupants et justifient que des mesures spécifiques soient proposées.

1°) - Fournir de l'eau potable

Fournir de l'eau potable à la population est primordial pour préserver la santé, en particulier des jeunes enfants. L'O.M.S. en a fait un objectif prioritaire. Si l'amélioration de la qualité de l'eau fournie est essentielle, il est également important de bien gérer nos ressources. Les efforts, actuellement réalisés par les communes, doivent être encouragés et soutenus.

Objectif

- Fournir de l'eau potable à 50 % de la population d'ici 2005.

Stratégies d'action

- Réglementer la protection des ressources en eau (définition des périmètres de protection),
- Créer un pôle de compétence "eau potable", pour coordonner toutes les actions mises en place ;

2°) - Traiter les eaux usées

Les eaux usées rejetées directement dans la nature, qu'elles soient d'origine domestique, industrielle ou agricole, peuvent être une cause parfois irréversible de dégradation du milieu et un facteur de risques pour certaines maladies.

Objectif

- Protéger la santé de la population et l'environnement par un traitement des eaux usées efficace et adapté au milieu.

Stratégies d'action

- Créer un "pôle de compétence" assainissement, pour coordonner toutes les actions mises en place ;
- Renforcer les moyens de contrôle ;

3°) - Protéger les eaux de baignade

L'écosystème polynésien est très fragile.

Objectif

- Rendre les eaux de baignade sans danger pour la santé.

Stratégies d'action

- Adopter les normes internationales relatives à la qualité des eaux de baignade ;
- Mieux informer la population sur la qualité des eaux de baignade.

4°) - Renforcer la sécurité alimentaire

La surveillance de la qualité des denrées alimentaires nécessite de disposer d'une réglementation adaptée et d'affectuer une surveillance épidémiologique.

Cette surveillance doit porter sur de nombreux éléments :

- les agents infectieux : salmonelles, listéria et autres responsables de toxi-infection alimentaires ;
- les produits chimiques dont les résidus médicamenteux et les pesticides ;
- l'actualité extraterritoriale (dioxine, encéphalite spongiforme bovine).

Objectif

- Garantir la sécurité alimentaire des produits d'origine animale et végétale.

Stratégies d'action

- Regrouper les compétences de l'administration territoriale au sein d'une entité unique ;
- Mettre en place un réseau de surveillance sanitaire de la sécurité alimentaire ;
- Renforcer la réglementation (produits de la mer, les produits laitiers, les viandes et produits carnés, les marchands ambulants, la restauration collective, les magasins).

5°) - Traiter les déchets

Le développement économique s'accompagne inéluctablement de la production de déchets liés soit à la consommation (déchets ménagers), soit à la production (comme les déchets d'activité de soins), aussi bien à Tahiti que dans les îles, en particulier celles où l'activité touristique est prépondérante.

Objectif

- Diminuer l'impact des déchets ménagers et hospitaliers sur la santé publique.

Stratégies d'action

- Mettre en place un dispositif d'élimination des déchets d'activité de soins à risques infectieux ;
- Favoriser le remplacement de produits polluants par d'autres qui le sont moins.

6°) - Réduire les nuisances urbaines

L'urbanisation croissante, liée au développement économique, génère des nuisances qui doivent être évaluées pour maîtriser leur impact sur la santé.

Objectif

- Lutter contre les nuisances urbaines tels que le bruit, la pollution atmosphérique et les chiens errants.

Stratégies d'action

en ce qui concerne le bruit

- Créer un "pôle de compétence bruit" ;
- Recommander l'adoption de normes concernant les constructions ;
- Réaliser un état des lieux des nuisances sonores ;
- Intégrer le problème du bruit lors de l'élaboration des P.G.A. ;
- Informer les enfants sur les nuisances sonores ;

en ce qui concerne la pollution atmosphérique

- Réaliser un état des lieux de la pollution atmosphérique à Tahiti ;
- Mettre en place un contrôle de la qualité de l'air ;

en ce qui concerne les animaux errants

- Actualiser la réglementation ;
- Favoriser le contrôle des populations (campagnes de stérilisation, création de fourrières).

7°) - Limiter l'insalubrité de l'habitat et des équipements publics

L'insalubrité de l'habitat est un facteur de risques primordial de certaines maladies comme la tuberculose, la dengue ...

Objectif

- Améliorer la salubrité de l'habitat et des équipements publics.

Stratégies d'action

en ce qui concerne l'hygiène de l'habitat

- Définir des critères d'insalubrité ;

en ce qui concerne l'hygiène dans les établissements recevant du public

- Evaluer les résultats des actions de sensibilisation réalisées jusqu'à présent auprès des responsables des établissements scolaires primaires ;
- Poursuivre la campagne de sensibilisation sur l'importance de l'hygiène des mains au quotidien auprès des enfants et parents ;
- Promouvoir l'importance de l'hygiène dans les établissements recevant du public.

LES TRADI-PRATICIENS

LES TRADI-PRATICIENS
<p>OBJECTIFS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Etat des lieux de la médecine traditionnelle polynésienne • Professionnalisation et encadrement • Elaboration d'une complémentarité avec la médecine occidentale
<p>STRATÉGIES D'ACTION</p> <ul style="list-style-type: none"> • Création d'un " conseil des sages " chargé de veiller à la qualification des praticiens et à la qualité des pratiques ; • Elaboration d'un catalogue détaillé des préparations à base végétale, animale ou minérale utilisées dans la médecine traditionnelle ; • Approche méthodique de certaines pratiques traditionnelles ayant démontré leur efficacité, en rapprochant tradi-praticiens et médecins dans un cadre scientifique et éthique ; • Création d'une zone expérimentale de complémentarité tradi-pratique / médecine occidentale.

IV - Les tradi-praticiens

La médecine traditionnelle est une réalité en Polynésie française. Plutôt que de l'ignorer à la faveur des pratiques occidentales, il semble plus pragmatique et, pourquoi pas, plus profitable de tenir compte de cette réalité. Une passerelle entre les deux mondes doit donc être recherchée, visant dans un premier temps à dresser l'inventaire des pratiques de la médecine traditionnelle, et dans un deuxième temps, à la professionnaliser et à l'encadrer, tout en construisant une complémentarité réaliste avec la médecine "officielle".

Objectifs

- Etat des lieux de la médecine traditionnelle polynésienne ;

- Professionnalisation et encadrement ;
- Elaboration d'une complémentarité avec la médecine occidentale.

Stratégies d'action

- Création d'un "conseil des sages" chargé de veiller à la qualification des praticiens et à la qualité des pratiques ;
- Elaboration d'un catalogue détaillé des préparations à base végétale, animale ou minérale utilisées dans la médecine traditionnelle ;
- Approche méthodique de certaines pratiques traditionnelles ayant démontré leur efficacité, en rapprochant tradi-praticiens et médecins dans un cadre scientifique et éthique ;
- Création d'une zone expérimentale de complémentarité tradi-pratique / médecine occidentale.

VIII - La médecine sportive

Le point sur la situation

La Polynésie française compte actuellement 37.000 licenciés sportifs, auxquels il convient d'ajouter environ 17.000 licenciés scolaires répartis en plus de 1.000 associations sportives regroupées en ligues et fédérations.

La pratique régulière d'une activité sportive ne peut se concevoir sans un minimum d'encadrement médical qu'il soit préalable à la pratique, ou qu'elle l'accompagne au titre d'un suivi.

La première valence relève d'ailleurs de l'obligation, puisque la délibération n° 99-176 APF du 14 octobre 1999 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives en Polynésie française, pose le principe en son article 22 de la délivrance pour tout licencié d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive. La seconde, quant à elle, couvre le champ du sport de haut niveau, prévu aux articles 16 à 21 du titre V de la délibération susvisée.

Durant de nombreuses années, un poste de médecin a été affecté au ministère chargé des sports, et un centre médico-sportif, relativement bien équipé pour les examens et le suivi médical de base, a fonctionné dans l'enceinte de l'I.T.J.S. Il convient de rappeler, que c'est suite à un boycott de la structure, diligenté par certains dirigeants sportifs qu'elle a fermé ses portes, depuis près de 7 ans maintenant.

Au moment où le sport polynésien doit relever les grands défis induits de son ouverture vers l'international, il nous apparaît nécessaire de réhabiliter cette structure médicale du sport, nécessaire à son plein épanouissement.

Les priorités

En matière de médecine sportive, deux axes nous paraissent prioritaires :

- La systématisation de la visite initiale d'aptitude ;
- Le suivi du sportif de haut niveau et la lutte contre le dopage.

1°) *Systématiser la visite initiale d'aptitude :*

En l'état actuel, trop peu de licences sportives sont délivrées en respectant l'obligation de production d'un certificat médical de non-contre-indication à la pratique sportive. Cet état de fait résulte, d'une part du coût induit par

l'obligation pour le pratiquant, de s'adresser à son médecin traitant, et d'autre part de la relative étroitesse de l'offre médicale, notamment dans les îles.

Les objectifs :

- Augmenter le nombre de certificats délivrés ;
- Systématiser la pratique de la visite initiale ;
- Initier le réflexe d'un suivi régulier ;
- Minorer les coûts (dans le système actuel, le coût des visites médicales est estimé à 50 millions de francs l'an, à la charge des groupements sportifs ou des pratiquants).

Stratégies d'action

- S'appuyer sur le réseau existant

Cela se traduira par l'utilisation systématique, si nécessaire, dans le cadre d'une convention, des réseaux et des moyens de la médecine scolaire et des dispensaires. Les médecins de ces structures seront habilités à délivrer des certificats de non-contre-indication à la pratique d'une activité sportive ;

- Créer un centre médico-sportif en milieu urbain

Pour les zones non couvertes, par un dispensaire, il sera nécessaire d'avoir recours à une structure de type centre médico-sportif. Qu'elles soient associatives ou municipales, ces institutions accueillent les groupements, clubs et associations désirant que tous leurs futurs licenciés bénéficient de la délivrance du certificat de non-contre-indication, dans le cadre d'une prestation collective à un coût réduit. Elles fonctionnent avec du personnel médical volontaire, indemnisé par vacation. Le centre de Papeete pouvait être adossé à l'unité de médecine du sport créé auprès du ministère ;

- Institutionnaliser la fonction de médecin fédéral

Des médecins volontaires, et possédant une compétence reconnue dans une ou plusieurs disciplines, peuvent être nommés médecins fédéraux par les fédérations concernées. A ce titre, ils peuvent hors de leur champ professionnel, délivrer des certificats pour les athlètes relevant de la discipline qui les a désignés.

2°) - Le suivi du sportif de haut niveau et la lutte contre le dopage

Quoique différents, ces deux aspects sont complémentaires, dans la mesure où le dopage est toujours sous-jacent dans la recherche d'une optimisation de la performance.

La mise en place des filières d'accès au haut niveau, devient maintenant une préoccupation pour le mouvement sportif polynésien eu égard à l'objectif que nous nous sommes assignés de renforcer notre notoriété sportive au niveau international, et de participer aux plus grands rendez-vous.

Les objectifs

- Mettre en place les conditions de l'évaluation et de l'exploration fonctionnelle des jeunes talents ;
- Assurer le suivi médical de l'entraînement ;
- Créer un centre d'expertise pour les athlètes de haut niveau ;
- Définir les protocoles d'intervention ;
- Définir une stratégie de lutte contre le dopage ;
- Former et informer les athlètes et les entraîneurs.

Stratégies d'actions

- Création d'une unité de médecine du sport auprès du ministère chargé des sports :

Cette unité légère et permanente, placée auprès du service de la jeunesse et des sports sera composée d'un médecin, chef de projet, d'un personnel soignant et d'un secrétariat. Elle disposera des locaux nécessaires, qui devront être situés à proximité des zones d'implantation des pôles sportifs de haut niveau ;

- Création d'un collège des médecins experts du sport :

Pour la partie strictement médicale, le médecin, chef de projet, s'entourera des compétences nécessaires à l'ensemble des suivis d'un athlète de haut niveau : cardiologue, traumatologue, nutritionniste, biologiste, etc. Ces médecins regroupés en un collège des médecins experts, choisis par leurs pairs, interviendront à la demande et seront indemnisés par vacations ;

- Création d'une équipe pluridisciplinaire de suivi :

A l'équipe médicale se joindront d'autres spécialistes : kinésithérapeute, psychologue, préparateur physique et mental, etc.

- Conventonnement avec les institutions médicales :

L'unité de médecine du sport ne pouvant être qu'une structure légère, des conventions seront passées avec les grandes institutions médicales du territoire afin de permettre l'utilisation des plateaux techniques existants, par les différents praticiens oeuvrant au sein de cette dernière.

Une mission pédagogique affirmée :

L'unité de médecine de sport sera le vecteur privilégié de l'information et de la formation des entraîneurs, que ce soit au plan des méthodologies de l'entraînement, que de la lutte contre le dopage.

Première esquisse de l'organisation du système :

Les missions imparties

- Création du cadre juridique et institutionnel de la structure ;
- Définition des protocoles de fonctionnement ;
- Secrétariat administratif du dispositif ;
- Elaboration et suivi des budgets de fonctionnement ;
- Mission d'expertise et de contrôle ;
- Interventions techniques et médicales.

Les moyens nécessaires

Les moyens physiques :

- L'unité implantée si possible à l'I.T.J.S. comprendra :
- 2 cabinets médicaux ;
 - 1 salle d'examen ;
 - 1 salle de soins ;
 - 1 cabinet pour la kinésithérapie ;
 - 1 salle d'attente ;
 - sanitaires et circulation, soit environ 200 à 250 mètres carrés d'espace nécessaires.

Les moyens humains :

1°) Permanents (saliariés) :

- 1 médecin du sport confirmé et expérimenté, apte à mettre en œuvre l'ensemble des batteries de tests et examens spécifiques ;

- 1 kinésithérapeute ;
- 1 secrétaire médicale.

2°) *Intermittents (mis à disposition ou vacataires) :*

- médecins généralistes et spécialistes ;
- kinésithérapeute ;
- psychologue ;
- diététicien ;
- préparateur physique et mental.

Les procédures de fonctionnement :

Une telle structure n'a pas vocation à se substituer aux institutions médicales en place. Aucun acte thérapeutique curatif ne pourra être effectué. Elle sera habilitée à mettre en œuvre des protocoles d'évaluation, de suivi et de recherches en faveur des sportifs de haut niveau relevant des listes

arrêtées par les autorités publiques, ou des examens de masse dans le cadre d'un centre médico-sportif.

Les besoins initiaux :

- création d'un poste de médecin et d'un poste de kinésithérapeute auprès du ministère chargé des sports ;
- le ministère chargé des sports prendra à sa charge, l'ensemble des autres dépenses nécessaires à la mise en œuvre du dispositif.

L'échéancier :

- 2001 : phase d'études et de chiffrage des coûts ;
- 2002 : création de la structure ;
- 2003 : phase de développement.

L'ensemble du dispositif doit être opératoire à partir de l'exercice 2004.

