

JOURNAL OFFICIEL

DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Philippe MACHENAUD-JACQUIER
Mail : philippe.machenaud@mail.pf

NUMERO SPECIAL

Matahiti 165
N° 10 - Numera Taae

TE VE'A A TE HAU NO POLYNESIA FARANI

Mahana 24
no Fepuare 2016

IMPRIMERIE OFFICIELLE — 43, rue des Poilus-Tahitiens - BP 117 - 98713 PAPEETE — Tél. : 40 50 05 80 - Télécopieur (Fax) : 40 50 05 85

SOMMAIRE

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

ACTES DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Pages

Délibérations de l'assemblée de la Polynésie française ou de sa commission permanente

Délibération n° 2016-10 APF du 16 février 2016 portant approbation du projet de contrat de redynamisation des sites de défense de Polynésie française (CRSD)	444
Délibération n° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé.	480
Délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 ...	493
Délibération n° 2016-13 APF du 16 février 2016 portant modification n° 1 de la délibération n° 2015-100 APF du 10 décembre 2015 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2016	531

ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

Arrêté n° 151 CM du 18 février 2016 fixant les modalités, le programme et la nature des épreuves du concours de recrutement des adjoints d'éducation de la fonction publique de la Polynésie française.	533
--	-----

ACTES PUBLIES A TITRE D'INFORMATION

ACTES DES AUTORITES DE LA POLYNESIE FRANCAISE

Textes des lois du pays adoptés par l'assemblée. — 1° Texte adopté n° 2016-7 LP/APF du 16 février 2016 de la loi du pays autorisant diverses communes à intervenir dans certaines matières relevant des compétences de la Polynésie française pour la mise en œuvre d'un contrat de redynamisation des sites de défense (CRSD)	542
2° Texte adopté n° 2016-8 LP/APF du 16 février 2016 de la loi du pays portant modification des articles de la partie législative du code de commerce relatifs aux soldes	542

PARTIE OFFICIELLE

ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

ACTES DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

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

DELIBERATION n° 2016-10 APF du 16 février 2016 portant approbation du projet de contrat de redynamisation des sites de défense de Polynésie française (CRSD).

NOR : DDC1520922DL

L'assemblée de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 modifiée complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'avis n° 46-2016 du 15 janvier 2016 du Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 52 CM du 21 janvier 2016 soumettant un projet de délibération à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 305-2016 APF/SG du 5 février 2016 portant convocation en séance des représentants à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu le rapport n° 15-2016 du 1er février 2016 de la commission des institutions, des affaires internationales et européennes, de la solidarité, de l'emploi et des relations avec les communes ;

Dans sa séance du 16 février 2016,

Adopte :

Article 1er. — Le projet de contrat de redynamisation des sites de défense de Polynésie française (CRSD) est approuvé.

Art. 2. — Le Président de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

La secrétaire,
Loïs SALMON-AMARU.

Le président,
Marcel TUIHANI.

CONTRAT DE REDYNAMISATION DES SITES DE DEFENSE EN POLYNESIE FRANCAISE

I. LES SIGNATAIRES

Le présent Contrat de Redynamisation du Site de Défense (C.R.S.D) de Polynésie française est conclu entre :

L'Etat, représenté par le Haut-commissaire de la République en Polynésie française, Monsieur Lionel BEFFRE

La Polynésie française, représentée par le Président du Pays, Monsieur Edouard FRITCH

La Commune de Arue, représentée par le Maire, Monsieur Philip SCHYLE

La Commune de Faāa, représentée par le Maire, Monsieur Oscar TEMARU

La Commune de Mahina, représentée par le Maire, Monsieur Damas TEUIRA

La Commune de Papeete, représentée par le Maire, Monsieur Michel BULLARD

La Commune de Pirae, représentée par le premier adjoint au Maire, Madame Miriama MACE

La Commune de Tairapu Est, représentée par le Maire, Monsieur Anthony JAMET

II. VISAS

VU :

Le Livre Blanc sur la Défense et la Sécurité Nationale (publié le 17 juin 2008)

L'article 39 de la loi 2014-1654 de finances pour 2015 du 29 décembre 2014

Le décret n°2015-1027 du 19 août 2015 pris pour l'application de l'article 39 de la loi n°2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015 fixant la liste des communes de Polynésie Française éligibles au dispositif de cession à l'euro symbolique

Le décret n°2009-1776 du 30 décembre 2009 pris pour l'application de l'article 31 de la loi n°2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer et relatif au fonds exceptionnel d'investissement outre-mer.

La circulaire du Premier Ministre n° 5318/SG du 25 juillet 2008 relative à l'accompagnement territorial du redéploiement des armées

La circulaire n° 5789/DEF du 5 mai 2010 (ministre de la Défense) du ministère de la Défense relative au Fonds pour les restructurations de défense (FRED);

La loi du Pays n° du autorisant diverses communes à intervenir dans certaines matières relevant des compétences de la Polynésie française pour la mise en œuvre d'un Contrat de Redynamisation des Sites de Défense (CRSD).

La délibération n° /APF du portant approbation par l'Assemblée de Polynésie française du projet de contrat de redynamisation des sites de défense.

La loi du Pays n°2010.14 du 8 novembre 2010 modifiée, fixant le régime du concours financier de la Polynésie française aux communes et à leurs groupements.

L'arrêté n°2192/CM du 26 novembre 2010 modifié, pris pour application de la loi du Pays n°2010.14 du 8 novembre 2010 fixant le régime du concours financier de la Polynésie française aux communes et à leurs groupements.

La loi du Pays n°2009-15 du 24 août 2009 modifiée définissant les conditions et critères d'attribution des aides financières et d'octroi des garanties d'emprunt aux personnes morales autres les communes.

L'arrêté n°691/CM du 17 mai 2010 modifié portant application de la loi du pays n°2009-15 du 24 août 2009 définissant les conditions et les critères d'attribution des aides financières et d'octroi des garanties d'emprunt aux personnes morales autres que les communes.

Pour la commune de FAAA :

La délibération n° du approuvant le projet de contrat de redynamisation des sites de défense et autorisant le maire à le signer.

Pour la commune de MAHINA :

La délibération n° du approuvant le projet de contrat de redynamisation des sites de défense et autorisant le maire à le signer.

Pour la commune de PAPEETE :

La délibération n° du approuvant le projet de contrat de redynamisation des sites de défense et autorisant le maire à le signer.

Pour la commune de PIRAE :

La délibération n° du approuvant le projet de contrat de redynamisation des sites de défense et autorisant le 1^{er} adjoint au maire à le signer.

Pour la commune de TAIARAPU EST :

La délibération n° du approuvant le projet de contrat de redynamisation des sites de défense et autorisant le maire à le signer.

L'avis du comité technique intercommunal en date du

La décision du Premier ministre en date du

1. PREAMBULE

1.1. Le fait générateur

Le Livre blanc sur la défense et la sécurité nationale, paru le 17 juin 2008, opère une profonde réforme des forces armées. La restructuration des sites militaires, définie par les grandes orientations stratégiques de la politique de défense et de sécurité, poursuit les objectifs suivants :

- rééquilibrage capacitaire ;
- réduction des coûts de fonctionnement ;
- refonte en profondeur de l'administration générale du ministère de la Défense.

Le gouvernement central a décidé le 25 juillet 2008 la mise en place des contrats de redynamisation des sites de défense (CRSD) pour faciliter la transition des territoires concernés, vers de nouvelles dynamiques et permettre de recréer les conditions d'un développement économique durable.

En Polynésie française, les effectifs des armées, environ 2 100 personnels (hors Groupement du service militaire adapté (G.S.M.A) et Gendarmerie nationale), devraient décroître d'environ 50% (militaires et civils) sur la période allant de 2010 à 2020.

1.2. Périmètre d'application retenu pour la mise en œuvre du C.R.S.D

En Polynésie française la réforme doit conduire à une diminution des emprises militaires suivantes :

- Base aérienne 190 de Faaa ;
- Zone de réparation navale de Fare Ute de Papeete ;
- Site de l'EMIA de Pirae ;
- Site du RIMAPP de Arue ;
- Site du RSMA de Mahina ;
- Sites du Fort de Taravae, de la cité Mariani, de la station ionosphérique et du centre d'instruction nautique de Tautira, sur la commune de Taiarapu Est ;
- Cité Grand de Pirae.

Ainsi, cette diminution se traduit par la libération des emprises foncières suivantes :

Communes	Emprises foncières	Superficie approx.
ARUE	Emprise dite "corne Nord" de la caserne LCL BROCHE	31 147 m ²
FAAA	Une parcelle attenante à la résidence Bopp Dupont	6 873 m ²
MAHINA	Zone du GSMA*	50 000 m ²
PAPEETE	Une partie de la zone de réparation navale de Fare Ute* (rétrocession des parcelles A, B, C + cession parcelle* Etat)	8 000 m ² (A, B, C) + environ* 9 400 m ²
PIRAE	Fraction d'emprise dite TAAONE II (zone EMLA)*	14 500 m ²
PIRAE	Cité GRAND	30 428 m ²
TAIARAPU EST	Fort de Taravao	28 829 m ²
TAIARAPU EST	Résidence Mariani	28 606 m ²
TAIARAPU EST	Station ionosphérique	10 000 m ²
TAIARAPU EST	Centre d'instruction nautique de Tautira	2 151 m ²

**les contours de ces parcelles sont en cours de redéfinition par les forces armées, en collaboration avec les communes concernées.*

Les superficies définitives seront précisées dans l'acte de cession.

Le calendrier prévisionnel de libération des emprises est présenté en **Annexe 1**.

1.3. L'élaboration du contrat : une démarche partenariale

Un comité de site, présidé par le Haut-commissaire de la République en Polynésie française, et composé des représentants des Forces armées, du gouvernement de la Polynésie française, des communes concernées (Arue, Faaa, Mahina, Papeete, Pirae, Taitarapu Est) et des partenaires socio-économiques a été mis en place. Son rôle est d'animer le partenariat local, de piloter la mission d'aide à l'élaboration du présent contrat et de valider sa rédaction définitive.

Les travaux préparatoires en vue de la conclusion du présent contrat se sont déroulés comme suit :

- 24 juillet 2008 : annonce par le ministre de la Défense du format des restructurations de la Défense
- 30 septembre 2008 : installation du comité de site par le Haut-commissaire
- Réunions du comité de site des 18 février et 2 novembre 2009
- Mission CGED/DATAR de novembre 2009 conduite par Monsieur François Wellhoff
- Réunion du comité de site du 27 janvier 2010
- Mission DATAR du 11 au 17 avril 2010, conduite par Monsieur Patrick Cunin
- Réunion du comité de site du 16 avril 2010, validation du cahier des charges de la mission d'accompagnement confiée au cabinet SOFRED Consultants
- Première mission SOFRED Consultants du 14 au 24 juin 2010 :
 - Etude des impacts sociaux et territoriaux liés au désengagement des forces de défense
 - Analyse des filières économiques potentielles créatrices d'emploi.

- Rapports SOFRED Consultants 17 septembre 2010 :
 - Etude d'impact social et territorial du redéploiement des FAPF en Polynésie française
 - Diagnostic économique pour l'île de Tahiti et les six communes concernées par la réorganisation des FAPF
- Réunions de travail Etat / Polynésie française / Communes des 03 et 10 novembre 2010 concourant à la présélection des projets prioritaires
- Réunion du comité de site du 02 décembre 2010 :
 - Validation de la liste des projets prioritaires
 - Lancement de la deuxième mission SOFRED Consultants
- Deuxième mission SOFRED Consultants du 29 novembre au 10 décembre 2010
 - Ateliers conduits avec les partenaires concourant à la définition des projets et actions prioritaires
 - Analyse des emprises
- Rapports SOFRED consultants consolidés entre mars 2011 et octobre 2011
 - Analyse technique des emprises militaires libérées et de leur compatibilité avec les projets retenus pour le futur CRSD en Polynésie française
 - Assistance à l'élaboration des fiches projets destinées à alimenter le projet territorial et le futur CRSD en Polynésie française
 - Assistance à l'élaboration des fiches actions destinées à alimenter le projet territorial et le futur CRSD en Polynésie française
- Réunion de travail Etat / Polynésie française / Communes du 08 novembre 2011
- Réunion du comité de site du 29 novembre 2011 validant le projet de contrat de redynamisation des sites de défense.

Alors que toutes les communes concernées avaient approuvé le contrat par délibération, ainsi que l'Assemblée de la Polynésie française, le contrat de redynamisation des sites de défense de Polynésie Française n'a pu être validé par les administrations centrales de l'Etat au motif que les communes ne disposaient pas des compétences nécessaires notamment en matière de développement économique et d'aménagement.

- Le 14 mai 2014, le Haut-commissaire présidait une réunion de travail avec les communes concernées pour présenter les différentes options afin de satisfaire aux obligations relatives à l'exercice des compétences. Les deux propositions principales étaient :
 - La création d'un syndicat mixte ;
 - La possibilité pour le Pays de déléguer les compétences requises aux communes via une loi du Pays sur la base de l'article 43-II de la Loi Organique n°2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.

La totalité des élus se prononçait pour la solution de la loi de Pays.

- La loi de finances n°2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015 proroge et adapte en son article 39 un processus de cession à l'euro symbolique pour les immeubles domaniaux reconnus inutiles par le ministre de la défense dans le cadre des opérations de restructuration de la défense.
 - Le dispositif est prolongé jusqu'au 31 décembre 2019 et permet à titre dérogatoire de mettre en œuvre les cessions relatives aux opérations de restructuration intervenues entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2014 ;
 - Les syndicats mixtes, lorsqu'ils existent, sont rendus éligibles au dispositif de cession à l'euro symbolique ;

- Dans le cas de cessions intéressant des immeubles de logement, elles ne peuvent être consenties qu'à la Polynésie française aux fins de remise des immeubles précités aux opérateurs en matière de logement social existants sur le territoire.
 - Le décret n°2015-1027 du 19 août 2015 pris pour l'application de l'article 39 de la loi de finances pour 2015 fixe la liste des six (6) communes de Polynésie française éligibles au dispositif de cession à l'euro symbolique.
- Réunion de travail Etat/ Polynésie française / Communes du 9 juillet 2015 actant :
 - D'une part, le calendrier de reprise des travaux relatifs au CRSD ;
 - Et d'autre part, la proposition du Président de la Polynésie française de soumettre un projet de loi du Pays autorisant diverses communes à intervenir dans certaines matières relevant des compétences de la Polynésie française pour la mise en œuvre d'un Contrat de Redynamisation des Sites de Défense.
 - Période de Juillet à Octobre 2015 : Travail partenarial Etat/Pays/Communes en vue d'actualiser les projets communaux et de définir ceux nécessitant une délégation de compétences.
 - Réunion interministérielle du 27 octobre 2015 au Ministère de la défense à Paris (Haut-Commissariat de la République en Polynésie française, CGET, Ministère de l'outre-mer, Ministère de la Défense).

Réunion du comité de site du 14 décembre 2015

2. LE DIAGNOSTIC TERRITORIAL

Dans le cadre de la préparation du présent contrat, le diagnostic territorial établi par le cabinet SOFRED Consultants, en lien avec les partenaires concernés a mis en évidence les points suivants :

2.1. Les besoins en termes d'équipements et d'infrastructures à l'échelle de l'île de Tahiti

Éléments de contexte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le début du CEP en 1963 qui a marqué la modernisation de l'île ▪ Une taille du marché réduit ▪ Une dégradation de l'économie polynésienne
Population / démographie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une population d'environ 180 000 personnes sur l'île (recensement de 2012) ▪ Une tendance à l'accroissement de la population due à une émigration grandissante observée dans les archipels
Situation géographique / infrastructures et équipements structurants	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un manque d'équipements structurants ▪ Peu de transports en commun ▪ Peu de réseaux d'assainissement, d'adduction en eau potable ou de traitement des déchets (seules 5 communes en 2014 fournissent de l'eau à 100% potable sur l'ensemble de la Polynésie française et 4 d'entre elles disposent d'un système d'assainissement collectif) ▪ Le nouveau CHPF à Pirae mis en service fin 2010 ▪ La création d'un nouveau centre pénitentiaire à Papeari (400 détenus, 200 emplois) dont l'ouverture est prévue début 2017 ▪ La présence du dock flottant et son potentiel remplacement mais à long terme par un nouveau dock de plus forte capacité

2.2. Le potentiel des ressources naturelles

Ressources minières et agricoles, secteur primaire	<ul style="list-style-type: none"> Des ressources naturelles multiples (fruits, perles) Un territoire producteur de vanille, aujourd'hui centré sur un marché de niche
Ressources marines	<ul style="list-style-type: none"> Des ressources aquacoles et halieutiques importantes De nombreux centres de recherche dont ceux de l'IFREMER La zone économique exclusive

2.3. Une pénurie de foncier

Habitat / Logement	<ul style="list-style-type: none"> Une demande de logements sociaux et intermédiaires forte, et non satisfaite La présence d'habitats insalubres Entre 450 et 500 logements pris à bail par les militaires dans le secteur privé
Foncier et immobilier d'entreprises / état de la demande de porteurs de projets	<ul style="list-style-type: none"> Une saturation des zones d'activités économiques (ZAE) et des zones industrielles (ZI) sur les communes étudiées et par conséquent une absence d'offre foncière et immobilière pour les porteurs de projets Des ZAE/ZI non typées mélangeant tous les types d'entreprises et ne permettant un raisonnement par grappe d'entreprises, par filière... Une localisation des entreprises éparpillée dans les communes, sur l'île

2.4. Le renforcement des spécialisations économiques

Positionnement possible de l'île au niveau économique	<ul style="list-style-type: none"> Filières traditionnelles : tourisme, perliculture, nautisme Filières à potentiel : énergies renouvelables, TIC, Les services à la personne,...
Axes supra communaux souhaités	<ul style="list-style-type: none"> Le développement des activités portuaires et maritimes permettant un plus grand rayonnement sur l'ensemble de la Polynésie française L'amélioration de la circulation sur l'île, et sur l'agglomération avec le schéma directeur des transports terrestres. Et le transfert de la compétence transport intracommunal aux communes à compter de 2016 Une approche globale en termes de stratégie économique, d'aménagement du territoire (création d'une agence de l'urbanisme) et d'implantation d'équipements structurants

Ce diagnostic territorial a permis de faire ressortir quatre axes stratégiques autour desquels s'articulent les huit projets des collectivités locales.

3. LES AXES STRATEGIQUES DU CONTRAT

Animées par un souci commun de revisiter leur modèle de croissance et d'offrir à ces territoires des perspectives de développement durable, les communes concernées par la cession des emprises militaires ont proposé, en concertation étroite avec l'Etat et le Pays, 60 projets, dont huit ont été retenus comme prioritaires.

Les projets prioritaires sont détaillés dans les fiches projets et actions jointes en **Annexe 2**.

L'objectif central est de saisir l'opportunité qu'offre le CRSD pour contribuer au modèle de développement économique endogène. Cet objectif serait décliné autour de quatre (4) axes stratégiques:

- Création de Zones d'Activités Economiques ;
- Requalification de zones et aménagements urbains;
- Création de zones d'activités touristiques et de loisirs ;
- Création d'infrastructures publiques participant au développement économique.

3.1 PREMIER AXE : création de zones d'activités économiques

Trois des huit projets s'articulent autour de cet axe stratégique :

- Réalisation d'une zone d'activité économique (ZAE) sur la commune de Arue (Projet n°1);
- Aménagement d'une zone d'activités à vocation mixte (économique et équipements publics) sur l'ex emprise du CEA à Mahina (Projet n°2);
- Aménagement d'une zone d'activités à vocation mixte sur l'ex-emprise du fort de Taravao (Projet n°3) ;

3.2 DEUXIEME AXE : requalification de zones et aménagements urbains

Deux des huit projets s'articulent autour de cet axe :

- Requalification urbaine de la zone portuaire sur la commune de Papeete (Projet n°4) ;
- Aménagement urbain d'un centre-ville sur la plaine de Taaone, commune de Pirae (Projet n°5).

3.3 TROISIEME AXE : création de zones d'activités touristiques et de loisirs

Deux des huit projets s'articulent autour de cet axe :

- Etudes de requalification de la base ionosphérique en vue d'un projet de développement économique tourné vers la mer sur la commune de Taïarapu Est (Projet n°6) ;
- Création d'une offre touristique sur l'emprise de l'ancien centre d'instruction nautique de Tautira sur la commune de Taïarapu Est (Projet n°7).

3.4 QUATRIEME AXE : création d'infrastructures publiques participant au développement économique

Un des huit projets s'articule autour de cet axe :

- Marché de proximité sur la cité Bopp Dupont à Faaa (Projet n°8).

4. LES EMPRISES INTERESSANT DES IMMEUBLES DE LOGEMENT

Parmi les dix emprises incluses dans le périmètre du CRSD, deux comprennent des immeubles de logement :

- La cité Grand sise sur la commune de Pirae ;
- La cité Mariani sise sur la commune de Taiarapu-Est.

A ce titre et conformément aux dispositions de l'article 39 de la loi de finances pour 2015 susvisée, ces emprises doivent être cédées à la Polynésie française aux fins de remise aux opérateurs locaux en matière de logement social.

Les projets de la Polynésie française pourront être financés le cas échéant, après cession des parcelles, au titre du volet « Logement social » du Contrat de Projets 2015-2020.

5. PARTENARIAT FINANCIER

Les parties contractantes s'engagent à apporter sur la durée du contrat, leur concours financier à hauteur de :

- pour l'Etat : 6 000 000 € soit 715 990 453 FCFP ;
- pour la Polynésie française : 4 190 000 € soit 500 000 000 FCFP ;
- pour les communes : une participation, minimale, en fonds propres de 20% HT + TVA pour chaque fiche action la concernant.

En toute hypothèse, la participation effective de la Polynésie française n'excédera pas, au terme du présent contrat, la participation effective de l'Etat, sans pouvoir dépasser l'enveloppe définie à l'alinéa premier.

Les participations respectives des co-financements à chaque action seront arbitrées par le comité de pilotage et seront modulées en fonction de l'éligibilité des actions aux financements de l'Etat et de la Polynésie française et en fonction des concours financiers éventuels mobilisés auprès de partenaires extérieurs, ce dans la limite des crédits disponibles.

Un règlement, validé par le comité de pilotage, viendra préciser les modalités de dépôt, de présentation, d'instruction, d'attribution et de mise en œuvre des concours financiers définies dans les textes, visés en référence, régissant les dispositifs mobilisés.

6. GOUVERNANCE ET EVALUATION

Le commissariat général à l'égalité des territoires (C.G.E.T) est chargé d'assurer la coordination du dispositif d'accompagnement en lien avec la délégation à l'accompagnement des restructurations (D.A.R) du ministère de la Défense.

La circulaire du Premier ministre du 25 juillet 2008 prévoit que l'accompagnement territorial et la mise en place des contrats de redynamisation des sites de défense sont assurés par un « comité de site » réunissant les acteurs politiques et économiques concernés.

La gouvernance du contrat repose, au-delà de son élaboration par le comité de site, sur deux instances opérationnelles : le comité de pilotage et le comité technique.

6.1. Le comité de pilotage

6.1.1 *Sa composition :*

Le comité de pilotage (COPIL) est présidé conjointement par le Haut-Commissaire de la République en Polynésie française et le Président de la Polynésie française, ou leurs représentants.

Il est composé des membres suivants :

Au titre de l'Etat :

Le Secrétaire Général du Haut commissariat de la République en la Polynésie française, ou son représentant ;

Le Chef de la Subdivision Administrative des Iles du Vent et des Iles sous le Vent, ou son représentant ;

L'Administrateur général des Finances Publiques, ou son représentant ;

Le Commandant supérieur des forces armées en Polynésie Française, ou son représentant

Au niveau de l'Etat, les administrations centrales concernées (CGET, DAR, DGOM) sont tenues informées et sont susceptibles de participer au comité de pilotage si nécessaire.

Au titre de la Polynésie française :

Le Ministre en charge des relations avec les communes, ou son représentant ;

Le Ministre en charge de l'équipement, ou son représentant ;

Le Ministre en charge de l'Economie, ou son représentant.

Au titre des Communes :

Le Maire de la commune de Arue, ou son représentant ;

Le Maire de la commune de Faaa, ou son représentant ;

Le Maire de la commune de Mahina, ou son représentant ;

Le Maire de la commune de Papeete, ou son représentant ;

Le Maire de la commune de Pirae, ou son représentant ;

Le Maire de la commune de Taiarapu Est, ou son représentant ;

Peuvent assister le COPIL, notamment :

Le Directeur de l'Ingénierie Publique, ou son représentant ;

Le Directeur des Interventions de l'Etat, ou son représentant ;

Le Directeur du Budget et des Finances, ou son représentant ;

Le Délégué pour le Développement des Communes, ou son représentant ;

Le Directeur des Infrastructures de la Défense, ou son représentant.

6.1.2 *Ses attributions :*

Le comité de pilotage met en œuvre le contrat (CRSD). A ce titre, il définit les modalités de mise en œuvre du contrat, programme les actions et s'assure de leur réalisation. Il suit le respect des objectifs fixés, se saisit de toute question intéressant la bonne marche du contrat et procède aux inspections et vérifications qu'il juge opportunes.

Ses attributions sont notamment les suivantes :

- il assure le suivi et veille au respect de l'utilisation des crédits ;
- il arrête le montant de la programmation annuelle ;
- il établit la liste des actions programmées (décisions de programmation) ;
- il fixe les règles particulières de présentation et d'instruction des demandes de concours financiers, et celles relatives à leur mise en œuvre ;
- il définit et valide les documents de suivi et d'évaluation du dispositif établis par le comité technique.

Les décisions du COPIL sont arrêtées conjointement par le Haut-Commissaire de la République en Polynésie française et le Président de la Polynésie française, ou leurs représentants.

6.1.3 Son fonctionnement :

Le comité de pilotage se réunit au minimum deux (2) fois par an. Afin de faire face à des situations exceptionnelles, des COPIL extraordinaires peuvent avoir lieu à la demande de l'un des partenaires.

Le secrétariat du COPIL est assuré alternativement par le Haut-Commissariat de la République en Polynésie française et la Polynésie française.

6.2. Le comité technique

Le comité technique (CT) est présidé conjointement par le Chef de la Subdivision Administrative des Îles du Vent et le Ministre en charge des relations avec les communes, ou leurs représentants.

Il est composé des techniciens représentant les différents partenaires.

Au niveau de l'Etat, les administrations centrales concernées (CGET, DAR, DGOM) sont tenues informées et sont susceptibles de participer au comité technique si nécessaire.

Il assure l'instruction des dossiers de demande de financement déclarés recevables, et propose, le cas échéant, leur programmation.

Il peut requérir l'avis et l'assistance éventuelle d'organismes experts extérieurs ou de toute personne susceptible d'alimenter sa réflexion.

Il soumet au COPIL une proposition de programmation à laquelle est également annexée la liste des opérations examinées mais non retenues.

Il se réunit dans l'intervalle des COPIL, afin de suivre l'état d'avancement de l'ensemble des opérations et de veiller au respect du calendrier prévisionnel de réalisation des investissements programmés et des versements de crédit prévus.

Il est en outre chargé d'élaborer des bilans annuels de suivi et d'évaluation du contrat et de les soumettre à la validation du COPIL. Il peut également, à cet égard, faire appel à des prestations externes.

Le secrétariat du CT est assuré alternativement par le Haut-Commissariat de la République en Polynésie française et la Polynésie française.

6.3. Durée du contrat

La durée du présent contrat est de quatre (4) ans, à compter de sa signature. Il peut être prorogé par avenant pour une durée maximale d'un (1) an.

6.4. Modalités d'application

Un règlement, validé par le comité de pilotage, précisera :

- les modalités de présentation et de dépôt des demandes de concours financier ;
- les procédures d'instruction des demandes de concours financier ;
- les modalités d'attribution et de mise en œuvre des concours financiers ;
- les indicateurs d'évaluation du contrat ;

6.5. Evaluation

Une évaluation de la mise en œuvre du présent CRSD sera effectuée une fois par an par le comité technique et présenté en comité de pilotage, sur la base des indicateurs de suivi et d'évaluation mis en place.

6.6. Modification du contrat

Sur demande de l'une des parties, les dispositions du présent contrat pourront être modifiées ou complétées par voie d'avenant, sous réserve de l'avis favorable du comité technique interministériel (CTI), validé par le cabinet du Premier ministre. En cours d'exécution du contrat, le comité de pilotage pourra proposer au CTI une réorientation des actions et des moyens financiers disponibles.

7. MODALITES D'INSTRUCTION ET DE PROGRAMMATION DES DEMANDES DE CONCOURS FINANCIERS

7.1 Dépôt du dossier

Les demandeurs déposent leurs dossiers de demande de financement, en trois exemplaires, à la subdivision administrative des Iles du Vent.

L'ensemble des règles régissant le dépôt et la liste des pièces à joindre aux dossiers de demande de financement est défini par le règlement validé par le COPIL.

7.2 Les critères de programmation

La décision de programmation appartient au comité de pilotage et se fonde sur l'existence de crédits disponibles et une appréciation des critères suivants :

- ❖ le caractère complet du dossier ;
- ❖ le respect des orientations du CRSD ;
- ❖ la faisabilité du projet, technique et financière ;
- ❖ la pérennité du projet sous les angles financier, institutionnel, environnemental, technique, économique et social ;
- ❖ la prospective de l'impact du projet en termes de créations d'emploi et de développement de l'activité économique ;
- ❖ le caractère prioritaire de l'opération envisagée.

8. MODALITES D'ENGAGEMENT

L'engagement financier de l'Etat et de la Polynésie française au titre du présent contrat se décline en quatre (4) axes comme précisé dans le tableau de financement prévisionnel présenté en annexe 2.

La répartition de ces engagements par axe pourra évoluer et faire l'objet d'un avenant au contrat selon les modalités fixées par l'article 6.6.

Sur la base de la décision du COPIL, chaque action d'investissement communal pourra faire l'objet de deux actes distincts d'octroi de financement, sous la forme d'une convention de la part de l'Etat et/ou d'un arrêté de la part de la Polynésie française.

Ces documents définiront l'objet, la nature, le montant et les conditions de versement de leur participation. En cas de cofinancement d'une action, chaque arrêté et convention devra comporter une clause subordonnant l'application de ses dispositions à la signature de l'autre.

Après programmation par le COPIL, sur la base du compte-rendu de réunion, les services de l'Etat et de la Polynésie française émettent un accusé-réception à l'attention du bénéficiaire.

Aucun commencement d'exécution du projet ne pourra s'opérer avant réception par le maître d'ouvrage de l'accusé-réception du dossier concerné (à délivrer pour les seuls dossiers programmés et complets).

Aux risques du demandeur, un démarrage des travaux est autorisé dès la réception d'un accusé-réception de dossier complet et cela sans garantie de l'attribution de la subvention.

9. MODALITES DE PAIEMENT

Sous réserve de la disponibilité des crédits, les modalités de leur versement, sont les suivantes :

- une avance pourra être versée pour chacune des opérations, à la demande du bénéficiaire, à hauteur de 20% ou 30% du montant de la subvention accordée (20% pour les subventions attribuées sur les lignes financières de l'Etat et 30% pour les subventions attribuées par la Polynésie française), sur présentation de tout acte attestant du commencement d'exécution de l'opération ;
- au fur et à mesure de l'avancement réel des opérations, un versement intermédiaire pourra être effectué pour chacune des opérations, à la demande du bénéficiaire, à partir d'une réalisation d'au moins 20% ou 30% du coût de l'opération (selon les crédits mobilisés) à concurrence d'un montant maximal de 80% de la subvention accordée pour l'opération considérée, avance versée comprise. Ce versement aura lieu sur justification de l'état d'avancement financier de l'opération à hauteur du degré de réalisation de l'opération, déduction faite de l'avance (état de mandatements HT et TTC visé par le comptable public du bénéficiaire) ;
- le solde sera versé sur production par le bénéficiaire des pièces justificatives attestant de la réalisation technique et financière de l'opération :
 - tout acte attestant de l'achèvement de l'opération ;
 - le cas échéant, visite sur site, à la demande d'un représentant de l'Etat et/ou de la Polynésie française ;
 - états de mandatements et bilan de clôture HT et TTC visés par le comptable public du bénéficiaire.

La production des pièces justificatives doit intervenir dans un délai maximal de six mois à compter de l'achèvement de l'opération. A défaut de transmission des pièces dans ce délai, l'opération sera clôturée sans versement du solde.

Pour l'Etat et selon le dispositif financier, le comptable assignataire est l'Administrateur Général des Finances Publiques pour le dispositif du FEI ou l'Agent comptable des services industriels de l'armement (ACSLA) pour le dispositif du FRED.

Pour la Polynésie française, le comptable assignataire est le Payeur de la Polynésie française.

En cas de non-respect des dispositions du présent contrat ou de non-conformité des projets réalisés par rapport à la programmation, l'Etat et la Polynésie française se réservent le droit d'exiger le reversement total ou partiel des sommes mandatées.

SIGNATURES DES PARTENAIRES

L'Etat
représenté par le Haut-commissaire de la
République en Polynésie française

La Polynésie française
représentée par le Président du Pays

Lionel BEFFRE

Edouard FRITCH

La commune de ARUE
représentée par le Maire

La commune de FAAA
représentée par le Maire

Philip SCHYLE

Oscar TEMARU

La commune de MAHINA
représentée par le Maire

La commune de PIRAE
représentée par le premier adjoint

Damas TEUIRA

Miriama MACE

La commune de PAPEETE
représentée par le Maire

La commune de TAIARAPU EST
représentée par le Maire

Michel BULLARD

Anthony JAMET

ANNEXE 1: CALENDRIER PREVISIONNEL DE CESSION DES EMPRISES LIBEREES

Communes	Emprises foncières	Date prévisionnelle de libération
ARUE	Emprise LCL BROCHE dite "corne Nord"	Parcelle d'ores et déjà libérée et déclarée inutile par la Défense
FAAA	Une parcelle attenante à la résidence Bopp Dupont	Parcelle non utilisée Déclaration d'inutilité en cours par la Défense
MAHINA	Zone du GSMA	Parcelle non utilisée Déclaration d'inutilité en cours par la Défense
PAPEETE	Base navale et zone de réparation navale de fare Ute	Libération prévue en 2018
PIRAE	Fraction d'emprise dite TAAONE II (zone EMIA)	Libération prévue en 2018
PIRAE	Cité GRAND	Parcelle d'ores et déjà libérée et déclarée inutile par la Défense
TAIARAPU EST	Fort de Taravao	Parcelle d'ores et déjà libérée et déclarée inutile par la Défense
TAIARAPU EST	Résidence Mariani	Parcelle d'ores et déjà libérée et déclarée inutile par la Défense
TAIARAPU EST	Station ionosphérique	Parcelle d'ores et déjà libérée et déclarée inutile par la Défense
TAIARAPU EST	Centre d'instruction nautique de Tautira	Parcelle d'ores et déjà libérée et déclarée inutile par la Défense

ANNEXE 2 : FICHES PROJETS ET ACTIONS

Fiche action

14/12/2015

AXE N°1 Projet n° 1		RÉALISATION D'UNE ZAE SUR LA COMMUNE D'ARUE MONTANT TOTAL : 2 011 200 € TTC (1 779 823 € HT) Soit 240 000 000 FCFP TTC (212 400 000 FCFP HT)		
<u>Diagnostic Constat</u>				
Le Ministère de la Défense va céder l'emprise militaire de la « Corne Nord » (3,1 ha) à la commune d'Arue. Un foncier bien situé pour accueillir de l'activité économique : en bordure de route, à proximité de la laiterie Sachet. Un besoin de foncier d'activité est estimé à 40 ha pour satisfaire l'ensemble des demandes.				
<u>Descriptif de l'action</u>				
<ul style="list-style-type: none">Le projet de la commune est de reconvertir la totalité de l'emprise de la « Corne Nord » en une Zone d'Activités Economiques (ZAE) à vocation généraliste (tous secteurs d'activités).Cette nouvelle offre foncière, à destination du secteur privé, intégrerait :<ul style="list-style-type: none">des surfaces de stockage et de production (dont potentiellement de l'assemblage)des surfaces tertiaires de bureaux et de locaux commerciaux sur du bâti R+1.Pour l'aménagement et la gestion de la ZAE, la commune projette de créer une SEM communale associant la commune et les porteurs de projets s'y implantant.				
<u>Objectifs poursuivis et résultats attendus</u>				
<ul style="list-style-type: none">Accompagner le développement du secteur privé sur la commune.L'implantation d'une dizaine d'entreprises et la création de 50 à 100 emplois				
<u>Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet</u>				
<ul style="list-style-type: none">Maîtrise d'ouvrage : Commune d'Arue (et la SEM une fois créée)Porteur de projet et Référent : Thierry Demary, Chef de projet, directeur de cabinet du maire d'Arue - Thierry.demary@arue.pf				
<u>Phasage du projet en actions</u>				
Action 1.1 : Réalisation des travaux d'aménagement (VRD) (incl. dépollution du foncier/déconstruction du bâti sur le terrain de la corne nord).				
Plan de financement indicatif : action 1.1 : Montant total : 1 779 823€ HT + 13% TVA soit 2 011 200€ TTC				
Principaux postes de dépenses	Montant (€)	Ressources	Montant (€)	% HT
Maitrise d'œuvre et travaux de dépollution et de déconstruction	296 637	Etat CRSD (FRED ou FED)	771 257	43%
Travaux d'aménagement du site (VRD, station d'épuration, espaces verts, traitement des berges)	1 483 186	Pays (PF)	652 602	37%
		autofinancement	355 965	20%
TOTAL FA 1.1	1 779 823	TOTAL	1 779 823	100%
		+ TVA (autofinancement)	231 377	13%
		TOTAL TTC (incl. Tva)	2 011 200	
<u>Évaluation (Indicateurs)</u>				
<ul style="list-style-type: none">Respect du plan de charges de gestion environnementale du siteCréation d'emplois : environ 75Nombre d'entreprises implantées				

Fiche action

14/12/2015

<p>AXE N°1 Projet n° 2</p>	<p>AMÉNAGEMENT D'UNE ZONE D'ACTIVITES A VOCATION MIXTE SUR LA COMMUNE DE MAHINA</p> <p>MONTANT TOTAL : 4 715 140 € TTC (4 172 690 € HT) Soit 562 665 871 FCFP TTC (497 934 000 FCFP HT)</p>
<u>Diagnostic - Constat</u>	
<p>La libération par le ministère de la Défense de l'ex emprise du CEA (environ 5 ha). La situation des terrains libérés par la Défense, en bordure de la route territoriale (RT), permet d'y implanter des activités économiques et d'intérêts publics. L'absence d'offre immobilière/foncière dans l'agglomération qui poussera les porteurs de projets à rechercher des solutions en périphérie. Présence de demandes de porteurs de projets non satisfaites. Le site actuel accueillant les services municipaux d'incendie et de police est exigü et ne répond plus aux normes.</p>	
<u>Description de l'action</u>	
<p>La commune envisage de créer une Zone d'Activités sur l'ancienne emprise du CEA (5,4 ha) de la commune de Mahina. Cette nouvelle offre foncière pourrait intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> la construction d'ateliers relais et l'accueil de services de stockage, d'assemblage et tertiaires, des activités de loisirs et de cultures, ainsi que des activités de restauration et de marché l'accueil de services municipaux tels que la relocalisation du poste de police et du service incendie, la création d'un complexe multifonctions, à vocation sportive et culturelle <p>La commune souhaite privilégier un montage/portage financier privé pour l'offre immobilière à vocation économique au sein du projet. A noter qu'un projet de plus grande ampleur (conditionné à une libération d'emprises militaires plus grande) est également envisagé par la commune</p>	
<u>Objectifs, poursuites et résultats attendus</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer le poids économique de la commune au sein de l'agglomération Le développement économique et la création d'environ 80 emplois Le renouvellement et la mise aux normes d'équipements publics 	
<u>Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet</u>	
<ul style="list-style-type: none"> Maîtrise d'ouvrage : Commune de Mahina 	
Référént : Gilles Lorphelin, directeur général des services - courrier@commune-mahina.pf	
<u>Phasage du projet en actions</u>	
<p>Action 2.1 : Mobilisation d'un AMO : qualification des besoins et définition de grandes orientations d'aménagement. Réalisation d'un dossier de concession d'aménagement.</p> <p>Action 2.2 : Réalisation d'un avant-projet sommaire de l'aménagement de la zone et d'un avant-projet détaillé (APD).</p> <p>Action 2.3 : Réalisation des travaux d'aménagement VRD du site (incl. dépollution du foncier / déconstruction du bâti)</p> <p>Action 2.4 : Réalisation des travaux d'aménagement du marché, du complexe multifonctions et des espaces de restauration</p>	

Fiche action

14/12/2015

<i>Plan de financement indicatif : action 2.1 : Montant total : 259 558 € HT + 13% TVA soit 293 300 € TTC</i>				
Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT
Conduite d'opération par un AMO pour la réalisation de :		Etat CRSD (FRED ou FEI)	51 912	20%
- Etudes des besoins du marché		Autre Etat (DETR)	155 735	60%
- Programmation de niveau APS		Autofinancement	51 912	20%
- Dossier concession d'aménagement				
- Désignation d'un aménageur				
TOTAL F.A 2.1	259 558	TOTAL	259 558	100%
		+ TVA (autofinancement)	33 742	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 2.2 : Montant total : 430 124 € HT + 13% TVA soit 486 040 € TTC</i>				
Maitrise d'œuvre pour la réalisation d'un APS d'aménagement de la zone :	148 319	Polynésie française	344 099	80%
- conception et coordination des différentes opérations prévues sur la zone		Autofinancement	86 025	20%
- scénarios chiffrés				
- programmation des objectifs (logement, service, activité, espace public, environnement, modes de déplacement).				
Réalisation d'un avant-projet détaillé (APD) aménagement de la zone par le maître d'œuvre	281 805			
TOTAL F.A 2.2	430 124	TOTAL	430 124	100%
		+ TVA (autofinancement)	55 916	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 2.3 : Montant total : 1 554 867 € HT + 13% TVA soit 1 757 000 € TTC</i>				
Maitrise d'œuvre et travaux de dépollution et de déconstruction	442 478	Etat CRSD (FRED ou FEI)	517 132	33%
Réalisation des travaux d'aménagement de VRD (Voierie et Réseaux Divers) et d'accès	1 112 389	Polynésie française	726 761	47%
		autofinancement	310 974	20%
TOTAL F.A 2.4	1 554 867	TOTAL	1 554 867	100%
		+ TVA (autofinancement)	202 133	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 2.4 : Montant total : 1 928 142 € HT + 13% TVA soit 2 178 800 € TTC</i>				
<i>Financement hors CRSD</i>				

Fiche action

14/12/2015

Réalisation des travaux d'aménagement du complexe multifonction, marché, et espaces de restauration (sous réserve de la confirmation de ces orientations d'aménagement lors de l'action 2.1)		Autre(s) partenaire (s) (privés)	1 928 142	100%
TOTAL F.A. 2.6	1 928 142	TOTAL	1 928 142	100%
		+ TVA (autofinancement)	250 658	13%
		TOTAL F.A. 2.1 à 2.4	4 172 690	100%
		TOTAL TTC (incl. Tva)	4 715 140	
<i>Évaluation (indicateurs)</i>				
<ul style="list-style-type: none"> - Respect des délais - Création d'emplois : environ 80 				

Fiche action

14/12/2015

	<p>AXE N°1 Projet n° 3</p>	<p>AMENAGEMENT D'UNE ZONE D'ACTIVITES A VOCATION MIXTE SUR L'EX-EMPRISE DU FORT DE TARAVAO (ET EVENTUELLEMENT D'UNE PARTIE DE LA CITE MARIANI)</p> <p>MONTANT TOTAL : 1 315 660 € TTC (1 164 301 € HT)</p> <p>Soit 157 000 000 FCFP TTC (138 900 000 FCFP HT)</p>
	<p><u>Diagnostic - Constat</u></p>	
	<p>La libération par le ministère de la Défense des sites du fort de Taravao (2,88 ha) et de la résidence Mariani (2,86 ha) adjacente. La cession de la résidence Mariani ne peut être réalisée qu'au bénéfice de la Polynésie française pour en faire une opération de logement mise en œuvre par un bailleur social. Toutefois, la Polynésie française pourrait éventuellement affecter une partie de la parcelle où il n'existe pas de logement ou pas de logements conservés.</p> <p>La commune de Taiarapu-Est, et plus globalement la presqu'île de Tahiti, ne dispose d'aucun lieu adapté aux manifestations culturelles et de loisirs, pas davantage de salle de séminaire et/ou polyvalente pouvant accueillir des congrès ou des événements spécifiques à caractère économique, social, culturel, associatif, sportif, etc...</p> <p>Atouts spécifiques du site du fait de sa configuration et de son caractère patrimonial.</p>	
	<p><u>Descriptif de l'action</u></p>	
	<p>A ce stade de la réflexion, les activités envisagées pourraient inclure la création de :</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ une offre intermédiaire d'hébergement hôtelier ♦ une offre culturelle (cinéma, théâtre...) et/ou artisanale, une salle de spectacle et/ou de conférences ♦ un pôle commercial, un pôle d'offre de santé ♦ un parcours de santé, une maison des associations ♦ une offre sociale d'urgence qui permette l'accueil, ponctuel, des femmes battues et/ou des sans domicile fixe, et puisse aussi en cas de besoin abriter une banque alimentaire (épicerie sociale) 	
	<p><u>Objectifs poursuivis et résultats attendus</u></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner le développement économique et touristique de la presqu'île • Développer l'attractivité économique de Afaahiti, en optimisant entre autres son offre culturelle • Développer des activités d'intérêt général à dimension sportive, sociale, culturelle, associative, etc... • Créer des emplois nouveaux : estimés à environ 20 emplois • Préserver l'identité patrimoniale du fort de Taravao 	
	<p><u>Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet</u></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> • Maîtrise d'ouvrage : Commune de Taiarapu-Est <p>Référent : Olivier Mazat, directeur de la communication, Tél. (689) 40 54 78 90, Fax. (689) 40 54 78 75, Vini. 87 78 63 40 - dircom.mazat@taiarapu-est.pf</p>	
	<p><u>Phasage du projet en actions</u></p>	
	<p>Action 3.1. Recensement des besoins pour chacun des secteurs</p> <p>Action 3.2. Elaboration d'un schéma de développement et d'aménagement du site</p> <p>Action 3.3. Assistance à maîtrise d'ouvrage au titre d'une maîtrise d'œuvre de conception architecturale</p> <p>Action 3.4. Etudes de conception pour l'aménagement du site - réalisation d'un avant-projet</p> <p>Action 3.5. Réalisation des travaux d'aménagement (voirie et réseaux divers, bâtiments...) (y compris d'éventuels travaux de dépollution, le cas échéant)</p>	

Fiche action 14/12/2015

<i>Plan de financement indicatif : action 3.1 : Montant total : 37 080 € HT + 13% TVA soit 41 900 € TTC</i>				
Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT
Etat des lieux		Etat CRSD (FRED ou FEI)	29 664	80%
Etude des besoins		Autofinancement	7 416	20%
TOTAL F.A 3.1	37 080	TOTAL	37 080	100%
		+ TVA (autofinancement)	4 820	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 3.2 : Montant total : 74 159 € HT + 13% TVA soit 83 800 € TTC</i>				
Définition des grandes orientations d'aménagement du site		Etat CRSD (FRED ou FEI)	59 327	80%
		Autofinancement	14 832	20%
TOTAL F.A 3.2	74 159	TOTAL	74 159	100%
		+ TVA (autofinancement)	9 641	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 3.3 : Montant total : 14 832 € HT + 13% TVA soit 16 760 € TTC</i>				
Rédaction d'un cahier des charges		Etat CRSD (FRED ou FEI)	11 865	80%
		Autofinancement	2 966	20%
TOTAL F.A 3.3	14 832	TOTAL	14 832	100%
		+ TVA (autofinancement)	1 928	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 3.4 : Montant total : 148 319 € HT + 13% TVA soit 167 600 € TTC</i>				
Prestations connexes (état des réseaux existants, études géotechniques, levés topographiques en cas de besoin...)		Etat CRSD (FRED ou FEI)	59 327	40%
Elaboration d'un APD		Polynésie française	59 327	40%
		Autofinancement	29 664	20%
TOTAL F.A 3.4	148 319	TOTAL	148 319	100%
		+ TVA (autofinancement)	19 281	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 3.5 : Montant total : 889 912 € HT + 13% TVA soit 1 005 600 € TTC</i>				
Etude PRO		Etat CRSD (FRED ou FEI)	311 469	35%
Rédaction du DCE		Polynésie française	400 460	45%
Lancement d'un appel d'offres pour la sélection des entreprises de travaux		Autofinancement	177 982	20%
Travaux de démolition et de dépollution				
Travaux d'aménagement (VRD, rénovation des bâtiments, etc...)				
TOTAL F.A 3.5	889 912	TOTAL	889 912	100%
		+ TVA (autofinancement)	115 688	13%
		TOTAL F.A 3.1 à 3.5	1 164 301	100%
		TOTAL TTC (incl. TVA)	1 315 660	
<i>Évaluation (indicateurs)</i>				
- Création d'emplois : environ 20				
- Respect des délais				

Fiche action

14/12/2015

<p>AXE N°2 Projet n° 4</p>	<p>REQUALIFICATION URBAINE DE LA ZONE PORTUAIRE</p> <p>MONTANT TOTAL : 11 430 320 € TTC (10 115 327 € HT)</p> <p>Soit 1 364 000 000 FCFP TTC (1 207 079 646 FCFP HT)</p>
<u>Diagnostic</u>	
<p>La zone de réparation navale de Fare-Ute sera libérée à l'horizon 2018 par le Ministère de la Défense. Cette libération d'emprise constitue une opportunité pour la commune et plus largement pour la Polynésie Française.</p> <p>Le projet tend à requalifier la zone industrio portuaire dans son ensemble en y incorporant cette emprise.</p> <p>Il s'agit donc à travers ce projet de mener les études préalables et pré-opérationnelles puis d'engager les opérations d'aménagement nécessaires à la requalification de la zone de Fare Ute – Motu Uta.</p>	
<u>Descriptif du projet</u>	
<p>Ce projet a pour vocation de développer les activités économiques et notamment touristiques en mode partenarial dans une optique de renouvellement d'image de la Ville et de son port.</p> <p>Le Port Autonome entame une réflexion stratégique et partenariale de modernisation.</p> <p>En parallèle, la Ville développe un ambitieux projet de renouvellement urbain (PRU) sur les secteurs urbains voisins.</p>	
<u>Objectifs poursuivis et résultats attendus</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Redynamiser les activités économiques portuaires (réparation navale,...) et accompagner le développement des activités touristiques (croisière, plaisance, activités nautiques...), • Développer une offre immobilière et foncière adaptée aux besoins économiques, • Aménager des emprises publiques et parapubliques (espaces publics, équipements...), • Protéger l'environnement et améliorer la qualité des eaux dans la rade de Papeete, • Développer des continuités urbaines entre tissus urbains et tissus industrio portuaires, • Intensifier et diversifier les usages de la zone-industrio portuaire, • Renouveler l'image de la ville portuaire • Constituer un partenariat durable entre les acteurs publics et privés concernés par la zone-industrio portuaire. • Définir un schéma urbain de développement et de renouvellement de la zone industrio portuaire. • Réaliser un équipement emblématique des liens urbains entre ville et port, • Changer l'image de la zone industrio portuaire, • Contribuer au projet de revitalisation du cœur de l'agglomération (projet de PRU en cours de définition). • Créer une quinzaine d'emplois liés aux nouveaux équipements sur l'emprise libérée, et une vingtaine d'autres emplois induits par la redynamisation économique et urbaine du secteur 	
<u>Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet</u>	
<ul style="list-style-type: none"> • Maître d'ouvrage : Commune de Papeete <p>Référent : Emmanuelle Thénot, urbaniste à la ville de Papeete emmanuelle.thenot@villedepapeete.pf - Tel. 40 41 58 82</p>	
<u>Phasage du projet en actions</u>	
<p>Action 4.1 : mise en place d'une INSTANCE de pilotage de la restructuration du secteur Fare Ute</p> <p>Action 4.2 : étude urbaine du secteur industrio portuaire (2016)</p> <p>Action 4.3 : étude des activités économiques du secteur industrio portuaire (2016)</p> <p>Action 4.4 : élaboration d'un PAD (PLAN d'AMENAGEMENT DE DETAIL) sur le secteur industrio portuaire (2017)</p> <p>Action 4.5 : réaménagement des voies et espaces publics liés dans le secteur industrio portuaire (2018-2019)</p> <p>Action 4.6 : étude de programmation d'un équipement de loisirs (2017-2018)</p> <p>Action 4.7 : concours d'architecture pour la réalisation d'un équipement de loisirs (2018)</p> <p>Action 4.8 : réalisation d'un équipement de loisirs (2019-2020)</p>	

Fiche action

14/12/2015

Action 4.9 : élaboration d'un « contrat de rade » (2016)					
Action 4.10 : étude de déconstruction des bâtiments et de dépollution des sols sur les emprises libérées (2016)					
Action 4.11 : opération de déconstruction des bâtiments sur les emprises libérées (2017)					
Action 4.12 : opération de dépollution des sols des emprises libérées (2017)					
Action 4.13 : étude d'aménagement d'un petit équipement communal (2018)					
Action 4.14 : aménagement d'un petit équipement communal (2018)					
Plan de financement indicatif : action 4.1 : Montant total : 44 496€ HT + 13% TVA soit 50 280 € TTC					
	Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT
	Mise en place d'une instance de pilotage de la requalification du secteur industriel portuaire		Réalisation en régie	44 496	100%
	TOTAL F.A 4.1	44 496	TOTAL	44 496	100%
			+ TVA (autofinancement)	5 784	13%
Plan de financement indicatif : action 4.2 : Montant total : 51 912€ HT + 13% TVA soit 58 660 € TTC					
	Etude urbaine du secteur industriel portuaire		Etat CRSD (FRED ou FEI)	41 529	80%
			autofinancement	10 382	20%
	TOTAL F.A 4.2	51 912	TOTAL	51 912	100%
			+ TVA (autofinancement)	6 748	13%
Plan de financement indicatif : action 4.3 : Montant total : 37 080€ HT + 13% TVA soit 41 900 € TTC					
	Etude des activités économiques du secteur industriel portuaire (porteur de projet : commune de Papeete ou CCISM, à confirmer)		Etat CRSD (FRED ou FEI)	29 664	80%
			autofinancement	7 416	20%
	TOTAL F.A 4.3	37 080	TOTAL	37 080	100%
			+ TVA (autofinancement)	4 820	13%
Plan de financement indicatif : action 4.4 : Montant total : 51 912€ HT + 13% TVA soit 58 660 € TTC					
	Elaboration d'un PAD (Plan d'aménagement de détail) sur le secteur industriel portuaire		Etat CRSD (FRED ou FEI)	41 529	80%
			autofinancement	10 382	20%
	TOTAL F.A 4.4	51 912	TOTAL	51 912	100%
			+ TVA (autofinancement)	6 748	13%
Plan de financement indicatif : action 4.5 : Montant total : 1 483 186€ HT + 13% TVA soit 1 675 000 € TTC					
	Travaux de réaménagement des voiries et espaces publics (VEP)		Etat CRSD (FRED ou FEI)	593 274	40%
	Définition des modalités d'entretien et de gestion des VEP		Polynésie française	593 274	40%
			autofinancement	296 638	20%
	TOTAL F.A 4.5	1 483 186	TOTAL	1 483 186	100%
			+TVA (autofinancement)	192 814	13%

Fiche action

14/12/2015

Plan de financement indicatif : action 4.6 : Montant total : 59 327 € HT + 13% TVA soit 67 040 € TTC				
Étude de programmation d'un équipement de loisirs sur l'emprise libérée		Etat CRSD (FRED ou FEI) autofinancement	47 462 11 865	80% 20%
TOTAL F.A 4.6	59 327	TOTAL	59 327	100%
		+ TVA (autofinancement)	7 713	13%
Plan de financement indicatif : action 4.7 : Montant total : 81 575 € HT + 13% TVA soit 92 180 € TTC				
FINANCEMENT HORS CRSD				
Rédaction du règlement du concours Organisation du concours d'architecture		Autre(s) partenaire(s) public(s) ou privé(s)	81 575	100%
TOTAL F.A 4.7	81 575	TOTAL	81 575	100%
		+ TVA (autofinancement)	10 605	13%
Plan de financement indicatif : action 4.8 : Montant total : 6 674 336 € HT + 13% TVA soit 7 452 000 € TTC				
FINANCEMENT HORS CRSD				
Etudes techniques complémentaires nécessaires à la préparation des phases travaux Travaux de réalisation de l'équipement de loisirs Définition des modalités de gestion de l'équipement.		Autre(s) partenaire(s) public(s) ou privé(s)	6 674 336	100%
TOTAL F.A 4.8	6 674 336	TOTAL	6 674 336	100%
		+ TVA (autofinancement)	867 664	13%
Plan de financement indicatif : action 4.9 : Montant total : 22 248 € HT + 13% TVA soit 25 140 € TTC				
Elaboration et signature d'un contrat de rade (porteur de projet : SEML Te Ora No Ananahi)		Etat CRSD (FRED ou FEI) autofinancement	17 798 4 450	80% 20%
TOTAL F.A 4.9	22 248	TOTAL	22 248	100%
		+ TVA (autofinancement)	2 892	
Plan de financement indicatif : action 4.10 : Montant total : 185 398 € HT + 13% TVA soit 209 500 € TTC				
Etude de déconstruction (Audit des bâtiments (potentiel réutilisable), prescriptions techniques Chiffrage des coûts des opérations de dépollution et de déconstruction.	74 159	Etat CRSD (FRED ou FEI) autofinancement	148 318 37 080	80% 20%

Fiche action

14/12/2015

Etude de dépollution des sols (dont prescriptions techniques) Chiffrage des coûts des opérations de dépollution	111 239			
TOTAL F.A 4.10	185 398	TOTAL	185 398	100%
		+ TVA (autofinancement)	24 102	13%
Plan de financement indicatif : action 4.11 : Montant total : 741 593€ HT + 13% TVA soit 838 000 € TTC				
Travaux de déconstruction (désamiantage)		Etat CRSD (FRED ou FED) autofinancement	593 574 148 319	80% 20%
TOTAL F.A 4.12	741 593	TOTAL	741 593	100%
		+ TVA (autofinancement)	96 407	13%
Plan de financement indicatif : action 4.12 : Montant total : 444 956€ HT + 13% TVA soit 502 800 € TTC				
Travaux de dépollution		Etat CRSD (FRED ou FED) autofinancement	355 965 88 991	80% 20%
TOTAL F.A 4.13	444 956	TOTAL	444 956	100%
		+ TVA (autofinancement)	57 844	13%
Plan de financement indicatif : action 4.13 : Montant total : 14 832€ HT + 13% TVA soit 16 760 € TTC				
Etude d'aménagement d'un petit équipement communal sur l'emprise libérée		Etat CRSD (FRED ou FED) Polynésie française autofinancement	5 933 5 933 2 966	40% 40% 20%
TOTAL F.A 4.14	14 832	TOTAL	14 832	100%
		+ TVA (autofinancement)	1 928	13%
Plan de financement indicatif : action 4.14 : Montant total : 222 478€ HT + 13% TVA soit 251 400 € TTC				
Travaux d'aménagement d'un petit équipement communal sur l'emprise libérée		Etat CRSD (FRED ou FED) Polynésie française autofinancement	88 991 88 991 44 496	40% 40% 20%
TOTAL F.A 4.15	222 478	TOTAL	222 478	100%
		+ TVA (autofinancement)	28 922	13%
		TOTAL F.A 4.1 à 4.14	10 115 327	100%
		TOTAL TTC (incl. tva)	11 430 320	
Evaluation (indicateurs)				
	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation effective des différentes actions et mise en service des équipements. • Respect des délais • Création d'emplois : environ 25 emplois 			

Fiche action

14/12/2015

AXE N°2 Projet n° 5	L'AMÉNAGEMENT URBAIN D'UN CENTRE VILLE SUR LA PLAINE DE TAAONE, COMMUNE DE PIRAE MONTANT TOTAL : 4 066 720 € TTC (3 598 867 € HT) Soit 485 289 000 FCFP TTC (429 459 000 FCFP HT)
<u>Diagnostic : Constat</u>	
<p>Compte tenu de l'opportunité de la libération d'emprises militaires sur le littoral, la ville de Pirae souhaite redonner de l'accessibilité à cet espace. Une partie est en effet occupée par le Ministère de la Défense sur plusieurs sites. La libération de terrains militaires constitue une opportunité pour ce projet, notamment en matière de cohésion sociale. La définition d'une offre immobilière résidentielle et d'activités compatible avec le projet. La situation en littoral de ce potentiel foncier permet de créer un nouveau modèle d'habitat, un nouveau quartier, un cœur de ville. L'état particulièrement dégradé et l'implantation actuelle en zone à risque naturel de la salle d'exposition existante Aorai Tinihau.</p>	
<u>Descriptif du projet</u>	
<p>La volonté de la ville de Pirae est de créer une identité urbaine par l'aménagement d'un centre-ville sur la plaine de Taaone, permettant d'améliorer l'attractivité de son territoire et de répondre aux besoins des habitants en matière de qualité de vie et d'accès à la mer</p> <p>A ce stade de la réflexion, ce projet s'étend sur un périmètre intégrant :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'intégralité de l'emprise de l'EMIA (Comsup),• la zone d'ATH (Aorai Tini Hau),• la zone du marché de Pirae et des parcelles attenantes• la zone du complexe sportif de Pirae (terrain de football et de volley ball) <p>Les grands principes s'articulent autour de la création progressive :</p> <ul style="list-style-type: none">• d'activités économiques (bureaux, restaurants, commerces),• d'espaces de vie et de loisirs à proximité du littoral (de type espace public paysager),• de logements mixtes et aérés,• d'une desserte avec création d'une nouvelle trame viaire comprenant une voie structurante commerçante et des nouvelles voies secondaires, pouvant également intégrer le passage d'un TCSP et favorisant les modes doux• d'équipements publics multi usages intégrant une dimension environnementale <p>L'annonce de la libération des 1,5 ha de l'EMIA permet d'envisager la réalisation progressive de ce centre-ville en y intégrant l'emprise du site Aorai Tinihau, aujourd'hui propriété de la commune. Cela en tenant compte du projet d'aménagement dans sa globalité, c'est-à-dire pouvant notamment intégrer les emprises militaires voisines, l'intégralité de l'emprise de l'EMIA (Comsup), le marché jusqu'aux terrains sportifs en front de mer (qui ne sont pas contigus au reste du périmètre).</p>	
<u>Objectifs poursuivis et résultats attendus</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Doter la commune de Pirae d'un centre-ville à partir de l'emprise militaire libérée• Créer une identité urbaine, Encourager la cohésion sociale à échelle de la commune en créant des espaces publics de qualité et ouverts à tous• L'amélioration de l'attractivité de la commune et la dynamisation de son tissu économique• L'amélioration du cadre de vie pour la population locale.• Création d'emplois : environ 400	
<u>Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet</u>	
<ul style="list-style-type: none">• Maître d'ouvrage : Commune de Pirae <p>Référents :</p> <p>Charles REICHART, chef de projet, Directeur Général Adjoint des Services, c.reichart@pirae.pf Jean CHICOU, conseiller en charge de l'aménagement, ajc@mail.pf Moea MAAMAATUALAHUTAPU, chef du service cadre de vie, m.maamaatua@pirae.pf</p>	

Fiche action

14/12/2015

Phasage du projet en actions :					
Action 5.1 : Désignation d'une assistance à maîtrise d'ouvrage pour la définition de grandes orientations et des principes d'aménagement (projet urbain)					
Action 5.2 : Réalisation d'études d'aménagement de façon complémentaire à la révision du PGA (APS - APD et cahier des charges réglementaires)					
Action 5.4 : Réalisation des travaux d'aménagement du site (VRD)					
Action 5.5 : Déconstruction et reconstruction des équipements publics					
Plan de financement indicatif : action 5.1 : Montant total : 306 195€ HT + 13% TVA soit 346 000 € TTC					
	Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT
	-Définition des orientations du projet urbain -Mobilisation d'un AMO et études préalables à la définition du projet urbain -Réalisation du dossier de concession d'aménagement par l'AMO. -Concours d'aménagement (incl. une étude de faisabilité technique, financière, d'impact de l'opération ainsi qu'un phasage prévisionnel).		Etat CRSD (FRED ou FEI) autofinancement	244 956 61 239	80% 20%
	TOTAL F.A 5.1	306 195	TOTAL	306 195	100%
			+TVA (autofinancement)	39 805	13%
Plan de financement indicatif : action 5.2 : Montant total : 177 982€ HT + 13% TVA soit 201 120 € TTC					
	-Rédaction d'un cahier des charges de consultation du bureau d'étude pour l'APS -Réalisation du Projet de niveau APS puis APD -Rédaction cahier des charges réglementaires -Etude d'impact de l'opération sur l'environnement		Etat CRSD (FRED ou FEI) Polynésie française autofinancement	142 386 35 596	80% 20%
	TOTAL F.A 5.2	177 982	TOTAL	177 982	100%
			+TVA (autofinancement)	23 138	13%

Fiche action

14/12/2015

<i>Plan de financement indicatif : action 5.3 : Montant total : 889 912€ HT + 13% TVA soit 1 005 600 € TTC</i>					
-Elaboration du plan d'aménagement des VRD du centre-ville -Réalisation des travaux d'aménagement de VRD et d'accès		Etat CRSD (FRED ou FED) Polynésie française autofinancement	212 076 482 036 195 800	24% 54% 22%	
TOTAL F.A 5.3	889 912	TOTAL	889 912	100%	
		+TVA (autofinancement)	115 688	13%	
<i>Plan de financement indicatif : action 5.4 : Montant total : 2 224 779€ HT + 13% TVA soit 2 514 000 € TTC</i>					
FINANCEMENT HORS CRSD					
Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT	
Création d'espaces publics et récréatifs. Travaux de désamiantage, si nécessaire Travaux de démolition des structures dégradées existantes (marché de Pirae ou autre) Travaux de terrassement, Travaux d'aménagement des espaces publics.		Autre(s) partenaire (s) privés	2 224 779	100%	
TOTAL F.A 5.4	2 224 779	TOTAL	2 224 779	100%	
		+TVA (autofinancement)	289 221	13%	
		TOTAL F.A 5.1 à 5.4	3 598 867	100 %	
		TOTAL TTC (incl. TVA)	4 066 720		
<i>Évaluation (indicateurs)</i>					
<ul style="list-style-type: none"> - Création d'emplois : environ 400 - Respect des Délais 					

Fiche action

14/12/2015

AXE N°3 Projet n° 6	ETUDES DE REQUALIFICATION DE LA BASE IONOSPHERIQUE EN VUE D'UN PROJET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUE TOURNE VERS LA MER MONTANT TOTAL : 972 080 € TTC (860 248 € HT) Soit 116 000 000 FCFP TTC (102 654 867 FCFP HT)
Diagnostic - Constat	
Libération par le ministère de la Défense de la base ionosphérique (1 ha) attenante à la baie de Phaëton Nombre limité de pontons Potentiel nautique avéré dans la baie étant donné le nombre de mouillages « sauvages »	
Descriptif de l'action	
<ul style="list-style-type: none"> La commune envisage de revitaliser la base ionosphérique dans le cadre d'un projet de développement économique tourné vers la mer qui porterait sur l'ensemble de la baie de Phaëton. L'utilisation et l'aménagement de cet espace pourraient tout à la fois englober une offre nautique mais aussi la mise en place d'infrastructures dédiées aux porteurs de projets dans les domaines piscicole et aquacole. L'offre nautique pourrait être mixte avec une zone de loisirs destinée aux clubs nautiques et sportifs et une autre zone réservée aux établissements scolaires (la commune de Taïarapu-Est accueille près de 6 000 élèves sur son territoire et 1 000 d'entre eux pratiquent le va'a). Développement du tourisme nautique Il s'agit donc de mener les études préalables nécessaires à la requalification de la base ionosphérique et de mettre en œuvre un projet de développement économique. <p>Ce projet a vocation à développer une activité économique tournée vers la mer et à redonner vie à cet espace abandonné de longue date.</p>	
Objectifs poursuivis et résultats attendus	
<ul style="list-style-type: none"> Aménager la base ionosphérique de façon équilibrée et durable Protéger l'environnement Dynamiser l'embryon existant de la filière nautique Accompagner les porteurs de projets dans les domaines piscicole et aquacole Offrir une offre nautique aux clubs mais aussi aux établissements scolaires Concilier développement et préservation/valorisation de l'environnement Garantir la présence et l'accessibilité à une offre de services qui puisse contribuer à l'épanouissement de chacun Amélioration de l'attractivité et élaboration d'un projet de restructuration de la base ionosphérique Une base de recherche scientifique pouvant être associée, d'une part à une offre éducative en priorité à destination des scolaires permettant une découverte ludique et scientifique de l'écosystème, d'autre part à une offre de loisirs nautiques digne de ce nom La création d'emplois (environ 5 emplois), le développement économique et touristique L'amélioration du cadre de vie 	
Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet	
<ul style="list-style-type: none"> Maître d'ouvrage : Commune de Taïarapu-Est <p>Référent : Olivier Mazat, directeur de la communication, Tél. (689) 40 54 78 90, Fax. (689) 40 54 78 75, Vini. 87 78 63 40 - dircom.mazat@taiarapu-est.pf</p>	
Phasage du projet par actions	
<p>Action 6.1. Etude d'opportunité, technique et financière</p> <p>Action 6.2. Définition d'un plan d'aménagement de la zone prenant en compte la préservation de la biodiversité</p> <p>Action 6.3 Assistance à maîtrise d'ouvrage au titre d'une maîtrise d'œuvre de conception architecturale</p> <p>Action 6.4 Conception architecturale en vue de la réalisation du projet</p> <p>Action 6.5 Réalisation des travaux d'aménagement</p>	

Fiche action

14/12/2015

<i>Plan de financement indicatif : action 6.1 : Montant total : 88 991€ HT + 13% TVA soit 100 560€ TTC</i>					
	Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT
	Etat des lieux et recensement des besoins/opportunités		Etat CRSD (FRED ou FEI)	71 193	80%
	Démarche prospective incluant un chiffrage financier		Autofinancement	17 798	20%
	Prestations connexes nécessaires (études de sols...)				
	TOTAL	88 991	TOTAL	88 991	100%
			+ TVA (autofinancement)	11 569	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 6.2 : Montant total : 74 159€ HT + 13% TVA soit 83 806€ TTC</i>					
	Définition d'un plan d'aménagement prenant en compte la préservation de la biodiversité		Etat CRSD (FRED ou FEI)	59 327	80%
			Autofinancement	14 832	20%
	TOTAL	74 159	TOTAL	74 159	100%
			+ TVA (autofinancement)	9 641	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 6.3 : Montant total : 14 832€ HT + 13% TVA soit 16 760€ TTC</i>					
	Mobilisation d'un AMO pour la rédaction d'un cahier des charges conforme aux objectifs visés au titre du projet d'aménagement		Etat CRSD (FRED ou FEI)	11 865	80%
			Autofinancement	2 966	20%
	TOTAL	14 832	TOTAL	14 832	100%
			+ TVA (autofinancement)	1 928	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 6.4 : Montant total : 88 991€ HT + 13% TVA soit 100 560€ TTC</i>					
	Concours d'architecture		Etat CRSD (FRED ou FEI)	35 596	40%
	Etude d'avant-projet détaillé		Polynésie française	35 596	40%
	DCE et assistance à la passation des marchés.		autofinancement	17 798	20%
	TOTAL	88 991	TOTAL	88 991	100%
			+ TVA (autofinancement)	11 569	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 6.5 : Montant total : 593 274€ HT + 13% TVA soit 670 400€ TTC</i>					
	Réalisation des travaux relatifs au projet d'aménagement		Etat CRSD (FRED ou FEI)	355 965	60%
			Polynésie française	118 655	20%
			Autofinancement	118 655	20%
	TOTAL	593 274	TOTAL	593 274	100%
			+ TVA (autofinancement)	77 126	13%
			TOTAL F.A 6.1 à 6.5	860 248	100%
			TOTAL TTC (incl. TVA)	972 080	
<i>Évaluation (indicateurs)</i>					
	- Création d'emplois : environ 5				
	- Respect des délais				

Fiche action

14/12/2015

AXE N°3 Projet n° 7	CREATION D'UNE OFFRE TOURISTIQUE SUR L'EMPRISE DE L'ANCIEN CENTRE D'INSTRUCTION NAUTIQUE DE TAUTIRA			
MONTANT TOTAL : 653 640 € TTC (578 442 € HT) Soit 78 000 000 FCFP TTC (69 026 549 FCFP HT)				
<u>Diagnostic - Constat</u>				
Le centre d'instruction nautique de Tautira (2 900 m2) qui, initialement, ne faisait pas partie des emprises libérables, sera finalement cédé à la commune de Taïarapu-Est. Son positionnement à l'entrée de Tautira le long du littoral s'avère propice à la création d'une offre touristique sous la forme d'une offre hôtelière de petite envergure à laquelle pourrait être associée une offre nautique. La prise en compte du développement durable doit être une réalité.				
<u>Descriptif du projet</u>				
La reconversion du centre d'instruction nautique de Tautira en une infrastructure touristique adaptée, avec une mise à disposition sur appel à candidatures d'entreprises privées				
<u>Objectifs poursuivis et résultats attendus</u>				
<ul style="list-style-type: none">Adosser à l'offre touristique une offre nautique (location d'équipements, centre de plongée permanent ou non...)Créer une offre touristique afin de promouvoir la commune associée de TautiraCréer des emplois directs et indirects (prestataires de services) : environ 3 emplois directsRédiger un cahier des charges rigoureux au titre du fonctionnement				
<u>Maîtrise d'ouvrage/Porteur de projet</u>				
<ul style="list-style-type: none">Commune de Taïarapu-Est Référent : Olivier Mazat, directeur de la communication, Tél. (689) 40 54 78 90, Fax. (689) 40 54 78 75, Vini. 87 78 63 40 - dircom.mazat@taiarapu-est.pf				
<u>Phasage du projet par actions</u>				
Action 7.1. Etude d'opportunité Action 7.2. Assistance à maîtrise d'ouvrage au titre d'une maîtrise d'œuvre de conception architecturale Action 7.3. Conception de l'offre touristique sous forme d'avant-projet Action 7.4. Réalisation des travaux Action 7.5. Mise à disposition du site - appel à candidatures				
<u>Plan de financement indicatif : action 7.1 : Montant total : 22 248€ HT + 13% TVA soit 25 140€ TTC</u>				
Principaux postes de dépenses	Montant (€)	Ressources	Montant (€)	%
- état des lieux en matière d'offre touristique		Etat CRSD (FRED ou FED)	17 798	80%
- étude de marché en fonction des besoins avérés et/ou éventuels, actuels et futurs		Autofinancement	4 450	20%
Définition d'une structure adaptée au marché				
TOTAL F.A 7.1	22 248	TOTAL	22 248	100%
		+ TVA (autofinancement)	2 892	13%
<u>Plan de financement indicatif : action 7.2 : Montant total : 14 832€ HT + 13% TVA soit 16 760€ TTC</u>				
Mobilisation d'un AMO pour la rédaction d'un cahier des charges		Etat CRSD (FRED ou FED)	11 865	80%
		Autofinancement	2 966	20%
TOTAL F.A 7.2	14 832	TOTAL	14 832	100%
		+ TVA (autofinancement)	1 928	13%

Fiche action

14/12/2015

Plan de financement indicatif : action 7.3 : Montant total : 88 991€ HT + 13% TVA soit 100 569€ TTC					
Prestations connexes (levés topographiques en cas de besoin...)		Etat CRSD (FRED ou FEI)	35 596	40%	
Elaboration de l'avant-projet détaillé		Polynésie française	35 596	40%	
		Autofinancement	17 798	20%	
TOTAL F.A 7.3	88 991	TOTAL	88 991	100%	
		+ TVA (autofinancement)	11 569	13%	
Plan de financement indicatif : action 7.4 : Montant total : 444 956€ HT + 13% TVA soit 502 800€ TTC					
Etude PRO		Etat CRSD (FRED ou FEI)	177 982	40%	
Rédaction du DCE		Polynésie française	177 982	40%	
Appel. d'offres pour la passation des marchés de travaux		Autofinancement	88 991	20%	
Travaux de démolition et dépollution, si nécessaire.					
Travaux d'aménagement nécessaires					
TOTAL F.A 7.4	444 956	TOTAL	444 956	100%	
		+ TVA (autofinancement)	57 844	13%	
Plan de financement indicatif : action 7.5 : Montant total : 7 416€ HT + 13% TVA soit 8 380€ TTC					
-Rédaction d'un cahier des charges (en ayant préalablement défini le montant du loyer et la durée du bail)		Etat CRSD (FRED ou FEI)	5 933	80%	
-Lancement d'un appel à candidatures, série d'entretiens et sélection du candidat		Autofinancement	1 483	20%	
TOTAL F.A 7.5	7 416	TOTAL	7 416	100%	
		+ TVA (autofinancement)	964	13%	
		TOTAL F.A 7.1 à 7.5	578 442	100%	
		TOTAL TTC (incl. TVA)	653 640		
Evaluation (indicateurs)					
- Création d'emplois : environ 3					
- Respect des délais					

Fiche action 14/12/2015

AXE N°4 Projet n° 8		MARCHE DE PROXIMITE SUR LA CITE BOPP DUPONT A FAA'A		
		MONTANT TOTAL : 1 848 544 € TTC (1 635 880€ HT) Soit 220 600 000 FCFP TTC (195 200 000 FCFP HT)		
<u>Diagnostic - Contexte</u>				
<ul style="list-style-type: none">• Le Ministère de la Défense va libérer la Cité Bopp Dupont (foncier de 7 000 m²) au profit de la commune.• La commune ne dispose pas d'un marché municipal proprement dit. A ce jour, quelques commerçants (10 maraîchers et 5 fleuristes) sont implantés dans des stands en un lieu en bord de route dans la ville. Ce regroupement fait office de marché municipal mais le lieu actuel ne répond pas aux besoins de la population et des commerçants (problèmes d'accès, sanitaires et de sécurité). Le projet prévoit la relocalisation de ces commerçants et la création de nouveaux emplacements (dédiés à la vente de produits maraîchers, de poissons, d'artisanat...) et loués au m².• La commune fait depuis de nombreuses années la promotion du secteur primaire et est très concernée par son développement. Elle réalise actuellement un recensement des différentes terres capables d'accueillir des cultures afin de les mettre à disposition des agriculteurs et prépare un film pédagogique sur les différentes techniques de pêche. Enfin, une fédération regroupant les 3 activités principales du secteur (agriculture, pêche et artisanat) est en cours de création afin de travailler en partenariat avec la commune au développement du secteur.				
<u>Descriptif de l'action</u>				
La réalisation d'un marché de proximité A ce jour, la commune envisage un petit marché en structure légère de type traditionnel.				
<u>Objectifs, poursuivis et résultats attendus</u>				
<ul style="list-style-type: none">• Accompagner le développement économique de la commune et notamment le secteur primaire et favoriser la transmission de savoir-faire.• La création d'un marché de proximité afin de permettre la relocalisation d'un marché informel actuellement situé en bord de route et dynamiser son activité.• Améliorer le cadre de travail des acteurs• L'augmentation de la consommation de produits locaux• Création d'environ 20 à 60 emplois (tenue des stands de vente et tenue des roulottes le soir)				
<u>Maitrise d'ouvrage/Porteur de projet</u>				
• Maître d'ouvrage : Commune de Faa'a Réfèrent : Tutea MOLLON Directeur du Développement Educatif, social et Culturel Tél : 40 800960 Mail : tmollon@mairiefaaa.pf				
<u>Phasage du projet par action</u>				
<ul style="list-style-type: none">• Action 8.1 : Mobilisation d'une AMO en vue de la réalisation des études de conception.• Action 8.2 : Conception architecturale du projet.• Action 8.3 : Réalisation des travaux de viabilisation/ aménagement des VRD (incl. déconstruction du bâti/dépollution du terrain)• Action 8.4 : Réalisation des travaux de construction				
<u>Plan de financement indicatif : action 8.1 : Montant total : 7 416€ HT + 13% TVA soit 8 380€ TTC</u>				
Principaux postes de dépenses	Montant HT (€)	Ressources	Montant HT (€)	% HT
Rédaction d'un cahier des charges par un AMO.		Etat CRSD (RED ou FEI)	5 933	80%
		autofinancement	1 483	20%
TOTAL F.A 8.1	7 416	TOTAL	7 146	100%
		+ TVA (autofinancement)	964	13%

Fiche action

14/12/2015

<i>Plan de financement indicatif : action 8.2 : Montant total : 118 655€ HT + 13% TVA soit 134 080 € TTC</i>				
Réalisation d'une étude de conception (Avant Projet Détaillé : APD).		Etat CRSD (FRED ou FED)	23 731	20%
		Polynésie française	71 193	60%
		autofinancement	23 731	20%
TOTAL F.A 8.2	118 655	TOTAL	118 655	100%
		+ TVA (autofinancement)	15 425	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 8.3 : Montant total : 311 469€ HT + 13% TVA soit 351 960€ TTC</i>				
La réalisation de travaux de dépollution et de déconstruction du bâti	259 558	Etat CRSD (FRED ou FED)	165 001	53%
La réalisation des travaux d'aménagement de VRD (Voirie et Réseaux Divers) et d'accès	51 912	Polynésie française	85 000	27%
		autofinancement	61 468	20%
TOTAL F.A 8.3	311 469	TOTAL	311 469	100%
		+ TVA (autofinancement)	40 491	13%
<i>Plan de financement indicatif : action 8.4 : Montant total : 1 198 340€ HT + 13% TVA soit 1 354 124€ TTC</i>				
Réalisation des travaux de construction		Etat CRSD (FRED ou FED)	647 104	54%
		Polynésie française	311 568	26%
		autofinancement	239 668	20%
TOTAL F.A 8.5	1 198 340	TOTAL	1 198 340	100%
		+ TVA (autofinancement)	155 784	13%
		TOTAL FA 8.1 à 8.4	1 635 880	100%
		TOTAL TTC (incl. TVA)	1 848 544	
<i>Évaluation (indicateurs)</i>				
<ul style="list-style-type: none"> - Création d'emplois : environ 40 - Respect des délais - Respect du plan de charges de gestion environnementale du site 				

DELIBERATION n° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé.

NOR : DSP1501662DL

L'assemblée de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 modifiée complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'avis de la commission de l'organisation sanitaire en date du 21 juillet 2015 ;

Vu l'avis du Conseil économique, social et culturel en date du 19 novembre 2015 ;

Vu l'arrêté n° 1970 CM du 3 décembre 2015 soumettant un projet de délibération à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 305-2016 APF/SG du 5 février 2016 portant convocation en séance des représentants à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu le rapport n° 10-2016 du 21 janvier 2016 de la commission de la santé et du travail ;

Dans sa séance du 16 février 2016,

Adopte :

Article 1er. — Les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé, jointes en annexe, sont approuvées.

Art. 2. — Le Président de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

La secrétaire,
Loïs SALMON-AMARU.

La présidente de séance,
Vaiata PERRY-FRIEDMAN.

LA POLITIQUE DE SANTE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2016-2025

Le système de santé polynésien est confronté à des enjeux majeurs qui le fragilisent dès à présent et le menacent à moyen terme, en l'absence d'une réforme ambitieuse de son organisation, soutenue par une volonté politique dans la durée. Ces orientations stratégiques constituent une vision partagée à 10 ans des évolutions à conduire et des inflexions à accompagner. Les plus importantes d'entre elles sont traduites dans le projet de Schéma d'organisation sanitaire (SOS) pour la période quinquennale 2016-2021 ; d'autres schémas seront à mettre en chantier, au premier rang desquels un schéma médico-social, versant complémentaire dans les domaines frontières de l'action sanitaire proprement dite.

Principaux éléments du diagnostic

L'espérance de vie s'améliore mais l'évolution démographique et des maladies génère des enjeux préoccupants pour la santé publique.

La situation épidémiologique de la Polynésie française connaît des changements rapides avec des tendances similaires à celles des pays développés, telles que :

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

Les grands défis de demain appellent à une responsabilisation collective.

La lutte contre le cortège des maladies dites évitables et de leurs déterminants, constituent désormais les enjeux et les défis majeurs pour le secteur sanitaire et social. Associés à la conjoncture économique dégradée et aux changements démographiques, ils sont déjà un fardeau et vont devenir une menace directe pour la société si rien n'est fait.

Considérant leur part grandissante dans la mortalité et la morbidité, ainsi que leurs coûts pour la collectivité et l'individu, des efforts doivent être concentrés sur :

- la lutte contre les maladies chroniques, dont le cancer et les maladies cardio-vasculaires ;
- la prise en charge des problèmes de santé mentale ;
- la prévention des facteurs de risques majeurs et communs aux maladies et aux décès prématurés, tels que :
 - o l'excès de poids, les modes de vie et l'alimentation
 - o les comportements d'addiction à l'alcool, le tabac et la drogue
 - o les accidents ;
- le contrôle des maladies infectieuses émergentes ou ré-émergentes, à potentiel épidémique ;
- la réduction des risques environnementaux ayant un impact sur la santé ;
- la protection de la santé des groupes vulnérables confrontés :
 - o à la perte d'autonomie liée aux handicaps
 - o à la marginalisation par la précarité
 - o aux problématiques de la vieillesse en situation de risque de dépendance.

Les réponses aux problèmes sont jugées insuffisantes et peu efficaces pour le maintien de la cohésion sociale et l'équité en santé.

L'absence de planification et d'évaluation est un dénominateur commun aux secteurs sanitaire, social et médico-social. Le schéma d'organisation sanitaire 2001-2007, après une prorogation jusqu'en fin 2013 sans aucune révision, est arrivé à son terme. Aujourd'hui, les travaux d'écriture d'un nouveau schéma d'organisation sanitaire (SOS 2016-2021) sont achevés et constituent la première déclinaison de la présente stratégie pour la première période de 5 ans à venir.

Dans le domaine de la prévention, alors que la Polynésie française était un exemple régional dans le développement de ses programmes, ce pan d'activité est en fort déclin. La suppression du fonds de prévention en 2010 et la réduction des budgets alloués ont causé la suspension de certaines activités prévues par les programmes de dépistage des cancers gynécologiques, de lutte contre l'alcool et la toxicomanie, de prévention du diabète et de l'obésité, de vaccination, de surveillance et de contrôle des maladies infectieuses et de gestion des épidémies, de contrôle de l'hygiène et de la salubrité publique.

Les écarts se creusent entre les différentes offres de soins et dans les niveaux de prestations fournis. L'offre de proximité de premier niveau, qui effectue une activité à la fois curative et préventive, est la plus touchée. Soumises aux contraintes géographiques, les inégalités d'accès sont accentuées dans les îles éloignées, avec la dégradation des moyens liée à la crise économique. Le drainage des moyens vers l'hôpital de Taaone a eu un effet négatif indirect sur l'offre de proximité. Si les missions de consultations avancées des spécialistes du CHPF se poursuivent, les missions de santé publique (généralistes, dentistes, sages-femmes, techniciens sanitaires...) dans les îles éloignées se réduisent. Le secteur privé, concentré dans les IDV, voit pour sa part un vieillissement accéléré de ses effectifs et une diminution des cabinets médicaux.

Le travail en réseau est quasi inexistant faute de pilotage, de cadre institutionnalisé et de porteurs. En conséquence, les actions de formation et les démarches pour la qualité des soins n'ont pas vu le jour. Les collaborations entre le public et le privé sont peu développées.

Avec la précarisation montante, le nombre de patients relevant du « RST » augmente dans les centres de santé publics notamment. Leur marginalisation sociale s'accompagne d'une inquiétude pour les malades ne venant pas se soigner, pour les patients chroniques qui abandonnent leurs traitements et qui ont recours à des pratiques de la médecine traditionnelle non encadrées.

L'offre médico-sociale, assurée essentiellement par le milieu associatif, reste insuffisante et est immature dans son pilotage et son organisation. Elle nécessite une réelle professionnalisation tant dans la gestion administrative et financière que dans l'accueil et la prise en charge. Les liens de ce secteur avec le secteur sanitaire et le secteur social sont discontinus car non structurés et non institutionnalisés.

Les besoins seront croissants avec le vieillissement annoncé de la population. Non seulement, les répercussions sur les coûts de santé seront fortes, mais les réponses aux besoins d'accompagnement et d'hébergement des personnes âgées devront être anticipées.

L'urgence est à la maîtrise des dépenses et la recherche de financement pour relancer le développement de la santé.

Si la Polynésie française peut se féliciter de la mise en place de la couverture sociale universelle dès 1995, l'équilibre du système de la PSG est dans une spirale de dégradation. Les dépenses de l'assurance maladie n'ont pas cessé d'augmenter, et ce à un rythme soutenu, tous régimes sociaux confondus.

Cette situation n'est pas spécifique au Pays. Comme en métropole, les dépenses croissent avec le ralentissement des recettes de la protection sociale, la hausse des prix des soins, les progrès coûteux des technologies médicales, l'augmentation de la part des personnes en longue maladie, le vieillissement de la population.

Le déficit tendanciel de la branche maladie de la PSG demeure, malgré la création du FADES en 2012. Le RST, financé à 100% par le Pays, est en déficit depuis 2011 ; son budget 2015 a de

nouveau été voté en déséquilibre, avec un déficit de dotation de 3,0 milliards FCFP par rapport aux dépenses prévues par la CPS au cours de l'exercice.

La conjoncture économique défavorable qui a débuté avant la crise en 2008, a aggravé l'évolution des dépenses de santé. La perte d'emplois a été significative depuis 2007 et la population ressortissante du RST est passée de 51 949 à près de 79 480 affiliés en 2014, tandis que l'on enregistre une baisse parallèle du nombre de cotisants (RNS, RGS).

La question du financement de la PSG et plus généralement du système sanitaire et médico-social, est cruciale pour leur sauvegarde et leur pérennité. Les mesures prises depuis 2011 ont permis de contenir les dépenses de santé en 2014 mais ne sont pas suffisantes pour rétablir l'équilibre, malgré le retour de l'Etat au financement de la solidarité à compter de 2015.

La réforme du financement de la PSG est une urgence et une priorité absolue ; les moyens affectés au système de santé doivent être définis, sans quoi la dégradation du système sera inéluctable, conduisant à mobiliser une part grandissante des moyens pour les soins hospitaliers et de spécialité, au détriment des soins de santé primaire et de l'indispensable prévention, seuls à même de réduire à terme le nombre des malades chroniques qui génèrent les coûts les plus élevés.

La gouvernance du système sanitaire, social et médico-social est défailante.

Bien que le Pays soit compétent en matière de santé et de solidarité, des insuffisances dans le pilotage, la régulation et les processus de décision sont reconnues. La place de l'autorité politique et le positionnement des différents acteurs et parties prenantes sont confus et l'on assiste à des lacunes à tous les niveaux d'intervention.

Les organisations administratives actuelles sont dépassées et dans bien des cas inadaptées à la gestion d'un service de santé ; c'est en particulier le cas pour la gestion des ressources humaines.

Les services du Pays concernés ne peuvent assurer avec efficacité, à la fois des missions de pilotage, de régulation, de contrôle, et des prestations de soins, dans certains cas à la limite du social, auprès de la population. Outre cette dualité de missions, ils sont confrontés à la gestion double et complexe des situations urbaines et des zones isolées, avec des problématiques financières et organisationnelles de plus en plus défavorables.

La Polynésie française n'a pas fixé de cadre normatif pour sa politique de santé et de solidarité. Aussi les exercices de planification sur la base de l'analyse des besoins, sont irréguliers voire absents. Les différents plans ou schémas, même disponibles, sont peu mis en œuvre et évalués. Aussi, toutes les stratégies de financement et de gestion des compétences sont basées sur du court terme et peu sur des logiques d'anticipation et de performance.

Le Pays ne dispose plus d'observatoire de la santé depuis 2003. Les systèmes d'information de santé fonctionnent souvent de manière archaïque avec des données difficilement accessibles, parcellaires et éparpillées. Le projet de création du dossier médical partagé est toujours au stade de projet, faute de pilotage, d'adhésion des acteurs et de moyens financiers et techniques.

La production réglementaire accuse des retards et des lacunes dans un secteur en constante évolution, pénalisant ainsi les activités, les contrôles, les régimes d'autorisation, l'exercice des responsabilités ou l'application des droits des personnes.

Enfin, l'accompagnement et la coordination des acteurs du système sanitaire sont insuffisants pour développer et suivre les projets dans les champs de la prévention et des soins.

Les travaux engagés à l'occasion du SOS ont mis en évidence l'urgence des réformes dans le domaine de la gouvernance et ont placé cette thématique en premier axe de travail.

Les principes pour l'action

La politique de santé applique les obligations et les principes du Droit à la Santé.

Il est utile de se rappeler que le Droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'homme.

Le Droit à la Santé garantit notamment :

- « le droit à un système de protection de la santé offrant à tous la possibilité de bénéficier du meilleur état de santé possible ;
- le droit à la prévention et au traitement, ainsi qu'à la lutte contre les maladies ;
- un accès égal et en temps voulu aux services de santé de base ;
- la fourniture d'une éducation à la santé et d'informations-y relatives ;
- l'accès aux médicaments essentiels ;
- la santé maternelle, infantile et procréative ;
- la participation de la population au processus de prise de décisions sur les questions de santé aux niveaux national et communautaire »

Il accorde une attention particulière aux groupes de population pouvant être confrontés à des difficultés dans l'exercice de leur accès à la santé, liées à des facteurs socio-économiques, biologiques, de discrimination ou de stigmatisation.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé *« comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »*.

Les leviers de la politique de santé reposent sur l'efficience et la performance.

La présente stratégie s'inscrit dans un contexte économique et financier en dépression qui risque de durer pendant la période de validité de ces orientations stratégiques.

Ces contraintes imposent une discipline et une recherche de gains d'efficience et d'efficacité à tous les niveaux, dans chacune des réformes proposées. Il s'agit donc autant de faire face à des besoins de financement nouveaux que de rechercher des économies dans les dépenses existantes.

Au-delà de la nécessité pour le système de santé et de protection sociale de contenir ses dépenses, ces contraintes sont en réalité l'occasion de mettre en œuvre des pratiques améliorées ou neuves et d'éprouver la réactivité et la créativité des acteurs du système dans la recherche de solutions.

Les défis résident donc dans les capacités à trouver des organisations adaptées et des ressources suffisantes pour mettre en œuvre ces orientations, et à faire des choix permettant à chaque personne et à la collectivité d'atteindre le meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre.

La nécessité de mener des réformes profondes devra être admise et partagée par tous.

Au-delà d'un diagnostic partagé, la vision de la future politique de santé doit aussi être partagée par l'ensemble des parties prenantes. La nécessité des réformes profondes qui sont proposées par les pouvoirs publics, passe donc par une compréhension commune et une prise de conscience des leaders et des acteurs du système de santé, pour favoriser l'adhésion et les efforts de chacun dans la mise en œuvre.

Axe stratégique 1 : Moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social

La Polynésie française affirme sa responsabilité à l'égard de la santé de la population.

1.1 – Afin d'être lisible, la politique de santé publique doit faire l'objet d'une base réglementaire.

La politique de santé du Pays doit être clairement définie en termes d'orientations prioritaires, de période de validité, de modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation ; elle doit faire l'objet d'une délibération à l'assemblée de la Polynésie française.

Le SOS 2016-2021, validé lui-même par l'assemblée délibérante, en constitue la première déclinaison.

1.2 – Une loi annuelle de finances sociales traduit les orientations de santé.

Il s'agit de regrouper l'ensemble des crédits destinés au financement de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale, pour constituer un objectif global de dépenses sociales du Pays.

Dans ce cadre, les nouveaux mécanismes d'allocation et de répartition des crédits de cette enveloppe bien identifiée doivent être étudiés.

Leurs principes et finalités reposent sur :

- la garantie des financements ;
- la transparence et la souplesse de gestion sur l'ensemble du dispositif ;
- la volonté de maîtriser les dépenses de santé et de garantir l'équilibre financier ;
- l'amélioration des prestations et l'anticipation des nouveaux besoins.

L'efficacité de la dépense devrait importer plus que son montant ; toute augmentation des dépenses doit donc être pleinement justifiée, de même, pour le recours à toutes formes de prélèvements à terme.

La loi de finances détermine la nature, le montant et l'affectation des ressources et des charges pour chaque année civile, fixe les plafonds de dépenses et comporte les voies et les moyens assurant l'équilibre financier. Le projet de loi est préparé par le Gouvernement sur la base d'éléments objectifs tels que les évaluations économique et financière (sur les recettes, les prélèvements obligatoires et les dépenses), l'évaluation des progrès dans la réalisation des programmes, les analyses des perspectives d'évolution... Il revient à l'APF d'amender et de voter la loi de finances pour le secteur de la santé et de la protection sociale.

L'organisation administrative doit être révisée afin que chaque acteur trouve sa bonne place.

1.3 – Les pouvoirs publics doivent s'appuyer sur une organisation efficiente et efficace des institutions et des acteurs.

1.3.1 – Faire agir en synergie les ministères en charge de la santé, de la solidarité et de la protection sociale généralisée

La vision globale sur les mesures en place ou celles à prendre dans les domaines sanitaire et social, et l'arbitrage des financements qui mêlent les prestations de santé et du social (famille, enfance, handicap) nécessitent une approche synergique et coordonnée des différents ministères en charge de la santé, de la solidarité et de la protection sociale, ainsi que du budget et des finances.

Les exercices de planification permettent ainsi une meilleure transversalité et une mise en cohérence des stratégies sanitaires et sociales en prenant en compte l'ensemble des déterminants de santé.

1.3.2 - Créer une structure administrative, reconnue comme la seule autorité régulatrice du système sanitaire, secteur médico-social et social

Il s'agira d'une entité administrative, nécessairement créée par la loi de pays relative à la politique de santé publique.

Sa mission générale sera d'assurer l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques de santé et de solidarité, ainsi que la régulation du système sanitaire, médico-social et social.

Sa mission de régulation implique de disposer des fonctions suivantes:

- la production d'avis et de recommandations
- la planification
- la gestion par projets
- la production réglementaire
- l'inspection contrôle de l'application des normes et des règles en vigueur
- la gestion des autorisations et des agréments
- la gestion des procédures et des moyens pour la sécurité et la qualité
- l'évaluation des stratégies financières pour la recherche des mesures d'équilibre, d'ajustements et de maîtrise des dépenses
- la préparation annuelle de la loi de finances et sa mise en exécution.

L'autorité régulatrice est la structure d'appui du gouvernement, pour le pilotage et la bonne conduite de la politique décidée dans les domaines précités. Elle agit au nom de la puissance publique, et lui rend compte de son action.

Elle est l'interlocutrice des décideurs, des partenaires et des opérateurs du système. L'espace de concertation et de médiation, fondamental pour la régulation, devient accessible si cette entité est régie par des règles et des méthodes qui garantissent son impartialité et sa transparence.

Elle nécessite des compétences diverses, spécifiques et pointues, pour assurer la qualité de son expertise (juristes, économistes, financiers, inspecteurs, méthodologistes en planification et évaluation...). Elle peut relever d'un redéploiement de personnels des services existants (Direction de la santé, Délégation générale à la protection sociale, Direction des affaires sociales, Caisse de prévoyance sociale...) et d'un recrutement extérieur de compétences non présentes sur le territoire.

1.3.3 – Réorganiser en conséquence la Direction de la santé et la Direction des affaires sociales en une Direction de la santé et de la solidarité

La création d'une autorité de régulation telle que prévue dans le SOS et esquissée dans la réforme de la PSG entraînera une révision en chaîne des 4 organisations suivantes : la Direction de la santé, la Direction des affaires sociales, la DGPS, la CPS.

La Direction de la santé reconfigurée, la Direction des affaires sociales et la CPS conservent alors exclusivement leur place d'opérateurs dans leur périmètre de missions publiques et de prestations.

Dans le cadre de la réforme administrative, l'idée de regroupement des missions et des activités est à exploiter ici, si le système sanitaire, médicosocial et social est pris dans sa globalité, en prenant l'exemple des pays qui l'ont déjà mis en place avec succès (Canada, Nouvelle Calédonie, Canada, ...). Les Agences régionales de santé en métropole ont également mis en œuvre cette approche depuis 2010 en regroupant en une seule structure par région les sept administrations antérieurement en charge des champs sanitaire et médico-social.

1.3.4 – Engager la réforme de l'offre hospitalière au niveau territorial

La réorganisation de l'offre hospitalière en Polynésie française s'impose pour réduire les déséquilibres avec l'offre de proximité publique et du secteur privé, en termes de gradation des soins, de coordination des flux de patients, de répartition des financements et de modes de gestion des établissements. Cet objectif concerne aussi le secteur hospitalier privé, avec un projet de construction d'un pôle hospitalier privé unique.

C'est l'un des axes clés développé dans le SOS 2016-2021.

De même, le projet de mutualisation des laboratoires de biologie de l'ILM, de la DS (Uturoa et Taiohae) et celui du CHPF sera mis en œuvre, en parallèle de la reconnaissance officielle et d'un financement spécifique des activités de recherche dans le domaine de la santé portées par l'ILM.

Dans un souci d'efficience et d'efficacité, la réforme devra se pencher également sur l'organisation des parcours des usagers dans le système de soins, les modes d'accès aux établissements hospitaliers et la gestion des flux de patients selon l'état clinique et les disponibilités de transports. Les établissements hospitaliers devront donc mieux s'articuler avec les services de proximité, dispensant des soins de santé primaires, des actions de prévention et des accompagnements sociaux et familiaux.

1.4 – Le Pays doit se doter d'outils pour piloter, réguler et contrôler l'ensemble du système.

1.4.1 – Disposer d'un cadre normatif et des documents de référence de la politique de santé

Le parti est pris de s'inspirer des lois et du Code de la santé publique français existants, et du modèle du Projet régional de santé appliqué par les agences régionales de santé afin de faciliter les échanges et le dialogue avec l'Etat. L'architecture des documents stratégiques est envisagée comme suit :

- un plan stratégique, pour une durée de 10 ans, définissant à partir d'un diagnostic partagé, les objectifs prioritaires et les stratégies, ainsi que le dispositif d'évaluation de la politique ;
- des schémas d'organisation, d'une période de 5 ans, déclinant les aspects opérationnels des priorités et des orientations stratégiques ; le premier d'entre eux étant représenté par le schéma d'organisation sanitaire ;
- des programmes pluriannuels, par thématique (cancer, système d'information santé, prévention...), qui déterminent les modalités de réalisation des actions, selon un plan structuré, chiffré et évalué,
- un dispositif de conventionnement comportant des contrats d'objectifs et de moyens et des collaborations d'expertise.

1.4.2 – Se doter d'un observatoire social et sanitaire

Disposer d'informations fiables, accessibles et actualisées sur l'état de la santé et les besoins de la population est indispensable dans le cadre de l'aide à la décision pour le pilotage des politiques publiques.

Le SOS 2016-2021 prévoit la mise en place effective de cet outil.

1.4.3 – Comblent les retards et les lacunes dans la production réglementaire

De plus, les besoins dans le secteur sanitaire et médico-social évoluent rapidement, de nouveaux risques apparaissent et la protection des personnes et des droits des usagers du système doit être garantie par la fixation de normes et de règles du droit devant être respectées.

Le Pays doit donc développer son propre code de la santé et celui de l'action sociale. Cette mission sera dévolue à l'autorité de régulation, qui devra se voir dotée d'une équipe de juristes pour entreprendre ce vaste chantier.

1.4.4 – Pour une bonne gouvernance, le secteur sanitaire et social doit moderniser ses modes de gestion des ressources et des compétences

La gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et des affaires sociales ne peut souffrir longtemps de la baisse constante des postes et des effectifs, qui menace directement le fonctionnement des services, l'accessibilité et la qualité des prestations. Avec la précarité et la nécessité de répondre en permanence aux demandes de soins, ces deux secteurs doivent être considérés de façon prioritaire en matière de gestion des personnels.

Il convient de mettre sur pied des plans de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences ainsi que des plans de formation professionnelle, et d'aider les services gestionnaires à développer des systèmes plus souples et plus réactifs.

Les spécificités de certaines missions font apparaître des besoins nouveaux en termes de métiers (tels que les infirmiers consultants, les professions en lien avec la télémédecine et les systèmes d'information...). La fonction publique doit pouvoir s'adapter et permettre de recruter en fonction des besoins réels, selon les compétences et l'expérience des personnes. Elle doit aussi contribuer à la motivation des personnels et être attractive afin de les retenir ou de les faire venir.

Axe stratégique 2 : Améliorer le dispositif de protection sociale généralisée pour une couverture optimale des besoins sanitaires et sociaux

Le premier régime de protection sociale obligatoire en Polynésie française a été mis en place en septembre 1956 et la Caisse de prévoyance sociale a été créée sous la désignation de Caisse de compensation des prestations familiales des Établissements français de l'Océanie.

La couverture sociale généralisée à toute la population a ensuite été instituée en 1994 et l'Etat s'était engagé dans le cadre de la loi d'Orientation n°94-99 du 5 février 1994 pour une durée de 10 ans, à soutenir la protection sociale généralisée.

La PSG a 20 ans d'existence et le contexte tant structurel que conjoncturel dans lequel elle évolue oblige aujourd'hui à envisager une réforme profonde du dispositif.

Le mode de pilotage et de gouvernance de la PSG doit faire l'objet d'une refonte.

La Chambre territoriale des comptes a rappelé dans son rapport de 2014 que « *l'organisation actuelle de la gouvernance de la Caisse n'est pas de nature à garantir la prééminence de l'intérêt général* ».

Il est par conséquent impératif que la politique de santé publique et le système associé de PSG, facteur essentiel de la cohésion sociale, soient organisés et régulés par les représentations institutionnelles du Pays.

La tutelle de la CPS doit donc être renouvelée ; chaque acteur doit être replacé dans son rôle, les organes de concertation doivent retrouver leur fonction et de nouveaux dispositifs de régulation doivent être mis en place pour veiller à une meilleure gouvernance de la PSG.

Enfin, la CPS doit retrouver sa fonction première d'organisme de gestion.

Chaque acteur doit retrouver sa place : les partenaires sociaux proposent, les institutions de la Polynésie française décident et la CPS met en œuvre.

La PSG dispose de structures de financement différentes selon les régimes sociaux qu'il est nécessaire de rééquilibrer, surtout dans un contexte de récession économique.

Le régime des salariés (RGS) et celui des non-salariés (RNS) sont majoritairement financés par les cotisations des assurés. En revanche, le régime de solidarité (RST) n'est financé que par la fiscalité et des subventions du Pays.

Globalement, ces financements sont aujourd'hui adossés à 70% sur le produit des cotisations, 10% sur des subventions du Pays et le solde sur de la fiscalité et autres produits. L'Etat s'est désengagé du financement de la PSG depuis 2008.

Un rééquilibrage des structures de financement de la PSG (cotisations / fiscalité / participations du Pays voire de l'Etat) est à rechercher, en envisageant par ailleurs de développer des couvertures complémentaires (mutuelles, assurances de prévoyance) et la participation de tous les ménages y compris ceux du RST même à titre symbolique.

Cette réforme des modes de financement de la couverture sociale généralisée devra davantage être

guidée par une logique d'équité plutôt que par une logique d'égalité, chaque ressortissant cotisant à hauteur de ses moyens, y compris ceux du RST, incarnant le principe fondateur de la solidarité dans les politiques sociales qui dispose que « chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».

Les modes de financement doivent nécessairement passer par la mise en place le cas échéant, de mécanismes de régulation et de maîtrise des dépenses de manière à garantir la pérennité du système de protection sociale généralisée.

Enfin, la viabilité de la PSG supposera une prise de conscience de toutes les parties prenantes ; le politique, les professionnels de la santé, le CHPF et les autres structures publiques et privées de soins ainsi que les usagers.

Un régime unique avec une gestion par branche contribuera à harmoniser les prestations, lutter contre les inégalités et tendre vers une meilleure équité sociale.

A l'exception de la branche maladie (à part quelques différences pour les longues maladies), les autres prestations sont dispensées de manière inégale selon les régimes :

- Les trois régimes offrent des niveaux de prestations familiales propres à chaque régime ; contrairement aux RGS et RSPF, le RNS attribue des allocations familiales sous condition de ressources,
- Chacun des trois régimes dispose d'un fonds d'action sociale avec des critères d'attribution propres à chaque régime,
- Le régime de retraite est celui qui différencie le plus fortement les trois régimes. Les salariés disposent d'un régime complet d'assurance sociale contrairement aux non salariés qui n'ont aucune obligation de couverture dans un système de retraite par répartition. Quant au minimum vieillesse, il est servi uniquement aux ressortissants du RGS et du RST.

Le cloisonnement actuel des différents risques sous trois régimes administrés par des conseils d'administration et un conseil de gestion, ne favorise pas une action globale et coordonnée dans la prise en charge des nouveaux risques que sont la dépendance, le handicap et la précarité.

La co-existence des trois régimes génère par ailleurs au sein de la CPS une lourdeur et des coûts de gestion non négligeables, compte tenu d'une multiplication d'opérations de gestion et d'instances de décision qui pourraient disparaître avec le déclassement des régimes.

La gestion autour d'un régime unique structuré par branche de risques tels que la maladie, la vieillesse, la famille, les accidents du travail, le handicap, le fonds d'action sociale, permettrait de réorganiser le système des prestations pour une meilleure équité sociale.

Cette gestion inter régimes viendrait ainsi compléter le dispositif de refonte du mode de gouvernance de la CPS.

Les travaux de réforme de la PSG engagés depuis 2014 et qui aboutiront en 2016 porteront ces différentes évolutions.

Axe stratégique 3 : Centrer la politique sur la prévention et la promotion de la santé

Le Pays doit marquer son engagement fort dans une stratégie cohérente et audacieuse pour la prévention.

3.1 – Le schéma de la prévention doit être élaboré sous un angle multisectoriel.

Le maintien d'un bon état de santé est un enjeu capital pour la société car c'est un facteur de progrès et de dynamisme. Les principes stratégiques de la promotion de la santé sont :

- d'inciter et d'aider à faire des choix en faveur de la santé et à accéder à une qualité de vie satisfaisante, ce qui suppose une responsabilisation individuelle et des communautés
- de créer des environnements où les expositions aux divers facteurs de risque pour la santé sont réduites.

Le secteur de la santé ne peut à lui seul parvenir à modifier les comportements et les facteurs qui découlent du milieu environnemental. La promotion de la santé n'est pas l'affaire du seul ministre de la santé. Aussi le SOS 2016-2021 prévoit-il une organisation de la prévention en impulsant une collaboration interministérielle pour une vision partagée des priorités et des stratégies à mener.

Il faudra veiller également à ce que les politiques sectorielles hors du champ sanitaire et social, soient cohérentes avec les concepts et les objectifs de santé. La lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme sont des exemples de programmes où les objectifs économiques contrecarrent souvent ceux de la santé publique. L'équilibre alimentaire doit être une notion totalement intégrée dans les intérêts commerciaux et industriels du secteur agroalimentaire.

3.2 - Le Pays doit s'engager en priorité dans la réduction du surpoids et de la prévalence des maladies évitables.

Les défis futurs les plus importants concernent des problèmes de santé dont les causes sont évitables et liées à l'adoption de pratiques non adéquates, à des facteurs alimentaires et des modes de vie souvent néfastes. Avec le vieillissement et la précarisation, les coûts liés au développement des maladies non transmissibles vont inéluctablement croître.

Face à des forces puissantes telles que la mondialisation et le marketing, les pouvoirs politiques doivent utiliser des leviers forts et efficaces, qui incluent la législation, la fiscalité, le contrôle, les dispositifs incitatifs ou répressifs, la communication, de façon à soutenir l'action quotidienne sur le terrain.

La prévention s'envisage sur toute la durée de la vie ; elle est un gage certain pour la santé et la lutte contre les risques et les maladies. Elle commence par la santé pré et post-natale, puis l'acquisition des comportements adéquats dès le plus jeune âge, à la maison et à l'école. Elle cible ensuite les adultes en milieu de travail ou ailleurs, et enfin les seniors.

Les stratégies sont donc plurielles et transversales car elles peuvent agir sur des facteurs de risque et des groupes cibles souvent identiques. Elles requerront une participation active de toutes les parties prenantes pour la mise en œuvre.

Des thématiques de santé autres que les maladies non transmissibles (telles que les maladies infectieuses courantes, la protection maternelle et infantile, la santé dentaire, le planning familial, etc.) font déjà l'objet d'actions systématisées ou spécifiques. Ces acquis doivent être maintenus car tout relâchement des efforts peut avoir des conséquences néfastes en santé publique.

Les mesures de lutte contre la pauvreté doivent concevoir des stratégies multiples : l'accès aux minima sociaux, l'accès aux soins, la politique de logement, l'accès à l'emploi et à la formation, la réussite éducative, l'aide aux familles, la lutte contre la fraude et l'assistanat. La réforme de la PSG s'attachera à revoir le dispositif du FAS et du RST dans un cadre plus large d'une politique de solidarité.

Les réponses aux besoins liés au vieillissement doivent être anticipées que ce soit dans le secteur médical et médico-social, ou dans celui de l'aménagement de l'accueil et de l'hébergement des personnes âgées et du financement de la retraite.

Les moyens pour la mise en œuvre doivent être garantis.

3.3 – Les réseaux intersectoriels doivent être structurés et professionnalisés.

Les opérateurs de la prévention sont nombreux, professionnels de tous ordres ou bénévoles. La qualité des interventions est variable ; leur efficacité est souvent remise en cause et les retombées sur la santé ne sont pas palpables à court terme et sont difficiles à mesurer.

Ce secteur d'activité nécessite une professionnalisation qui passe par une plus grande technicité des planificateurs et des acteurs, en conduite des projets, en évaluation, en communication et en éducation à la santé. La formation doit être réalisée à tous les secteurs et niveaux d'intervention.

Les réseaux dans les différents secteurs contribuant à la promotion de la santé, ont besoin d'être mieux coordonnés et structurés, et doivent œuvrer selon une logique de résultats et non de moyens.

3.4 – Un financement spécifique doit être garanti pour la prévention.

3.4.1 – Une juste répartition des moyens financiers doit être faite entre le secteur curatif et préventif

Les dépenses dédiées à la prévention avaient atteint leur apogée en 2008, grâce à l'existence de l'EPAP, avec un montant de 2,990 milliards FCFP sur une dépense courante de santé de 72 milliards FCFP. En 2010, les comptes de la santé mettent en évidence une baisse de 1 milliard en 2 ans des dépenses pour la prévention, alors que les dépenses de santé n'ont pas cessé de croître. Le secteur curatif a été développé au détriment des programmes de prévention.

Dès lors, si la prévention doit être considérée comme une priorité, son financement doit être garanti. Le réajustement des budgets doit être fait et une enveloppe stable doit être constituée pour la réalisation des programmes pluriannuels de prévention. Dans un contexte budgétaire contraint, ceci va de pair avec la recherche de mesures volontaristes de maîtrise des dépenses liées aux soins.

L'éligibilité des projets au financement repose sur des critères sélectifs tels que la qualité des porteurs, le caractère prioritaire des enjeux, l'innovation, des résultats mesurables... Un système d'évaluation est nécessaire pour démontrer l'efficacité de la prévention.

3.4.2 – Les prestations de l'assurance maladie doivent comporter des mesures de prévention

Dans le cadre du plan de maîtrise de dépenses de santé, les prestations de la CPS doivent être améliorées afin de couvrir davantage les mesures et les interventions de prévention, dans le cadre des programmes validés par le schéma de prévention.

Les parcours de santé des usagers peuvent être rationalisés et adaptés. Le développement des réseaux notamment pour les maladies chroniques, peut être soutenu par la PSG au moyen d'incitatifs adaptés s'ils utilisent des approches de santé globale, de continuité et de multidisciplinarité des prises en charge en prévention et en soins.

Axe stratégique 4 : Garantir un système de santé de qualité

La politique en faveur de la qualité est la clé de voûte du futur schéma d'organisation des soins

Selon la Haute Autorité de Santé, la qualité est un impératif médical, une exigence sociale, une nécessité économique et politique. *«La qualité d'un système de santé augmente lorsque les soins prodigués sont aussi efficaces, sûrs et accessibles que possible, dans des conditions aussi équitables et efficientes que possible ».*

Le nouveau schéma d'organisation sanitaire (SOS 2016-2021) pose le principe d'une recherche de l'efficience comme impératif pour permettre l'intégration du progrès à venir. Le premier schéma d'organisation du secteur médico-social doit être élaboré.

La qualité du système de santé est au cœur des objectifs de ces deux schémas car elle vise la régulation des pratiques au bénéfice du patient et implique la régulation de l'organisation en faveur de l'accessibilité équitable et un impératif d'efficience en maîtrisant durablement les dépenses.

La coopération est le mot d'ordre pour garantir la qualité et la sécurité.

4.1 – Promouvoir et développer le travail en réseau : cet effort s'impose aujourd'hui.

La réussite d'une politique de qualité repose avant tout sur la synergie des acteurs de l'offre qui peut être impulsée par l'existence de réseaux structurés. Les professionnels comme les décideurs et les usagers diffusent un concept commun de la qualité et un plaidoyer en faveur d'objectifs partagés.

La sensibilisation et la formation des responsables de services et des personnels constituent un moyen important pour promouvoir la qualité des pratiques et faire naître des initiatives individuelles ou de groupes pour développer des projets de travail en réseau sur une large gamme de thématiques.

Il convient non seulement d'encourager les coopérations entre les établissements et entre les professionnels, mais de nouvelles formes de contractualisation doivent être favorisées, comme dans la collaboration du secteur public avec le secteur libéral.

Compte tenu des spécificités géographiques du Pays et des enjeux démographiques grandissants en matière de professionnels de santé, une organisation de filières de soins structurées entre Tahiti et les archipels doit être repensée. Celle-ci doit reposer sur des liaisons facilitées entre les structures (télémédecine et nouvelles technologies de l'information et de la communication), des professionnels de proximité aux compétences élargies et un accompagnement des parcours professionnels renforcé.

4.2 – Forger une culture partagée de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Le changement des comportements des professionnels par l'action publique nécessite qu'il y ait un engagement à l'égard de l'amélioration de la pratique du soin. Aussi la mise en œuvre d'une charte des bonnes pratiques et des réseaux de soins est préconisée. Des mesures incitatives en particulier de nature financière ou par la labellisation, peuvent être pensées pour reconnaître, valoriser, voire récompenser les efforts. Mais ce dispositif ne peut exister que s'il est accompagné d'un dispositif de contrôle doté d'un pouvoir de sanction vis-à-vis des pratiques déviantes.

L'engagement des professionnels dans la démarche qualité sous-entend de développer une culture de l'évaluation des pratiques. A ce titre, des outils doivent être proposés, tels les référentiels sur les démarches d'évaluation, l'accompagnement dans la conduite des projets de diagnostic et d'évaluation de la qualité, ou encore le conseil juridique à développer avec les différents ordres et syndicats.

4.3 – L'organisation du parcours des usagers permet une plus grande cohérence des interventions et au plus près du patient.

La création d'une coordination des parcours de santé doit être soutenue, en particulier dans les thématiques où un intérêt est le plus marqué. C'est, par exemple, la prise en charge des pathologies chroniques et de la dépendance des patients, où la recherche d'efficience et d'efficacité intéresse le financeur, les professionnels autour du soin et de l'accompagnement social, ainsi que l'utilisateur. Les protocoles de prise en charge tout au long du parcours de soins doivent être formalisés, car ils prennent en compte les articulations entre les différents niveaux de soins (hôpitaux et centres de santé de proximité, secteur ambulatoire, hôpital de dernier recours, établissements médico-sociaux) et reposer sur un cadre harmonisé en termes de qualité et de sécurité, à un coût abordable. La prévention et l'éducation thérapeutique y sont nécessairement valorisées.

La connaissance du parcours de santé nécessite de développer des systèmes d'information de santé (SIS) inter opérables susceptibles d'utiliser les nouvelles technologies de l'information et de la communication. La création du dossier médical partagé est au cœur de la structuration des parcours de santé en Polynésie française, en raison des enjeux liés à l'isolement et à la dispersion des populations.

Le schéma directeur des SIS de la Polynésie française validé en 2010, doit être actualisé et reconnu comme un socle commun aux acteurs du système de santé et trouver des applications pour le partage des données médicales en mode sécurisé, la mise en place de la télémédecine et la coordination des interventions pluridisciplinaires.

4.4 – Les démarches de management de la qualité et de la sécurité dans les établissements et les structures sanitaires et médico-sociales doivent être obligatoires.

Sans que cela devienne un exercice bureaucratique et procédurier, les démarches de gestion de la qualité doivent être intégrées au quotidien dans les tâches, les pratiques et les organisations des établissements et des services.

Les outils doivent être simples et lisibles, et à la fois rigoureux et permettre la transparence.

Ainsi de façon pratique, les dispositifs de surveillance et de signalement des événements au sein des établissements doivent être renforcés. Cela demande de disposer d'un système d'information performant et réactif.

4.4 – Les usagers doivent être impliqués dans la gestion de l'offre et de la qualité.

De plus en plus, le droit des patients appelle une exigence déontologique des soignants et une demande d'exigence de sécurité, de transparence et d'information sur les soins que reçoit le malade. Aussi l'utilisateur est au cœur du système sanitaire et médico-social et des organisations afférentes.

Son implication et sa responsabilisation passent par des stratégies comme :

- une meilleure information de son patient par le professionnel
- une éducation pour favoriser l'adhésion au traitement et l'autonomie de prise en charge de sa pathologie
- une participation aux réflexions concernant l'amélioration de la qualité et à la gestion des structures
- une information du grand public.

Le Pays doit combler son retard en matière de réglementation relative aux droits, à la protection des personnes, aux responsabilités.

La sécurité et la qualité des soins et de la prise en charge sont un des domaines du Code de la Santé publique dont l'élaboration est un objectif prioritaire attendu.

Les démarches de certification reposent sur des procédures réglementaires de l'évaluation de la qualité et sur un cadre normatif harmonisé des différents secteurs d'activités, notamment en milieu

hospitalier. Inexistants aujourd'hui, il s'agit d'un chantier que l'autorité de régulation devra porter.

De même, les dispositifs d'autorisation des activités et des équipements lourds peuvent être renforcés au sens que le dossier d'autorisation devrait être fondé sur les critères de la qualité.

La médecine traditionnelle doit trouver sa place.

L'intégration de la médecine traditionnelle dans le système de soins est une question récurrente à laquelle il convient d'apporter une réponse, en allant dans le sens de la Stratégie de l'OMS (2003) pour les médecines traditionnelles. Le processus doit s'assurer qu'une politique et les mécanismes réglementaires sont créés afin de reconnaître et d'encourager les bonnes pratiques et de garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits et des thérapies des médecines traditionnelles.

Il consiste pour la médecine traditionnelle polynésienne, dans un premier temps, à :

- réaliser un répertoire des savoirs, par une organisation spécifique ayant des appuis scientifiques et ouverte aux tradipraticiens
- faire valider les recommandations d'usage sans danger et rationnel par l'autorité sanitaire compétente, sur la base d'informations fiables.

Dans un second temps, il conviendra de :

- mettre en œuvre la réglementation qui garantit la bonne utilisation et organise le contrôle de la qualité des produits et des pratiques
- assurer la sécurité des usagers par la formation et un système de qualification et d'autorisation des tradipraticiens, et par la collaboration avec les professionnels de la médecine conventionnelle.

Le Pays doit renforcer ses capacités de gestion de la veille et des alertes sanitaires.

L'organisation des moyens de la veille sanitaire doit être consolidée entre les différents intervenants de l'Etat, des services du Pays et des communes. L'idée de créer un lieu unique de signalement des événements et une plate-forme unique par la mise en place d'un circuit simple et connu de tous, est à étudier. Cela implique de regrouper des missions et des tâches, ainsi que des compétences actuellement éparpillées au sein de l'administration publique :

- au sein du secteur de la santé (DS, Institut Louis Malardé, CHPF...)
- et entre les services concernés (Service du développement rural, Direction des affaires économiques, Direction de l'environnement, Service de l'urbanisme...)

L'amélioration du système d'information dédiée à la surveillance et la veille sanitaire en sera ainsi facilitée.

La recherche dans le domaine de la santé doit être individualisée.

La recherche en santé est essentiellement portée par l'ILM en Polynésie sur plusieurs thématiques qui ont fait sa renommée internationale (maladies virales et ciguatoxines notamment). Il convient désormais d'individualiser davantage les activités de recherche de l'Institut et d'en assurer un financement dédié sur objectifs, dans le cadre d'une politique globale d'animation de la recherche à l'échelle du Pays, précisée dans un schéma directeur de la recherche en Polynésie française.

La recherche participe du dynamisme intrinsèque des organisations de santé et de la qualité des soins ; cet atout doit être préservé à moyen terme, en inscrivant les équipes du Pays dans des réseaux et collaborations internationales porteuses de reconnaissance et le cas échéant de financements.

DELIBERATION n° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021.

NOR : DSP1501663DL

L'assemblée de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 modifiée complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'avis de la commission de l'organisation sanitaire en date du 21 juillet 2015 ;

Vu l'avis du Conseil économique, social et culturel en date du 19 novembre 2015 ;

Vu l'arrêté n° 1971 CM du 3 décembre 2015 soumettant un projet de délibération à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 305-2016 APF/SG du 5 février 2016 portant convocation en séance des représentants à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu le rapport n° 11-2016 du 21 janvier 2016 de la commission de la santé et du travail ;

Dans sa séance du 16 février 2016,

Adopte :

Article 1er.— Le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021, annexé à la présente délibération, est approuvé.

Art. 2.— Le Président de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

La secrétaire,
Loïs SALMON-AMARU.

Le président,
Marcel TUIHANI.

SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE 2016-2021 POLYNESIE FRANÇAISE EN PARTENARIAT AVEC L'AGENCE FRANÇAISE DE DEVELOPPEMENT

Les principes fondateurs du nouveau schéma d'organisation sanitaire

Le nouveau Schéma d'Organisation sanitaire Polynésien (SOS) tire les leçons du SOS précédent et de sa trop grande complexité, qui a freiné sa mise en œuvre.

Il se concentre sur les orientations structurantes et les fondations permettant un renouveau.

Il prend en compte le contexte financier contraint, tout en tenant compte de l'évolution de l'état de santé et des besoins nouveaux.

Il pose comme une priorité le renforcement de l'équité territoriale.

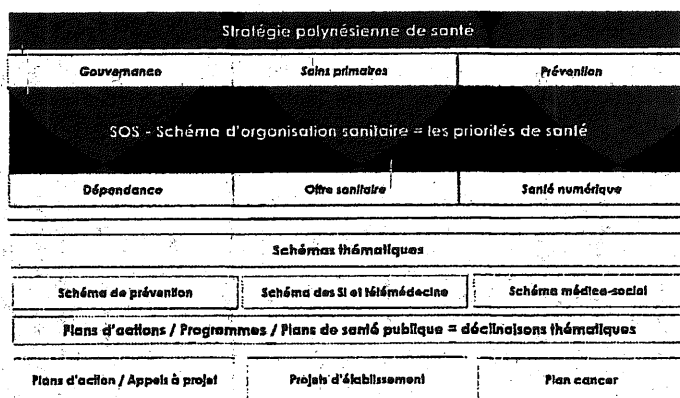
Il se veut pragmatique et impulse des évolutions par étape et sous forme d'expérimentations.

Il se présente sous la forme d'un document de priorisation d'axes, d'orientations et d'actions majeures.

Il peut prendre appui schémas thématiques ou être décliné de façon plus opérationnelle, en plans d'action ou programmes d'interventions.

Sa mise œuvre fera l'objet d'un suivi qui devra être présenté chaque année, devant la commission d'organisation sanitaire.

Schéma de positionnement du SOS



2016

2016
2021

Les 6 Axes majeurs du SOS :

- Restaurer l'Autorité du Pays, par la mise en place d'une Autorité de régulation de la Santé et de la Protection sociale
- Améliorer la santé primaire dans les Archipels
- Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins
- Faire de la prévention du surpoids un choix majeur pour la santé des polynésiens
- Relayer le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité
- Soutenir l'ensemble des efforts par la constitution d'un espace numérique de santé polynésien

Axes et Orientations du SOS

Axes	Orientations	Actions
Axe 1 Restaurer l'Autorité du Pays	Fonder une Autorité de régulation de la Santé et de la Protection sociale	Promulguer un texte fondateur de l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale Structurer et organiser l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale Structurer par délibération une Observation de la santé en s'appuyant sur les ressources existantes
	Bâtir l'établissement public polynésien de soins primaires	Regrouper l'ensemble des structures publiques de santé de soins primaires et de prévention dans un établissement public (ensemble des unités de la santé publique sans hébergement ainsi que Moorea) Organiser territorialement ce nouvel établissement public autour de subdivisions Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents
	Unifier le Service hospitalier public polynésien	Créer une communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique (Taaoe, Uturoa, Taravao et Talohae) Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents
	Assujettir tout financement à une autorisation	Réécrire le régime des autorisations en le fondant sur l'appel à projet Associer systématiquement un mode de financement à l'autorisation issue de l'appel à projet Mettre à jour la carte sanitaire sur la base des lits et équipements installés et des projets d'évolution de l'offre portés par les autres axes
	Assujettir tout équipement nouveau à une étude médico-économique	Valider le principe que tout équipement ou activité supplémentaire doit être fondé sur une étude médico-économique, avec un rapport coût-bénéfice favorable, et respectueux de l'objectif polynésien des dépenses de santé
	Opposabilité du schéma d'organisation sanitaire aux tiers	Adoption du SOS par l'Assemblée <i>La Délibération 2002-169 pose le SOS (article 1 et 5) et les circonstances dans lesquelles il est opposable (article 25 2°) dans le cadre des autorisations sanitaires «L'autorisation est accordée, ... lorsque le projet ... Est compatible avec les objectifs fixés par le schéma d'organisation sanitaire et avec les schémas spécifiques si ces activités en dépendent».</i>

Axes	Orientations	Actions
Axe 2. Améliorer la santé primaire dans les Archipels	Améliorer la couverture de santé primaire	<p>Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'instauration de l'établissement polynésien de soins primaires</p> <p>Faire de l'« Infirmier en soins de santé primaire » un pivot de la nouvelle organisation</p> <p>Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les îles :</p> <p>Renforcer la coordination médicale et du parcours de soin, garantie de continuité de la réponse médicale</p> <p>Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins, y compris étrangers à diplôme hors UE</p> <p>Couvrir les zones sans médecin par une offre itinérante de médecins et paramédicaux : lancement d'un appel à projet expérimental pour la couverture des îles et atolls dénués d'offre (publique ou libérale) par une rotation régulière de professionnels</p>
	Rapprocher la convalescence du domicile	<p>Ouvrir 100 lits et places de SSR par reconversion de lits MCO</p> <p>Développer quelques lits de rééducation fonctionnelle spécialisée (neuro et cardio) sur Tahiti par reconversion</p>
	Renforcer les équipements de transport sanitaire	<p>Rendre effectives les rotations hélicoptérées de Moorea et de Taravao vers le CHPF</p> <p>Améliorer le transport inter-établissements en renforçant les moyens</p>
	Mettre l'efficacité au service du renforcement des soins primaires	<p>Réduire le nombre de lits MCO par reconversion</p> <p>Améliorer la performance interne des établissements hospitaliers</p> <p>Développer une plateforme logistique unique de pharmacie pour le secteur public</p> <p>Réduire les transports sanitaires par le renforcement de l'accès aux soins primaires et la mise en place d'une coordination renforcée sur les Evasan</p>

Axes	Orientations	Actions
Axe 3. Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins	Augmenter l'offre de dialyse	<p>Favoriser le déploiement par appel à projet d'une offre de dialyse capable de couvrir 100 personnes supplémentaires à coût plus efficient</p> <p>Encourager le développement de la greffe préemptive</p>
	Développer l'offre de santé mentale	<p>Adopter un Schéma directeur de Santé mentale couvrant de manière intégrée le projet de structure unique ainsi que le développement d'activités hors les murs</p> <p>Fusionner les services concernés (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, addictologie, CAMSP) dans une entité juridique unique</p>
	Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre cancer et adopter le plan cancer	<p>Structurer un réseau de soins cancer</p> <p>Expérimenter l'administration de la chimiothérapie en proximité (Taravao, Uturoa)</p>
	Créer un pôle privé unique	<p>Lancer un appel à projet permettant de constituer un pôle privé unique, modernisé.</p>
	Favoriser une approche par parcours de santé en s'appuyant sur le premier recours et l'articulation entre les secteurs public, privés et libéral	<p>Faire du médecin référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD</p> <p>Intégrer dans la convention d'installation des missions de service public</p> <p>Faire évoluer le dispositif de conventionnement des personnels de santé non prescripteurs (infirmiers, kiné) pour permettre leur rapprochement autour d'un médecin référent ou d'une maison médicale</p> <p>Expérimenter des modalités incitatives au regroupement en maisons de santé</p> <p>Mettre en place un réseau de santé périnatal piloté par la maternité de référence au CHPF, en vue de formaliser la coordination des prises en charge des accouchements notamment inter-îles</p>

Axes	Orientations	Actions
Axe 4. Réinvestir la prévention et la promotion de la santé	Faire de la lutte contre le surpoids une priorité Pays de la prévention	<p>Elaborer un schéma de prévention du surpoids et de l'obésité</p> <p>Définir la lutte contre le surpoids comme priorité du Pays pour permettre la mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de facteurs de risques</p>
	Rationaliser l'organisation de la prévention	<p>Organiser les services de prévention en visant une polyvalence et une pluridisciplinarité : maintenir les postes mais élargir les missions des personnels de prévention</p> <p>Renforcer les points et actions de dépistage en utilisant le maillage: médecine du travail, dépistage scolaire</p> <p>Intégrer une approche coût-efficacité en prévention</p> <p>Redonner aux communes un rôle dans la santé</p>
	Partager une approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé	<p>Améliorer la connaissance de la population pour la compréhension des comportements de recours aux soins et des déterminants de santé</p> <p>Adopter une stratégie de communication régulière et diversifiée et développer un marketing social</p> <p>Mettre en place une évaluation de la prévention</p>

Axes	Orientations	Actions
Axe 5. Relier le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité	Créer un risque unique Handicap-Dépendance	<p>Créer un risque unique couvrant toutes les dépendances</p> <p>Faire du médecin référent le coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante</p> <p>Adopter une grille polynésienne de repérage de la fragilité et d'évaluation multidimensionnelle du niveau de dépendance permettant l'élaboration d'un plan d'aide individualisé avec la personne et sa famille</p> <p>Définir le guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide</p> <p>Elaborer un schéma médico-social qui serve de grille unique de développement de l'offre et définisse le rôle des acteurs</p> <p>Mettre en place un volet Personnes âgées à l'observation de la santé</p>
	Privilégier le maintien à domicile et améliorer la qualité de prise en charge	<p>Structurer le réseau de l'aide à domicile</p> <p>Reconnaître un statut d'aidant familial (unique par famille)</p> <p>Accompagner l'aidant familial par une formation d'appui, et des propositions de répit</p> <p>Reconnaître un statut au personnel « assistant de vie »</p> <p>Structurer la formation locale des assistants de vie (initiale et continue), en encadrant le statut de formateur</p> <p>Appuyer l'adaptation du domicile par un renforcement des dispositifs d'appui (individuels et à l'égard des bailleurs sociaux) et un élargissement à l'ensemble des régimes</p> <p>Labelliser les associations intervenant dans le champ de la Dépendance</p>
	Proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés	<p>Refondre par arrêté les dispositifs d'agrément et de contrôle</p> <p>Définir un statut minimal d'établissement recevant un public Personnes âgées</p> <p>Accompagner des projets d'ÉHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet</p> <p>Inciter à la création d'une filière gériatrique appuyée sur le CHPP</p>

Axes	Orientations	Actions
Axe 6 : Instaurer un espace numérique de santé polynésien	Créer une gouvernance forte des SI de santé Polynésiens	Réactualiser le schéma directeur système d'information Santé
		Institutionnaliser la Maîtrise d'ouvrage de l'Autorité de régulation
		Mettre en place une Maîtrise d'œuvre dédiée, sous une forme autonome (association, groupement...), disposant de moyens propres
	Prioriser les moyens et les énergies sur le dossier médical partagé (DMP)	Imposer à tous les acteurs de suivre les orientations du Dossier médical partagé
		Permettre à la Maîtrise d'œuvre d'être hébergeur de données de santé
		Prioriser le volet de synthèse médicale dans le déploiement par étapes
	Mettre en place une télémedecine au service des soins primaires dans les archipels	Associer progressivement l'obligation de renseigner le DMP au remboursement des actes
		Mettre en place une labellisation polynésienne des logiciels médicaux
		Equiper les archipels en télémedecine (téléconsultation notamment)
		Adopter une réglementation polynésienne
		Définir les modalités de rémunération associées

Axe 1 : Restaurer l'autorité

Le diagnostic fait ressortir un besoin net de refonder la gouvernance et les mécanismes de prise de décision sur le champ sanitaire.

Enjeux relatifs aux structures de santé gérées par la DS

Au-delà du manque de stratégie et d'impulsion politique, la gouvernance tant du point de vue de l'autorité publique que de la protection sociale est confuse, et ses imbrications freinent la capacité de réforme.

La Direction de la santé est marquée par une dualité de missions, qui l'empêche d'exercer pleinement son rôle régulateur. En effet, elle est à la fois autorité organisatrice/Tutelle de la Santé, mais aussi gestionnaire de premier niveau des structures de santé publique et donc opérateur de soins. Ce second rôle l'accapare fortement, et l'empêche d'avoir à l'égard de ses propres structures une approche régulatrice et organisatrice objective.

Ce constat est particulièrement marqué en matière de ressources humaines. Les missions exercées par la DGRH et le CDE complexifient les procédures mises en œuvre par les départements et bureaux de la direction de la santé. En découle un processus décisionnel long, lourd, parfois confus et qui génère une déresponsabilisation et une démotivation des acteurs de terrain. Par exemple, pour le recrutement d'un professionnel de santé temporaire exerçant au sein d'une structure gérée par la direction de la santé, entre le déclenchement de la demande et la réalisation du recrutement, il faut compter 45 jours au minimum.

Le mode de gestion quotidienne des hôpitaux périphériques est à revoir pour rechercher à la fois l'efficacité et l'autonomisation dans la gestion financière, administrative et technique.

D'une manière générale, les processus de responsabilisation sont aussi à privilégier : délégation de crédit, contractualisation et déconcentration de la gestion.

Enjeux relatifs au régime des autorisations

Au sein de la Polynésie française, on note schématiquement trois vagues d'autorisations en 1995, 2006 et 2009 qui concernent des installations et des équipements matériels lourds. A ces occasions, la procédure très stricte et clairement définie dans les textes n'a pas été suivie avec la rigueur qui s'imposait. L'ensemble des visites de conformité n'a pas été réalisé suite aux autorisations. Les renouvellements n'ont pas non plus systématiquement été formalisés. Aujourd'hui plus aucun établissement n'est autorisé et une régularisation est nécessaire.

Enjeux relatifs aux mécanismes financiers du système de santé

La maîtrise durable de la dépense de santé persiste comme un enjeu clef des années à venir. Elle se trouve même renforcée comme ligne directrice du SOS en cours d'élaboration. Celui-ci se doit ainsi de porter des actions finançables.

Le cumul des allocations de moyens des financeurs s'élevait en 2013 à 59,4 Mds XPF.

Ces moyens sont répartis de manière très différenciée entre les structures destinataires :

- 33 % de la dépense publique est générée par le CHPF ;
- 29% de la dépense est à destination de l'ambulatoire ;
- des moyens beaucoup plus faibles sont alloués aux structures de la Direction de la santé. Ils représentent 16% y compris les moyens de régulation et d'administration ;
- les cliniques privées perçoivent 7% du total ;
- enfin, on note un poids non négligeable des Evasan (10%).

La situation financière exposée ci-dessous fonctionne de manière assez figée, et déconnectée pour une part importante, de l'activité médicale des structures.

En effet, les deux principaux financeurs (CPS et Pays) ne pratiquent pas de tarification à l'activité, ni de système approchant :

- Les structures de la direction de la santé fonctionnent sans réelle autonomie budgétaire (la masse salariale n'est pas intégrée dans leur budget), et principalement avec une reconduction annuelle de leurs moyens. Ces derniers sont dans l'ensemble très limités.
- Les financements de la CPS sont octroyés de manière découplée de l'autorisation. La CPS finance ainsi les établissements en dotation globale, au sein d'enveloppes réservées par type d'acteur : CHPF, structures de la DS, cliniques. Au sein de ces dernières, une répartition est faite en fonction de la variation de la dernière activité connue (variation relative par rapport aux autres cliniques).

Cette stratégie d'allocation conservatrice des moyens permet la préservation des équilibres par une régulation, compensant l'absence de régime de conventionnement découlant d'une autorisation. La CPS s'est dotée de moyens d'assouplissement pour préserver ces équilibres, en octroyant régulièrement des moyens supplémentaires par le biais de COM, lorsqu'ils sont justifiés par un accroissement de l'activité sur un secteur dédié. En revanche, le système en vigueur ne permet pas de révision automatique à la baisse de dépenses non engagées, ni d'activité non réalisée.

Aussi, s'il est constaté que la dotation globale des établissements est une solide technique de préservation des équilibres des comptes sociaux pendant un laps de temps donné, elle est aussi une puissante génératrice d'insatisfactions et de faible motivation pour le CHPF comme pour les cliniques. Elle empêche aussi de faire jouer à plein le rebasage « naturel » qui s'effectuerait si les établissements recevaient un financement strictement lié à leur activité codifiée.

Dans le même temps, l'absence d'autonomie budgétaire des unités opérationnelles de la DS génère de régulières difficultés de gestion quotidiennes, et une réelle absence d'incitation à l'activité qui peut expliquer une part du faible taux de remplissage de ces établissements.

Orientations et actions

1.1. Fonder une Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale

Cette Orientation première et majeure vise deux objectifs :

1- Replacer le politique au sommet du système de décision

- rôle du Ministre comme pilote d'une politique sanitaire et médico-sociale (dépendance), arbitre des décisions stratégiques ;
- rôle de l'Assemblée par identification de choix stratégiques relevant d'un arbitrage de l'Assemblée.
 - o A cet égard, le poids de la PSG dans le PIB plaide pour la fixation par l'Assemblée d'un objectif annuel de dépenses, dans le cadre d'une loi de financement dédiée à la protection sociale. Cette loi préciserait les axes prioritaires de la santé, sur la base d'une stratégie et du bilan des réalisations passées par filière.

2- Mettre en place un instrument de pilotage opérationnel des décisions

La mise en œuvre des décisions doit relever d'une autorité qui ne serait pas en même temps opérateur de santé. Cette autorité sera concentrée sur les enjeux de tutelle : définition d'orientations stratégiques, mise en œuvre et régulation de la politique de santé, autorisation, contrôle, inspection, voire financement.

En découle une séparation d'avec les activités d'opérateur qu'exerce aussi aujourd'hui la Direction de la Santé.

Cette orientation passe par les actions suivantes :

1.1.1. Promulguer un texte fondateur de l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale

En lien avec les orientations retenues dans la réforme de la PSG, un arrêté en Conseil des Ministres doit fonder l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale en tant qu'entité.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Clarification de la Gouvernance • Repositionnement du politique comme clef de voûte des arbitrages 			
Conditions de réussite	Portage majoritaire			
Enjeux financiers associés	aucun			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

1.1.2. Structurer et organiser l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale

La constitution de l'Autorité passe par la structuration :

- de son mandat, inscrit dans un projet d'établissement,
- de son organisation, à constituer à partir des effectifs de tutelle de la DS, mais aussi à étoffer de fonctions actuellement exercées à la DGPS, à la CPS et à la DAS, et selon l'organigramme à compléter et renforcer d'expertises,
- d'une fiche de poste du directeur, afin que son positionnement/statut permette une inscription dans la durée,
- de son budget.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en charge effective de la fonction de régulation • Animation de la mise en œuvre du SOS 			
Conditions de réussite	Schéma organisationnel et gestion de projet rythmée Directeur disposant d'un mandat clair			
Enjeux financiers associés	Majoration budgétaire pour couvrir la réorganisation, et la mise à niveau de la réglementation découlant du SOS/ 100 M XPF			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

1.1.3. Structurer par délibération une Observation de la santé en s'appuyant sur les ressources existantes

La fonction d'Observation de la santé est essentielle pour permettre la prise des bonnes décisions au travers des appels à projet et des financements.

Elle nécessite le regroupement d'informations actuellement dispersées (entre DS, CPS, établissements, ILM, voire ISPF), ainsi que le développement de nouveaux champs de collecte. En premier lieu, la standardisation de la collecte des données du PMSI, leur contrôle, et leur exploitation est une nécessité.

Le laboratoire de référence pour les alertes et la veille sanitaire est l'ILM. L'optimisation du circuit des analyses publiques de biologie médicale doit être assurée par la répartition des activités entre les laboratoires de biologie médicale publics CHPF, DS, ILM.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la veille sanitaire • Mieux connaître l'état de santé et les besoins de la population • Rationalisation de la décision : approche médico-économique • Constitution de bases de référence 			
Conditions de réussite	Equipe pluri-institutionnelle fonctionnant en mode projet			
Enjeux financiers associés	Moyens à renforcer (en analyse statistique notamment) 1 ETP de statisticien= 10 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

La dualité des missions exercées par la Direction de la santé ne lui permet pas de remplir à la fois son rôle de tutelle et de gestion des structures périphériques. L'autonomisation des structures de soins de la DS est donc une nécessité.

Une stratégie nouvelle reposant sur deux piliers est à mettre en œuvre :

- un nouvel Établissement public polynésien de soins primaires,
- une unification du Service hospitalier.

1.2. Bâtir l'Établissement public polynésien de soins primaires

1.2.1. Regrouper l'ensemble des structures publiques de santé de soins primaires et de prévention dans un établissement public

L'ensemble des unités de la santé publique sans hébergement (postes et centres de santé, centres de consultations spécialisées dont alcoologie toxicomanie et aide médico-sociale précoce, dans l'attente de la création du pôle santé mentale), ainsi que Moorea, sont regroupées dans un Établissement public unique, en charge de la prévention et des soins primaires.

Cet établissement public intègre l'ensemble des structures de santé sans hébergement de l'actuelle DS à Tahiti et dans les archipels, leurs moyens, et la mutualisation de leurs équipes.

Il prend en charge les soins primaires et l'ensemble de la prévention. Celle-ci redevient polyvalente dans les centres de prévention, afin de décloisonner les approches et de libérer une capacité de travail.

Le centre de Moorea devient le centre de formation aux soins primaires. Le Siège de l'établissement pourrait être basé au Centre de la Mère et de l'enfant.


En option : l'intégration des personnels de la DAS actuellement sur le terrain, afin de couvrir la dimension sociale.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcement de la dimension Soins primaires • Augmentation des moyens disponibles par accroissement des possibilités de rotation • Concentration des ressources sur un objectif principal plus resserré que l'hospitalier • Modalités de gestion quotidienne assouplies 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion des distances : redéfinir l'échelon des subdivisions, sans démultiplier les échelons hiérarchiques • Alignements des statuts des praticiens (uniquement car le statut des infirmiers est déjà unique) • Mise à niveau des équipements et pratiques • Unifier les urgences en confiant l'intégralité de la régulation au SAMU 			
Enjeux financiers associés	Economie : centres de prévention devenant polyvalents, possibilités de mutualisation			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

1.2.2. Organiser territorialement ce nouvel établissement public autour de subdivisions


L'organisation en subdivisions est nécessaire pour faciliter rotations et mutualisations à un niveau territorial.

Pour autant, elle ne doit pas se traduire par une territorialisation complète des moyens

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Gestion à la fois centrale et locale Compétence des établissements sur une population, potentiellement répartie sur plusieurs territoires 			
Conditions de réussite	Rédiger un projet d'établissement global			
Enjeux financiers associés	na			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
				
Calendrier	2016			

1.2.3. Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents

Cet établissement se voit transférer l'intégralité des moyens actuellement consacrés à chaque structure qu'il intègre.

Bénéfices attendus	Mutualisation des moyens Gestion plus réactive			
Conditions de réussite	Fonctionnement avec un staff resserré			
Enjeux financiers associés	Renforcement des moyens pour permettre les mises aux normes et une adhésion au projet (en lien avec l'orientation 2)			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
				
Calendrier	2017			

1.3. Unifier le Service hospitalier public polynésien


Contrepartie de l'évolution précédente, les deux structures actuellement les plus hospitalières de la DS rejoignent le Service hospitalier polynésien.

1.3.1. Créer une communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique : Taaoe, Uturoa, Taravao et Taiohae

Une communauté hospitalière polynésienne est créée entre le CHPF, Taravao, Uturoa et Taiohae.


Elle permet de fonder l'instauration de filière de soins pour les patients permettant de mieux articuler l'organisation des flux de patients et de praticiens entre ces établissements et permettant d'améliorer la coordination des décisions portant sur les transports sanitaires ou les consultations avancées.

Elle permet aussi la mise en œuvre de l'évolution de l'offre sanitaire et le renforcement du retour en convalescence dans les îles, présentés à l'Orientation 2.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des synergies et rotations dans la communauté des soignants Mise à niveau des pratiques et normes de Uturoa, Taravao et Taiohae Création d'une filière de convalescence dans les îles 			
Conditions de réussite	Intégration du budget des transports sanitaires dans la communauté hospitalière			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> Léger surcoût par alignement des statuts et des pratiques : 30 M. Economie de transports sanitaires et d'évasan Facilitation du <u>coût constant</u> par la reconversion de lits MCO en SSR (lits de Taravao notamment) 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
				
Calendrier	dès promulgation du SOS			

1.3.2. Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents

Le Service polynésien hospitalier doit être destinataire de l'ensemble des moyens financiers et humains actuellement déployés sur ses trois établissements.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Fongibilité accrue des budgets Meilleure réactivité dans les ex structures de la DS 			
Conditions de réussite	Transfert des crédits associés			
Enjeux financiers associés	Budget constant			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
				
Calendrier	2017			

1.4. Assujettir tout financement à une autorisation

Le régime des autorisations sanitaires et agréments dysfonctionne malgré la rigueur de sa définition. Il n'est en effet pas complètement mis en œuvre. Par ailleurs, les autorisations de fonctionnement ne sont pas associées mécaniquement à des financements.

1.4.1. Réécrire le régime des autorisations en le fondant sur l'appel à projet

Le système d'autorisation sera simplifié dans l'objectif d'autoriser des activités plus que des lits et des équipements.

Pour cela, sont à mettre en œuvre les principes suivants :

- Réformer la carte sanitaire
- Alléger les modalités de contrôle.
- Appel à projet pour les nouveaux besoins concernant l'offre médico-sociale ou sanitaire :
- Intégrer la dimension financière dans l'appel à projet.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Hiérarchie de décision et réduction des incertitudes actuelles pesant sur la validité des autorisations • Mise en cohérence des autorisations et des financements 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en œuvre rapide pour tous les nouveaux projets, y compris le pôle privé unique • Réécriture de la réglementation 			
Enjeux financiers associés	Moyens à renforcer (en analyse et production juridique) 2 ETP : 20 M XPF			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	2017			

1.4.2. Redéfinir les modes de financement

La répartition des crédits dans l'enveloppe presque fermée du système de santé est figée : les masses attribuées à chaque type d'acteur varient peu entre les années, et ne sont pas reliées à l'activité. Elles ne sont donc progressivement plus en corrélation avec les réalités de production de services, et n'incitent pas à l'efficacité, tout en empêchant les transferts d'activité entre périmètres et toute recombinaison sectorielle.

Est retenue la piste suivante : toute autorisation définit le mode de financement de l'activité, en référence à une dotation pour les missions générales ou à une tarification intégrant l'activité pour les autres.

En conséquence sont possibles :

- La mise en cohérence des masses financières avec les orientations retenues : rendre possible le rebasage de la répartition entre les différentes structures
- L'introduction de la dimension financière globale dans les choix d'investissement et d'ouvertures : intégrer les masses financières des transports et évacuations dans les décisions
- L'association de masses financières et mécanismes de régulation aux autorisations et conventionnements
- L'introduction de mécanismes incitatifs d'activité et d'efficacité.

Le rebasage se fait par application à chaque établissement d'une cotation à l'activité (sur la base du PMSI), et non plus de la seule variation de son activité entre deux exercices. Il remet ainsi à plat les déséquilibres historiques. Il peut être fait sur un ou plusieurs exercices.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilisation des établissements publics comme privés sur leur activité, ainsi que sa charge aval (evasan, transports) • Incitation à l'efficacité, qui va dans le sens aussi d'un renforcement de l'ambulatoire 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de renforcer la capacité de l'Autorité de régulation et la CPS à rendre la cotation des actes obligatoire : la cotation des actes (PMSI notamment) devient une clef de financement. Le PMSI des établissements doit être mieux établi car il emporte alors des conséquences financières réelles. • Nécessité de définir les missions d'intérêt général ne relevant pas d'une logique d'incitation • Des acteurs structurellement avantagés perdent leurs suppléments historiques 			
Enjeux financiers associés	Economies par rapprochement entre l'activité et la recette générée. Cette évolution renforce l'importance du PMSI et de la comptabilité analytique hospitalière. En effet, le PMSI passe d'un statut d'observatoire à une base d'indicateurs déclenchant le financement. Sa production serait donc obligatoire selon une périodicité normée, et contrôlée.			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	2017			

1.4.3. Mettre à jour la carte sanitaire sur la base des lits et équipements installés, et des projets d'évolution de l'offre

Une actualisation des autorisations relevant de la carte sanitaire sera réalisée sur la base des lits et équipements installés :

Ne sont donc plus autorisés les lits en attente d'installation.

Les nouvelles autorisations se feront désormais par appel à projet grâce à une évolution de la réglementation.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Mise en cohérence de la carte et du financement Fin des incertitudes sur la carte sanitaire 			
Conditions de réussite	Actualisation après validation de l'Axe 2 qui propose de faire évoluer l'offre			
Enjeux financiers associés	Contentieux évités			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

1.5. Assujettir tout équipement nouveau à une étude médico-économique

Toute autorisation d'équipement ou d'activité supplémentaire doit être fondée sur une étude médico-économique, avec un rapport coût-bénéfice favorable, et respectueux de l'objectif polynésien des dépenses de santé

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Redonner du sens à la chaîne de décision Intégrer dès le départ la notion d'efficacité ainsi que l'efficience 			
Conditions de réussite	Capacité à mobiliser des expertises			
Enjeux financiers associés	Coût des expertises pour les futurs projets (en lien avec l'Axe 2) 30 M pour une série de premières études			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

1.6. Opposabilité du Schéma d'organisation Sanitaire aux tiers

Action unique : adoption du SOS par l'Assemblée.

Mise en place d'un dispositif de suivi régulier faisant l'objet d'une présentation annuelle devant la commission d'organisation sanitaire.

Bénéfices attendus	Disposer d'une référence stable et opposable.			
Conditions de réussite	Vote			
Enjeux financiers associés	na			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

2. Axe 2 : Améliorer la santé primaire dans les archipels

L'amélioration de l'accès des populations des archipels aux soins est une priorité majeure. En effet, les archipels sont les plus impactés dès aujourd'hui, et encore plus en tendance, par les évolutions de l'offre :

- une offre géographiquement très concentrée sur la zone urbaine de Tahiti
- un vieillissement marqué des médecins généralistes et spécialistes, amenant à une forte réduction de l'offre
- l'importance du secteur public dans l'accès aux soins primaires, notamment dans les îles.

Les clefs de l'amélioration sont le renforcement de la couverture de santé primaire et de la convalescence, l'apport d'évolutions sur le transport. Le coût de ces améliorations doit être compensé par des actions d'efficience sur l'offre globale de santé.

Sujet des grands enjeux identifiés dans le Diagnostic

Ces enjeux font l'objet d'un long développement dans le Diagnostic, notamment à la partie 3. Extraits :

Sur le « décrochage » des hôpitaux d'archipels :

« Les quatre hôpitaux d'archipels de Polynésie française bien que placés dans des situations différentes ont pour points communs d'être relégués dans le système de santé polynésien. Ils sont aujourd'hui confrontés à plusieurs problématiques de gestion, de gouvernance, de sous financement et d'absence de stratégie. Ils subissent des contraintes structurelles relatives à leur desserte, à leur attractivité et à la taille du bassin d'attraction. Leur activité est déclinante et leur productivité faible : le taux d'occupation en hospitalisation des hôpitaux périphériques est très faible. Leur financement au prix de journée depuis 1995 est inadapté et les recettes externes ne sont pas valorisées (causes administratives et culturelles), et constituent des pertes non négligeables. Leur vocation/mission est confuse et leur gestion centralisée est disséminée entre plusieurs services ministériels. Cette organisation entraîne un manque de réactivité sur le recrutement, sur les opérations de maintenances, etc. Le renouvellement des immobilisations par amortissement n'est pas prévu. Il existe un réel enjeu de refonte de la gouvernance des hôpitaux périphériques et certainement d'une réallocation afin de disposer d'une meilleure allocation des ressources et de renforcer la qualité de l'offre de soins dispensée par les structures périphériques. Cette refonte doit aussi être pensée en articulation avec le CHPF, soit sous forme de fusion, soit via une mise en réseau et une coopération étroite sur un certain nombre de missions. »

Sur le déséquilibre de l'offre de libéraux, et l'importance de l'enjeu de leur vieillissement :

« La médecine libérale relève du double régime de la liberté d'installation et d'exercice, et du conventionnement avec la CPS. Se trouvent par ce biais potentiellement régulées la maîtrise des coûts et l'harmonisation de la couverture géographique.

Une offre hyper concentrée dans les IDV et vieillissante

Sont recensés par la CPS 514 praticiens libéraux disposant d'une convention en 2014. Parmi eux, on note 39% de médecins, et 26% d'infirmiers.

Une forte concentration géographique sur la zone urbaine de Tahiti

Ces professionnels ne sont pas répartis de manière homogène sur le territoire. On note chez les médecins une très forte représentation à Tahiti, et plus précisément sur la zone urbaine de Tahiti.

Cette forte surreprésentation s'accroît avec la spécialisation. Ainsi, sur 514 praticiens en Polynésie, seuls 8 sont aux Australes, 14 aux Marquises, et 12 aux Tuamotu.

Cette concentration géographique s'accroît fortement pour les spécialistes. Ainsi, parmi les médecins, seuls les généralistes ont une présence hors de Tahiti : 29 / 167, tandis que seuls 5 spécialistes sont recensés hors Tahiti.

Un vieillissement marqué

La pyramide des âges des professionnels libéraux est préoccupante : 88 généralistes sur 514 ont plus de 60 ans. Ce vieillissement concerne l'ensemble des archipels. Il est très marqué pour les généralistes et les dentistes.

Sur le rôle déterminant du secteur public dans l'accès aux soins primaires

L'activité totale en médecine curative comprend les consultations et les actes de soins médicaux et paramédicaux réalisés dans les quatre hôpitaux périphériques, les centres de consultations spécialisées et les centres de santé extra hospitaliers. En 2013, près de 533 574 consultations au total ont été réalisées, toutes spécialités confondues (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers) dans les 120 structures publiques du Pays.

Les structures des îles du Vent ont effectué à elles seules 42% des consultations médicales (+3% par rapport à 2012) et 46% des consultations dentaires (+2% par rapport à 2012). Le reste se répartit entre les autres archipels éloignés où l'offre de soins est assurée en très grande majorité par le secteur public. Néanmoins, rapporté à la population des différents archipels, ce sont les Marquisiens et les habitants des îles Australes qui sont les plus gros consommateurs de soins (plus de 11 acte ou consultation par an tout confondus aux Marquises et 8,5 aux Australes et 3 consultations médicales par personne aux Marquises et 1,8 aux Australes contre 1,5 en moyenne par personne pour les consultations médicales dans les autres archipels (sauf dans les IDV où l'offre public atteint 0,4). Il est difficile d'interpréter ces différences à ce stade.

En 2013, la cellule des « soignants itinérants » se compose de 16 agents permanents à laquelle il faut ajouter les soignants dits ponctuels qui interviennent selon les besoins de service pour assurer la continuité des soins dans les îles et notamment dans les postes isolés. Cette équipe soignante a pu mener 139 missions (contre 121 en 2012) dont 67 pour la subdivision des Tuamotu, 29 pour les Marquises, 26 pour les Australes et 17 aux ISLV. L'équipe permanente a fonctionné avec 2 médecins, 13 infirmiers et 1 manipulateur radiologiste.

Par ailleurs, le Centre Médical de Suivi est responsable de la mise en œuvre du suivi médical auprès des bénéficiaires. A ce titre, il coordonne et planifie les activités de consultations et de suivi spécifique des anciens travailleurs et des populations ayant résidé à proximité de Moruroa et Fangataufa. En 2013, 1 644 actes ont été effectués par le médecin du CMS (+37,7% par rapport à 2012). On assiste à une nette augmentation de l'activité en 2013 (+37%) et à une relance du nombre de 1^{ère} visite, permise grâce à une recherche active des anciens travailleurs et des populations ayant résidé dans les îles de Fangataufa et Moruroa.

Le réseau de la Direction de la santé à travers ces différentes présence sur l'ensemble des archipels assure l'accès aux soins aux populations les plus fragiles (gratuité) et géographiquement présent sur des territoires peu peuplés, parfois très éloignés et difficile d'accès. Cet héritage, s'il doit évoluer permet une adaptation pragmatique et efficace du système de santé aux besoins de la population.

Le modèle polynésien d'organisation des soins primaires : une singularité à pérenniser

Une des spécificités polynésiennes réside dans la double présence d'un système classique de médecine libérale et de médecine publique, rattachée à la Direction de la santé qui intervient également sur du curatif. Plusieurs modèles d'organisation de soins primaires coexistent aujourd'hui en Polynésie Française :

- Un modèle de centre urbain avec la double présence d'une médecine libérale et d'un médecin publique (dispensaires, centres de santé). Il concerne essentiellement Tahiti.
- Certaines zones de Tahiti (presqu'île notamment) relève d'un autre modèle car la présence de médecin généraliste est faible voire inexistante et les temps d'accès aux structures de santé sont long. Certaines zones des ISLV (Raïatée, Bora-Bora...) se rapprochent du modèle de Tahiti avec une intensité moindre alors que d'autres zones se rapprochent d'autres îles, plus éloignées ou la présence publique assure les soins quasi exclusivement.
- La Polynésie a développé un modèle propre aux îles qui se distingue du modèle de Tahiti par la typologie de leur personnel (la part et le rôle des paramédicaux est plus importante dans les îles et surtout au TG), leur attractivité, leur activité (directement liée aux compétences sur place) et leur positionnement concurrentiel ou monopolistique (le plus souvent dans les îles). Ainsi, l'offre de santé primaire comprend des centres médicaux, des centres dentaires, des infirmeries et des postes de santé. Chacune de ces structures a un fonctionnement, une organisation, un personnel spécifique et un équipement (équipement, dispositif et médicament) adapté aux compétences médicalisées du centre et par conséquent une offre de soins variable selon les structures. Les missions des structures reposent en général sur :
 - o La gestion des urgences
 - o La prise en charge et le suivi des pathologies chroniques
 - o Le suivi des femmes enceintes (majoritairement en collaboration avec le CHPF)
 - o La prévention, notamment pendant la période scolaire
 - o L'accueil des consultations délocalisées du CHPF

Pour répondre aux missions qui leur sont confiées, les infirmiers des postes isolés en Polynésie ont des compétences élargies, avec la possibilité de réaliser des actes médicaux en appliquant des protocoles préétablis et validés ou à la demande d'un médecin. Des postes de santé sont installés sur les atolls de moins de 300 habitants. Ils sont animés par des auxiliaires de santé publique (ASP) dont le niveau de formation est modeste mais qui ont des rôles de suivi, de prescription sur protocoles médicaux, de délivrance de médicaments, de gestion de structure. Le système polynésien de « délégation de tâche » est original et assez efficace alors même qu'il s'est développé sans ligne politique claire ni réglementation précise. Des projets de structuration de ces cursus ont été élaborés.

Les grands enjeux repérés

- « Priorités aux orientations permettant de résorber l'écart important d'offre entre la zone urbaine de Tahiti et le reste de la Polynésie.
- Propositions des solutions au vieillissement important des généralistes et dentistes : dispositifs incitatifs à l'attraction de médecin et à la prolongation de leur activité, recours aux médecins étrangers ?
- Propositions de méthodes permettant une réelle incitation effective à l'installation hors de la zone urbaine :
 - o refonte des conventions pour intégrer des modèles de prise en charge forfaitaire (partielle ou totale) sur les îles ;
 - o proposition de modèles de rémunérations forfaitaires sur les maladies chroniques
 - o passage à une sectorisation plus simple et plus incitative ;

- o rattachement des conventions à une instance de décision plus proche du territoire de santé afin de garantir une plus grande imbrication des acteurs et des activités garanties pour ceux qui s'installent.
- Réévaluation de la nécessité de conserver l'offre existante de certains dispensaires situés dans des zones à forte densité médicale (ambulatoire)
- Place de la médecine libérale (aujourd'hui installée essentiellement à Tahiti. Pas de permanence des soins, 5 zones d'installation, rémunération au tiers-payant durant les astreintes du week-end)
- Réglementation de la « délégation de tâche ».

Orientations et actions

2.1. Améliorer la couverture de santé primaire

L'accent est mis sur l'offre de services et de temps médical : il est nécessaire de ne pas raisonner uniquement en postes installés.

La diversité des archipels et leur étendue impose aussi de croiser les offres, pour constituer un maillage territorial complet. Celui-ci serait donc organisé autour d'un Etablissement polynésien de soins primaires, de médecins libéraux installés, d'un renfort de médecins à diplômes hors UE, d'IDE-Consultants capables d'effectuer des tâches médicales, le tout complété par un dispositif facilitant la rotation de médecins ou autres professionnels dans les zones restant non couvertes.

Une couverture de santé primaire améliorée passe également par un recours accru aux possibilités de la télémédecine et par la mise en place d'un dossier médical unique (cf. axe 6 du schéma)

2.1.1. Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'instauration de l'Etablissement public polynésien de soins primaires

La transformation d'une partie des établissements et de l'ensemble des structures sans hébergement de la DS en un Etablissement Polynésien de soins primaires est une évolution majeure définie dans le premier Axe du SOS. Cette évolution de gouvernance a pour objectif principal de porter le renforcement des soins primaires vers les archipels.

En disposant de l'ensemble des moyens alloués aux équipements cités, ainsi que de moyens supplémentaires (ci-dessous), l'Etablissement va permettre une allocation des moyens plus ciblée et une réactivité plus forte vers les îles où il est présent.

Son succès repose aussi sur le renforcement du rôle de l'IDE-Consultants (liste suivante).

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure gestion et allocation des moyens • Rotation entre les archipels • Mise en place de formations spécifiques à la santé dans les îles
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de l'Etablissement, en y adjoignant l'ensemble des moyens.
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place à moyens constants • Frais de mise en place

Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Poids facteur humain	Gestion de projet importante Projet d'établissement à construire			
Calendrier	2017			

2.1.2. Faire de l'infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation

Au sein de l'Etablissement polynésien de soins primaires, un rôle majeur doit être donné, et une reconnaissance accordée, aux infirmiers en poste isolé. Ils sont une fonction centrale des soins primaires, et souvent la première porte d'entrée dans le circuit de soins. Pour cela, il est nécessaire de :

- mettre en place une formation et une qualification reconnue : formation DU Infirmier en soins de santé primaire insulaire ;
- reconnaître financièrement la fonction (prime dédiée) ;
- renforcer la télémédecine et les moyens de communication ;
- transcrire juridiquement la délégation de tâches.

En parallèle, les IDE-consultants hors postes isolés devraient aussi être renforcés :

- augmenter règlementairement les possibilités pour des infirmiers (à la démographie moins problématique) de pratiquer des actes actuellement médicaux.
- articuler une cotation incitative à cette possibilité.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none">• Accroissement du temps médical par la délégation de tâches et le renforcement des compétences• Comblement du vide médical, et donc maîtrise/réduction des transports			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Associer des moyens financiers à ce renouveau• Valider par une loi de Pays l'exercice élargi par le statut d'infirmier-consultant pour éviter une requalification en exercice illégal de la médecine et de la pharmacie. (Restriction : compétence réduite aux postes isolés, c'est-à-dire « localité sans médecin »).• Articulation à faire avec la télémédecine : élargissement de la fonction des SSTG à l'ensemble des archipels			
Enjeux financiers associés	<p>Coût de la formation pour 79 auxiliaires + 55 infirmiers : 250 M FCP sur 3 ans (remplacements compris)</p> <p>Autres coûts :</p> <ul style="list-style-type: none">-accroissement potentiel des rémunérations suite à formation : coût limité à 100 agents concernés environ-renforcement des moyens de communication (accès généralisé au haut débit et à la téléphonie 3G): 50 M <p>Economies des postes de médecins contractuels temporaires remplacés par des infirmiers : non chiffré</p>			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	<p>Lancement 2016</p> <p>Puis cycle annuel de formation 2016-2017-2018</p>			

2.1.3. Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les îles

L'augmentation de l'offre médicale passe aussi par l'amélioration des possibilités d'installation de libéraux. Les enjeux sont différents selon les territoires :

- en zone urbaine de Tahiti, l'enjeu est la collaboration public-libéral et la facilitation du regroupement en maisons de santé pluridisciplinaires ;
- hors zone urbaine, l'enjeu est la permanence des soins et le maintien d'une offre quel que soit son statut.

L'installation hors zone urbaine (y compris dans le sud de Tahiti) serait à faciliter par une réforme de la sectorisation permettant de faciliter l'installation, puis de la protéger :

- autorisation de financements plus incitatifs hors zone urbaine ;
- autorisation/facilitation des installations mixtes (cabinets multiples).

En contrepartie, les conventions comporteraient un engagement à assurer une permanence des soins. En parallèle, il est proposé de faire évoluer le dispositif de conventionnement des personnels de santé non prescripteurs (infirmiers, kiné) pour permettre leur rapprochement autour d'un médecin référent ou d'une maison médicale.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none">• Augmenter l'installation/le maintien de libéraux dans les territoires• Favoriser les exercices regroupés			
Conditions de réussite	<p>Persistance de l'avance de frais pour les personnes au RST : la réduction des missions curatives de soin des dispensaires nécessiterait la mise en place du tiers-payant pour faciliter l'accès aux soins chez les libéraux installés et remplissant les objectifs de permanence médicale.</p> <p>La suppression simple du conventionnement sectorisé dans les îles porte un risque : la migration annuelle de médecins de métropole venant pour un trimestre, puis repartant. Il est donc nécessaire d'associer cette évolution avec un engagement et un financement forfaitaire.</p> <p>Sur la zone urbaine, en contrepartie, il est nécessaire de profiter de la mise en place de l'Etablissement polynésien de soins primaires pour redéfinir les missions des dispensaires en les concentrant sur du non curatif, et redéfinir le nombre de dispensaires. Néanmoins, le retrait des actes curatifs des dispensaires aura pour conséquences :</p> <ul style="list-style-type: none">-un report des actes payés par le Pays sur la CPS ;-la délégation de missions de prévention à des libéraux ;-en complément, et afin de maintenir un équipement dédié : le besoins d'ouvrir une mission spécialisée SDF à Papeete.			
Enjeux financiers associés	<p>Economie attendue :</p> <ul style="list-style-type: none">-l'efficacité des actes curatifs serait plus avérée en libéral qu'en dispensaire ;-réduction des dispensaires.			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	<p>2017 : projets pilotes</p> <p>2018 : généralisation</p>			

2.1.4. Renforcer la coordination médicale et le parcours de soin, garantie de continuité de la réponse médicale

L'amélioration de la santé dans les archipels passe aussi par la mise en place d'un parcours de soins, une fois le patient entré dans le système.

Pour cela, sont mis en œuvre :

- l'extension du champ de compétence du SSTG à l'ensemble des archipels,
- la systématisation du dossier médical partagé.

Coordination et continuité passent aussi par l'introduction de forfaits pour le financement d'une permanence médicale sur les îles où son maintien serait possible (présence d'un médecin) ou indispensable.

Il s'agit pour cela de rendre possible une rémunération sur la base d'un forfait et non plus d'actes. Ce forfait (à définir d'abord de manière expérimentale) est calculé par la combinaison :

- d'une capitation ;
- d'une majoration pour maladies chroniques ;

Cette méthode est aussi utile pour la couverture de la permanence des soins.

Ce dispositif sera financé par réduction des transferts sanitaires d'une part, et réduction du nombre de dispensaires assurant actuellement une forme de permanence de soins primaires d'autre part. Par ailleurs, les résidents d'un territoire disposeraient d'un panier de soins opposable.

Néanmoins, il concerne globalement peu de sites, et est potentiellement complexe à calibrer au départ.

En conséquence, il est proposé :

- d'expérimenter des financements par capitation partielle ou totale sur des territoires ;
- de définir règlementairement un panier de soins opposable aux patients sur au moins une pathologie ;
- d'intégrer dans la convention d'installation des missions de service public : permanences, partenariat avec les structures publiques, missions régulières dans les archipels, télémédecine, missions de santé publique (PMI, médecine scolaire...) ;
- de rendre possible un tiers-payant ciblé sur certains territoires ;
- d'expérimenter des forfaits incitatifs au regroupement en maisons de santé, avec contreparties de service public (dossier unique, médecin-référent, prise en charge de missions de SP, supervision des infirmiers)

Bénéfices attendus	Une offre de santé libérale maintenue voire renforcée sur des territoires, en évitant la concurrence inutile avec les services de l'établissement de soins primaires : là où est un libéral, le fait qu'il puisse exercer des missions de service public rend inutile l'installation de services de soins primaires, tout en permettant la coordination et la logique de parcours.
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Définir plus précisément l'offre de soins des bassins de population, et ne pas laisser des libéraux non spécialistes s'installer à côté de sites de l'établissement polynésien de soins primaires, et réciproquement • Articuler la capitation avec la réforme de la PSG : éviter les transferts de coûts entre financement régime et financement Pays. • Un tiers payant généralisé faciliterait la stabilité financière des cabinets médicaux.
Enjeux financiers associés	Forfaits incitatifs sous une forme expérimentale : peu coûteux Proposition de mener une première expérience pilote, abondée de 10 MXP

	Faible	Modéré	Fort	Intense
Niveau de difficulté				
Calendrier	2016 : projets pilotes 2017 : généralisation			

2.1.5. Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins

Pour compléter le besoin d'accroître le temps médical disponible et productif, plusieurs autres pistes sont possibles et cumulables :

-développer des dispositifs d'engagement au retour des médecins polynésiens formés (suivi de étudiants, gestion prévisionnelle des postes disponibles, bourse avec engagement pluriannuel d'installation...);

-étendre les incitations au prolongement de l'activité pour des médecins vieillissants.

-mettre en place des dispositifs d'attraction de médecins étrangers (titulaires d'un titre de médecin hors UE) ;

Bénéfices attendus	Augmentation du temps médical installé			
Conditions de réussite	Installation des médecins étrangers : -pré-requis juridique : modifier le texte national interdisant aux médecins hors UE d'exercer -nécessité de respecter des critères : diplômes authentifiés, maîtrise du français, attestation de moralité de leur Ordre			
Enjeux financiers associés	aucun			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016: approfondissement de la faisabilité et préparation du texte 2017 : mise en place de l'incitation			

- 2.1.6. Couvrir les zones sans médecin par une offre itinérante de médecins et paramédicaux ; lancement d'un appel à projet expérimental pour la couverture des atolls et îles dénués d'offre (publique ou libérale) par une rotation régulière de professionnels

Dans les territoires éloignés de la zone urbaine de Tahiti, et notamment dans les atolls, la présence médicale, même renforcée par l'établissement de soins primaires, les délégations de tâche des infirmiers, et les dispositifs d'installation et de coordination de libéraux remplissant des missions publiques, restera incomplète dans certaines zones.

La présence permanente elle-même étant moins importante que la combinaison d'une présence régulière et d'Evasan en cas d'urgence, il est proposé d'organiser un dispositif de « tournée médicale projetée » par rotation régulière de médecins généralistes et d'infirmiers libéraux, ainsi que de certains spécialistes. Ils organiseront des permanences régulières de soins sur des territoires. Cela permettra d'intégrer un suivi complet des personnes.

Le comblement des zones vides nécessite cependant d'abord de les qualifier (identification précise des îles non couvertes), puis de définir l'offre de soins cible, et d'en organiser la régulation. Pour cela, il est préconisé de procéder d'abord par expérimentation en appel à projet/DSP. Le financement serait assuré au titre de missions de service public, et non de tarification à l'acte.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Couverture complète de la population Réduction des transferts sanitaires pour simple consultation
Conditions de réussite	<p>Eviter l'autogestion des médecins intervenant de manière irrégulière dans les îles non couvertes, par la mise en place d'un dispositif complet et régulier sur une planification.</p> <p>La localisation d'une équipe projetée sur une île semble moins attractive que la localisation à Tahiti qui permet de simplifier les trajets aériens et de faciliter le recrutement des médecins (stabilité familiale, offre éducative, etc...), en réduisant les freins (astreinte permanente). Manque néanmoins une étude médico-économique complète.</p> <p>Contraintes à intégrer :</p> <ul style="list-style-type: none"> - rendre opposable le système à la population résidente ; - nécessité d'une équipe stable et expérimentée (locale implantée, remplacée par dans leur cabinet pendant ce temps) ; - mode de financement global à définir : prise en charge CPS/Pays à articuler avec la réforme de la PSG. <p>Il implique qu'on accorde aux médecins concernés un droit d'exercer hors de leur zone d'installation.</p>
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> Améliorations possibles à moyens constants : augmentation des moyens de communication et frais de mission. Surcoût de la mise en place de l'offre de rotation : à estimer après étude économique. Coût de l'étude : 50 M XPF. Ensuite, premier calibrage autour de 1 000 M XPF. <p>Economies : environ 500 M</p> <ul style="list-style-type: none"> - équipe mutualisée, - économie de filière aval par amélioration des soins primaires, - économie d'Evasan.

	Faible	Modéré	Fort	Intense
Niveau de difficulté		4		
Calendrier	2017: étude médico-économique 2018: lancement du projet pilote			

2.2. Rapprocher la convalescence du domicile

2.2.1. Ouvrir 100 lits et places de SSR par reconversion de lits MCO

Le besoin supplémentaire en SSR est estimé à une centaine de lits et places.

Il s'agit de requalifier les lits de MCO actuellement non utilisés pour déployer une offre de convalescence sur certains sites (notamment Taravao, ainsi que les actuels hôpitaux d'archipels) et favoriser notamment le retour dans les îles. Les lits MCO seront repris dans les hôpitaux d'archipel au CHPF (par efficience), dans les cliniques (par appel à projet).

Bénéfices attendus	Couverture du besoin supplémentaire en SSR (estimé à 100 places)			
Conditions de réussite	Reconversion à moyens constants			
Enjeux financiers associés	Faible : reconversion de lits MCO plus coûteux en SSR moins coûteux			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : appels à projet			

2.2.2. Développer quelques lits de rééducation fonctionnelle spécialisée (neuro et cardio) sur Tahiti par reconversion

En complément du besoin en soins de suite, est repéré le besoin de disposer de quelques lits spécialisés en neurologie et en cardiologie. Ces lits seraient installés après appel à projet.

Bénéfices attendus	Compléter la couverture du besoin			
Conditions de réussite				
Enjeux financiers associés	Budget supplémentaire SSR : 50 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : appels à projet 2017 : mise en place			

2.3. Renforcer les équipements de transport sanitaire

2.3.1. Rendre effectives les rotations hélicoptérées de Moorea et Taravao vers le CHPF

Le CHPF dispose d'une hélistation incomplètement installée. Taravao et Moorea peuvent faire l'objet à faible coût de l'installation d'un espace pour hélicoptère.

Bénéfices attendus	Réduction, voire disparition des attentes d'urgence à Taravao et Moorea ; fin des navettes maritimes d'urgence			
Conditions de réussite	Mise à niveau de l'hélistation du CHPF			
Enjeux financiers associés	Etude de chiffrage à mener sur l'utilisation de l'hélicoptère Est : 110M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

2.3.2. Améliorer le transport inter-établissements en renforçant les moyens

Les établissements de la DS (plus particulièrement Taravao) manquent de moyens de transport pour être tous en service (pannes, indisponibilités etc.). L'amélioration porte sur l'attribution de moyens permettant de disposer d'une flotte en service pour assurer des transferts médicalisés.

Bénéfices attendus	Amélioration des transports entre établissements			
Conditions de réussite	Moyens financiers			
Enjeux financiers associés	50 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

2.4. Mettre l'efficience au service du renforcement des soins primaires

Le déploiement des mesures nouvelles vers les îles est finançable de manière significative par des économies et mesures d'efficience sur l'offre actuellement installée.

2.4.1. Réduire le nombre de lits MCO par reconversion

La reconversion de lits MCO, notamment en SSR, permet de réduire l'offre actuellement sous-utilisée et de développer une offre répondant à des besoins nouveaux.

Bénéfices attendus	Financement de 100 lits SSR
Conditions de réussite	Capacité d'imposition de la réduction à l'ensemble des acteurs. Elle est néanmoins facilitée par l'intégration d'Uturoa et de Taravao au sein du CHPF, et par l'entrée des cliniques dans un projet futur, unique : en effet, chaque acteur peut travailler plus aisément cette reconfiguration dans un ensemble plus vaste. Nécessité de rebaser en parallèle les dépenses liées au MCO.

Enjeux financiers associés	Coût zéro			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016-2017 : appels à projet			

2.4.2. Améliorer la performance interne des établissements hospitaliers

Les établissements hospitaliers, et en premier lieu le CHPF, peuvent marquer des efforts de gestion et de rationalisation de leur activité, permettant un rebasage financier.

En effet, l'accroissement de l'activité ambulatoire est un vecteur d'économies pour l'avenir. Mais aussi, dès à présent, doivent être travaillés :

- l'amélioration du taux d'occupation,
- la réduction de DMS longues,
- l'optimisation de l'utilisation des blocs,
- la réorganisation des temps de travail médical et non médical...

Bénéfices attendus	Economies nettes			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Objectif à intégrer dans la lettre de mission du directeur du CHPF • Rebasage financier à opérer par l'Autorité de régulation • Contrôle/Audit externe à réaliser au CHPF 			
Enjeux financiers associés	Non chiffrés du fait de la faiblesse du PMSI, mais forts			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : exigence budgétaire mais aussi réalisation d'études approfondies 2017 : mise en œuvre progressive			

2.4.3. Développer une plateforme logistique unique de pharmacie pour le secteur public

Le rapprochement de la plateforme de la PharmaPro et de celle de l'Hôpital permettrait de générer des économies de l'ordre de 3 à 6% de la dépense totale, par amélioration des livraisons, négociations fournisseurs, substitution des produits...

Bénéfices attendus	Eviter la construction de 2 entrepôts et efficience (RH, équipement, frais de gestion)			
Conditions de réussite	Gestion de projet (1 an)			
Enjeux financiers associés	3 à 6% de la dépense actuelle, soit entre 20 M et 40 M CFP			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : étude approfondie 2017 : mise en œuvre progressive			

2.4.4. Réduire les transports sanitaires

La réduction des transports sanitaires va découler de plusieurs pistes développées par ailleurs :

- le renforcement de l'accès aux soins primaires,
- la mise en place d'un dispositif de rotation sur les îles sans offre.

En complément, il est proposé deux points de renforcement :

- la mise en place d'une coordination renforcée sur les Evasan,
- la réintégration partielle des budgets transports dans les hôpitaux (notamment au sein du Service polynésien hospitalier).

Ces dispositifs doivent permettre de rapprocher la décision budgétaire du donneur d'ordre, responsable de la filière.

Le schéma directeur des transports en cours d'élaboration par le Pays, pourrait utilement venir encadrer la tarification et l'offre de transport aérien, maritime et terrestres et faciliter la mise en oeuvre.

Bénéfices attendus	Réduction des transports sanitaires			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Cellule de régulation • Transfert des budgets inter-hospitaliers dans les hôpitaux. 			
Enjeux financiers associés	Non progression du budget transports, voire économie 5% économie : 70 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

3. Axe 3 : Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins

L'adaptation/ la transformation de l'offre de soin comprend un double enjeu d'amélioration de la qualité des réponses et de maîtrise des dépenses de santé. Le cadrage est strict : améliorer la réponse aux besoins de santé sans inflation des moyens financiers. Ainsi, le présent schéma comprend trois grands objectifs :

- équité dans la répartition des moyens : publics/publics ; publics/privés, Tahiti/archipels
- adaptation de l'offre : par des reconversions de lits et places vers les besoins prioritaires (SSR, dialyse, hospitalisation à domicile –HAD-, soins à domicile...)
- fluidification : par l'organisation de parcours de soins (Ville-Hôpital-centre/périphérique-Médico-social)

Rappel des grands enjeux identifiés dans le Diagnostic

Ces enjeux font l'objet d'un long développement dans le Diagnostic (annexé), notamment à la partie 3. Extraits :

Une couverture globalement satisfaisante exclusivement sur le MCO

	Indices	Besoins	Ecart + ou -
Médecine	1,19	321,895	+ 60,105
Chirurgie	0,78	210,99	-36,99
Gynécologie-Obstétrique	0,57	154,185	-13,185
Soins de suite	0,4	108,2	-102,2
Rééducation et réadaptation	0,37	100,085	-28,085
Soins de longue durée	0,29	78,445	-57,445
	Indices	Besoins	Bilan réel
Psychiatrie adulte lits	0,33	89,265	-21,265
Psychiatrie adulte places	0,91	246,155	-245,155
Psy infanto-juvénile (-16 ans) Lits	0,3	27	-10
Psy infanto-juvénile (-16 ans) Places	1,1	96	-96

Sur l'activité MCO et au global, les places installées (différent d'autorisés) sont globalement conformes à la carte sanitaire si l'on considère l'ensemble du MCO (indices de besoins définis par arrêté). En revanche, les écarts sont patents sur les soins de suite, les soins de longue durée et la psychiatrie ouverte (places).

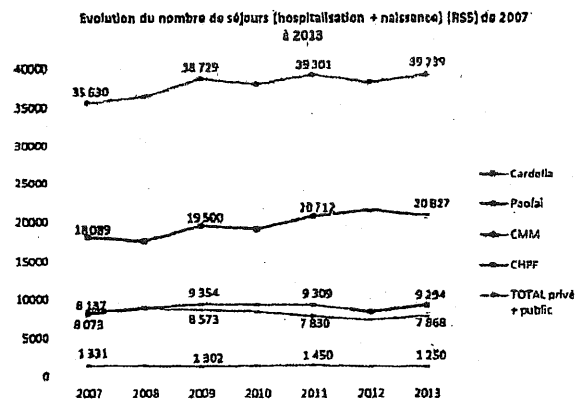
Nb de lits et places /100 000 hab. (2013)

	Polynésie	Martinique	Guadeloupe	Réunion	Guyane	Métropole
MCO	272	379	450	301	323	405
dont médecine	131	231	270	168	172	225
dont chirurgie	81	127	98	85	78	147
dont obstétrique	63	192	213	161	281	80
Psychiatrie adulte	26	140	139	91	68	153
Psychiatrie Inf - Juvénile						92
SSR	30	151	161	88	51	173

Sources : ARS et Drees, SAE ; Insee, estimations de population ; Direction de la santé de la Polynésie française (lits et places installés)

Le nombre de lits et place pour 100 000 habitants est inférieur aux territoires de comparaison. Toutefois, il convient de distinguer les disciplines. Sur la MCO, la Polynésie se rapproche de la Réunion et de la Guyane avec un taux d'équipement en chirurgie équivalent. En obstétrique, la Polynésie est proche de la métropole en dépit d'une population plus jeune. Le différentiel est patent en psychiatrie et soins de suite. En effet, un manque flagrant réside dans l'offre de psychiatrie.

Une évolution modérée du nombre de séjours sur la période



Source : Rapports d'activité 2006 – 2013 du CHPF, du CMM, de Cardella et de Paofai

Le nombre d'hospitalisations et de séjours (RSS) est resté relativement stable sur les cinq dernières années, hormis en 2012, du fait du déconventionnement des praticiens en début d'année qui a généré une baisse des hospitalisations pour l'ensemble des établissements privés. Le nombre de séjours depuis 2009 diminue légèrement pour les cliniques et augmente légèrement pour le CHPF. En prenant comme référence l'année 2011, l'évolution en nombre de séjours est négative (-1%) mais l'évolution du volume économique (valorisation des séjours) est en revanche importante (+10%).

Ces évolutions se composent comme suit :

- Une évolution du nombre des séjours entre 2012 et 2013 de +9% (entre 2011 et 2013 de -1%) ;
- Une évolution du volume économique entre 2012 et 2013 de +11% (entre 2011 et 2013 de +10%)

Le taux d'occupation en hospitalisation complète est de 59% à Cardella et 61% à Paofai. Le taux d'occupation en hospitalisation de jour est de 69% au CMM, 65% à Cardella et 77% à Paofai. Il est également constaté une diminution de la durée moyenne de séjour en hospitalisation sur les dernières années. L'activité des séjours réalisés en ambulatoire dans les établissements privés progresse en 2013 et a pour conséquence une baisse du poids de l'hospitalisation complète : 38% des séjours sont réalisés en ambulatoire (36% en 2012 et 37% en 2011).

En 2013 en Polynésie dans les établissements privés l'activité de chirurgie ambulatoire représente 23% de la totalité des séjours. Le taux de chirurgie ambulatoire reste faible. En augmentation en 2013 comme les autres hospitalisations, les hospitalisations de jour restent stables par rapport à 2011. Sur Cardella, 48% des hospitalisations sont des HDJ et sur Paofai les HDJ représentent 45% des séjours. Ce taux élevé d'HDJ est en partie lié sur Cardella à l'activité d'ophtalmologie (cataractes), et sur Paofai au développement de la chirurgie urologique, ophtalmologique et orthopédique. Les cliniques ont, à l'image de la métropole, une volonté forte de se tourner aujourd'hui vers ce type de pratiques.

Des taux d'occupation ne traduisant pas de saturation globale

Les taux d'occupation du CHPF sont satisfaisants pour l'ensemble des disciplines MCO et témoignent d'une réponse globalement correcte à la demande de soins de la population.

CHPF 2013	Taux d'occupation	Etablissement 2013	Taux d'occupation
Médecine	87,3%	Clinique Cardella	75%
Chirurgie	88,9%	Clinique Paofai	90%
Obstétrique	90,7%	CMM	81%
Total	81,8%		

Sources : Données CPS : Rapport d'activité de la Clinique Cardella 2006 – 2013 ; Rapport d'activité de la Clinique Paofai 2006 – 2013 ; Rapport d'activité CHPF

Les taux d'occupation des hôpitaux périphériques sont peu élevés. L'occupation est répartie également entre les trois disciplines de MCO. La vocation de ces hôpitaux est à revoir en profondeur.

Taux d'occupation des hôpitaux périphériques

Par établissement	Par discipline
Hôpital d'Uturoa	Médecine
Hôpital de Taravao	Chirurgie
Hôpital de Talohae	Gynécologie-obstétrique
Hôpital de Moorea	

Source : Contribution au Rapport du Président à l'APF – 2012

Une spécificité est à mettre en avant, c'est celle de la dialyse. En effet, des besoins forts et constants existent. Aujourd'hui 42 postes sont installés, répartis sur 6 unités dont 4 à Tahiti, une à Moorea et une à Raiatea. La file active approche les 400 patients traduisant dans les faits les éléments du portrait de santé. L'offre actuelle est saturée, 4 séances par jour sont assurées (les recommandations de bonnes pratiques en métropole pose le seuil de 3/jrs), le nombre de polynésien souffrant d'insuffisance rénale chronique augmente de 7% chaque année. Dès lors, une stratégie de réponse à ce besoin certain doit être mise en œuvre.

Enjeux repérés dans le diagnostic

Le vieillissement de la population et certaines pathologies vont peser sur le système de santé et mettre à mal un financement déjà en tension. Les pathologies liées au vieillissement et celles liées aux comportements (diabète, HTA, MCV, cancers) invitent à faire évoluer le système de santé dans son ensemble (préventif versus curatif) mais également la structuration de l'offre. La contrainte financière invite à prioriser davantage.

A la lumière de portrait de santé et des analyses ci-avant, les priorités les plus prégnantes sont les suivantes :

- Développer une offre en soins de suite par redéploiement de lits MCO pour répondre à un besoin de suivi des patients restant actuellement dans des lits MCO, leur permettre une prise en charge adaptée (rééducation) favorisant le retour à domicile, éviter des journées d'hospitalisation indues et permettre aux hôpitaux de favoriser leurs restructurations
- Constituer une filière globale en matière de santé mentale et addiction enfants-adultes ; le pôle de santé mentale est un élément de réponse fort
- Poursuivre le développement de l'offre de dialyse

Orientations et actions

3.1. Augmenter l'offre de dialyse

Les besoins en dialyse sont croissants en grande partie du fait de la prévalence élevée de l'obésité et du diabète. L'offre est en tension et sur utilisée. La réflexion doit également intégrer le mode de dialyse (CDM, UDM, DP), les potentialités de greffe, le coût de la dialyse et les facteurs de maîtrise de ces coûts.

3.1.1. Favoriser le déploiement par appel à projet d'une offre de dialyse capable de couvrir 100 personnes supplémentaires à coût plus efficient

En 2015, 418 personnes sont traitées par dialyse tous modes confondus. Les techniques de prises en charge se font en structure de type UAD (unité d'autodialyse), en centre d'hémodialyse (CHPF), à domicile par la dialyse péritonéale et depuis 2012 certaines structures de type UAD fonctionnent à temps partiel en mode UMD (unité médicalisée de dialyse).

L'ensemble des structures fonctionnent à saturation et par dérogation accordée par le ministère en charge de la santé en août 2011, au-delà des normes techniques réglementaires de fonctionnement (fixées par Arrêté CM du 4/02/2009).

Depuis la mise en place en 2012 d'une activité de greffes rénales, 19 patients ont pu bénéficier d'une greffe rénale en Polynésie. Il va s'agir de traiter une centaine de patients supplémentaires à l'horizon 5 ans.

L'offre devra être répartie entre les différentes techniques et privilégiera les modes les plus efficients. L'appel à projet doit permettre d'agir à la baisse sur les coûts.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Couverture des besoins en augmentation Diminution des coûts unitaires Renforcement de la dialyse de proximité Remise des structures aux normes techniques de fonctionnement 			
Conditions de réussite	Appel à projet cadrant les attendus			
Enjeux financiers associés	<p><u>Coût des investissements nouveaux :</u> Capacité à prendre en charge 100 personnes. Coût nouveau annuel maximal : 468 M FCP (30 K * 3 * 52*100) à raison de 3 séances par poste</p> <p><u>Economies :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Diminution du coût des séances Renforcement des modes de dialyse moins coûteux 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : appel à projet			

3.1.2. Encourager le développement de la greffe préemptive

Les patients ayant bénéficié d'une greffe avant le stade terminal (avant la dialyse), greffe appelée "greffe préemptive" voient leur survie nettement améliorée. La greffe préemptive, et la précocité des diagnostics (par consultations avancées notamment) permettent de réduire les hospitalisations et les besoins de dialyse. Renforcer la greffe, notamment par l'information préalable des donneurs et le développement de la communication autour de la greffe rénale et du don d'organe, constitue ainsi un levier extrêmement porteur tant pour les patients que pour les dépenses de santé.

Le présent schéma acte la nécessité de faire connaître et de favoriser la greffe préemptive.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration des pronostics et de la qualité de vie des patients Coûts de dialyse évités 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité de greffons Communication Diagnostic précoce 			
Enjeux financiers associés	<p><u>Coût de fonctionnement :</u> 10 M FCP de budget communication/sensibilisation des usagers et des professionnels</p> <p><u>Economies :</u> Traitement dialyse évités</p>			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

3.2. Développer l'offre de santé mentale

L'ambition de constituer un pôle de santé mentale, rattaché au CHPF constitue une avancée importante pour la Polynésie. Si le projet est pertinent, sa cohérence médicale et son organisation sont à préciser.

3.2.1. Adopter un Schéma directeur de santé mentale couvrant de manière intégrée le projet de structure unique ainsi que le développement d'activités hors les murs

La politique de santé mentale polynésienne mérite d'être affirmée. La création du pôle de santé mentale constitue une avancée importante pour les polynésiens et une opportunité unique de définir une nouvelle ambition.

Le projet devra définir les orientations médicales du projet médical, commun entre les différents services/unités du pôle, et articulé avec les structures de terrain portant les soins primaires. Un point crucial du projet impactant la politique de santé mentale réside dans la capacité à proposer un dispositif ouvert sur l'extérieur, privilégiant le « hors les murs » et prenant en compte les archipels. Il va s'agir de préciser les articulations avec les structures existantes : sociales, médico-sociales et de soins primaires.

Bénéfices attendus	Meilleure réponses aux problématiques multiples et croissantes en matière de santé mentale			
Conditions de réussite	Capacité à proposer un dispositif ouvert et un parcours			
Enjeux financiers associés	Ecriture par les équipes à moyens constants			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

3.2.2. Construire le pôle de santé mentale et fusionner les services concernés (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, addictologie, CAMSP) dans une entité juridique unique

Le pôle de santé mentale devra englober avant son ouverture l'ensemble des dispositifs intervenant en santé mentale en Polynésie : pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, addictologie, CAMSP. Il conviendra de désigner un chef de file au niveau médical. Les services de la DS seront intégrés au pôle.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Rationalisation de l'offre Suppression de doublons 			
Conditions de réussite	Intégration des équipes / enjeu managérial			
Enjeux financiers associés	<p><u>Coût des investissements nouveaux :</u> Contrat de projet : 3,3 Mds</p> <p><u>Coût de fonctionnement :</u> 634 M FCP de surcoût annuel</p> <p><u>Economies :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Optimisation des fonctions administratives par regroupement des services Evasan évitées par dispositif de liaison/suivi adapté Fusion des services de pédopsychiatrie et rationalisation des postes 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	calendrier conditionné par la mise en œuvre du contrat de projets Etat-Pays			

3.3. Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre de prise en charge du cancer et adopter le plan cancer

Le diagnostic a montré l'augmentation de l'incidence des cancers. L'offre, de son côté s'est étoffée quantitativement et qualitativement ces dernières années. Leurs traitements sont coûteux et impliquent de renforcer les plateaux techniques. Pour autant, ils présentent un intérêt en termes d'offre de soins en Polynésie et des Evasan internationales sont évitées.

Le plan cancer définissant la stratégie à adopter doit permettre de se positionner sur le niveau d'offre en Polynésie en analysant le surcoût des investissements et équipes associées par rapport aux économies associées, en d'autres termes le rapport coût/bénéfice.

Bénéfices attendus	Clarifier la stratégie cancer de la Polynésie pour les acteurs de santé			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Appropriation par les acteurs Suivi/évaluation du plan Réalisme du plan et priorisation des actions 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

3.3.1. Structurer un réseau de soins cancer

Le parcours du patient atteint d'un cancer n'est pas suffisamment coordonné (dépistage, diagnostic, annonce, suivi, traitement, post-cancer). Il est nécessaire de structurer une approche globale permettant de fluidifier le parcours du patient aux différentes étapes.

La proposition est de mettre en place un réseau identifié en matière de cancer intégrant l'hôpital, les soins primaires, la médecine de ville, l'action sociale...

Bénéfices attendus	Permettre aux patients un parcours sans rupture (avant, pendant et après cancer)			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Coopération ville/hôpital Coordination avec le médico-social Portage explicite par l'autorité sanitaire 			
Enjeux financiers associés	Un animateur de réseau : 10 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016-2017			

3.3.2. Expérimenter l'administration de la chimiothérapie en proximité

Dans le but de se rapprocher des populations concernées, il est souhaitable de développer une offre spécifique d'administration de la chimiothérapie en local. Le dispositif serait piloté par le CHPF: centralisation de la production des produits, administration des produits dans des antennes locales (personnel CHPF projeté ou personnel des hôpitaux périphériques à l'administration des produits).

Une expérimentation sur Taravao et Uturoa d'une durée de 2 ans est proposée.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Evasan évités • Confort de vie du patient (proximité) 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilité des équipes de soignants concernés • Cadrage précis par les praticiens du CHPF : protocolisation • Conditions d'accueil sur place adéquates 			
Enjeux financiers associés	<p><u>Coût de l'administration des produits en local : 20 M</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Coût des formations de mise à niveau des personnels des antennes avancées du CHPF ; • Coûts des locaux <p><u>Economies : devrait couvrir les surcoûts dans 2^{ème} temps</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Transports de patients évités par développement d'un réseau oncologie dans les antennes avancées. 			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	2016			

3.4. Créer un pôle privé unique par appel à projet

Les avantages de la création d'un pôle privé unique sont multiples. D'abord, les cliniques actuelles connaissent des limites fortes en matière de bâtiments et de respect des normes actuelles et à venir.

Ensuite, la taille de ces deux équipements ne leur permet pas d'optimiser leur offre et les rend potentiellement fragiles y compris sur le plan économique. Le regroupement permettrait de renforcer la qualité et la sécurité des soins (nombre d'interventions et d'accouchements, de séjours, mutualisation des plateaux techniques, des ressources humaines...).

La création d'un plateau technique neuf et unique s'accompagne d'une réduction du nombre de lits MCO. Cette dernière est rendue possible en poursuivant la tendance au développement de l'hospitalisation de jour, de semaine et surtout de la chirurgie ambulatoire mais également parce que les taux d'occupation en hospitalisation complète laissent de réelles marges de manœuvre.

Le dimensionnement capacitaire se situe autour de 150 lits.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Plateau technique de qualité, performant et sécurisé • Taille critique pour les cliniques • Complémentarités public/privé (urgences...) 			
Conditions de réussite	Capacité de décision et de mise en œuvre rapide			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> • Premier surcoût estimé : +700 M par rapport à la dépense actuelle consacrée aux cliniques, du fait de la modernisation du bâtiment • Encadrement/réduction de ce surcoût par diminution capacitaire limitant l'impact de l'augmentation liée à l'investissement, et négociation dans un appel à projet • Economies liées à la réduction des doublons logistiques et organisationnels (laboratoire, pharmacie à usage intérieur, imagerie, gardes et astreintes nécessaires...) 			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

3.5. Favoriser une approche par parcours de santé en s'appuyant sur le premier recours et l'articulation entre les secteurs public, privé et libéral

Un parcours se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'utilisateur dans un territoire donné, avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement.

Le présent schéma acte l'idée que l'approche parcours est de nature à éviter les ruptures. Elle suppose une évolution des pratiques professionnelles et de la coordination entre acteurs publics/privés, hospitaliers/libéraux, sanitaires/sociaux.

Certains parcours prioritaires pourraient être expérimentés : santé mentale, diabète, cancer, personnes âgées.

3.5.1. Faire du médecin référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD

Le médecin référent est le pivot du parcours de santé. Le présent schéma promeut une expérimentation ciblée sur les patients ALD avec création d'un système de dispense d'avance de frais et de rémunération au forfait pour ces patients. L'expérimentation pourrait concerner quelques sites pilotes pendant 2 ans en vue d'extension si l'évaluation s'avérait concluante. Il s'agira également de définir réglementairement un panier de soins opposable aux patients sur une zone sanitaire.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration du suivi des patients en ALD et chronicisés • Non renoncement au soin 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Dispense d'avance des frais • Expérimentation limitée mais accompagnée/évaluée • Rémunération dérogatoire 			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> • Faible : incitations financières à prévoir pour les pilotes : première enveloppe de 30M 			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	2016 : expérimentations 2017-2018			

3.5.2. Intégrer dans la convention d'installation des missions de service public

La convention d'installation pourrait inclure des missions de service public :

- Partage du dossier,
- Permanences/astreintes
- Jours de missions projetées / an
- Missions de santé publique (PMI, médecine scolaire, vaccination...),
- Télémédecine,

Ces missions seraient couvertes par des financements spécifiques.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration de la coordination des soins et du parcours patient Amélioration de la couverture des archipels 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Relations conventionnelles Financements ad hoc incitatifs Caractère obligatoire 			
Enjeux financiers associés	A calibrer selon la volonté d'incitation. Première enveloppe de 10M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : projets pilotes 2017 : déploiement			

3.5.3. Faire évoluer le dispositif de conventionnement des personnels de santé non prescripteurs (infirmiers, kiné) pour permettre leur rapprochement autour d'un médecin référent ou d'une maison de santé

Le conventionnement des kinésithérapeutes, infirmiers et autres auxiliaires médicaux devrait également permettre le développement du système de médecin référent, d'exercice regroupé, de rémunération au forfait pour les ALD.

Bénéfices attendus	Amélioration de la coordination des soins et du parcours patient			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Relations conventionnelles Financements ad hoc incitatifs Caractère obligatoire 			
Enjeux financiers associés	Faible : incitations financières à prévoir pour les pilotes. Première enveloppe de 2 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 : expérimentations 2017-2018 : élargissement			

3.5.4. Expérimenter des modalités incitatives au regroupement en maisons de santé

Le schéma entend favoriser des modes d'exercice regroupés pouvant accueillir médecins, infirmiers, kinésithérapeutes... Des incitations à ces regroupements seraient définies en contrepartie d'engagements des professionnels de santé sur : l'accessibilité (horaire et sociale), la coordination et le partage d'information, la forfaitisation sur certaines pathologies. En sus, et spécifiquement pour les îles, l'expérimentation pourrait inclure des financements par capitation partielle ou totale, un tiers-payant ciblé sur certains territoires.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Attractivité médicale Maintien d'une offre libérale en polynésie Coordination et qualité des soins Accessibilité des soins 			
Conditions de réussite	Passer par des expérimentations et les évaluer avant généralisation			

	<ul style="list-style-type: none"> Proposer des mesures incitatives 			
Enjeux financiers associés	Faible : incitations financières à prévoir pour la première expérimentation. Première enveloppe de 10M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017 : projets pilotes			

3.5.5. Mettre en place un réseau de santé périnatal piloté par la maternité de référence du CHPF, en vue de formaliser la coordination des prises en charge des accouchements notamment inter-îles.

Pour adapter au plus près la prise en charge de la mère et de l'enfant, il est nécessaire de faire évoluer le dispositif par l'instauration d'un réseau de santé périnatal. Il sera piloté par la maternité de référence qui devra conduire des actions coordonnées en partenariat avec l'ensemble des opérateurs et acteurs de la filière (maternité de référence du CHPF, hôpitaux, cliniques, PMI, centres de consultation périnataux de proximité).

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Amélioration et harmonisation des pratiques professionnelles Définition de critères pour assurer les bonnes orientations Apport d'un appui auprès des différents intervenants du réseau (ex. formations communes,...) 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Implication des partenaires Eviter l'institutionnalisation du réseau 			
Enjeux financiers associés	Gain d'efficacité de la filière. Animation du réseau : 10 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016 - 2017			

4. Axe 4 : Réinvestir la prévention et la promotion de la santé

Les difficultés budgétaires ont contraint fortement les budgets de prévention. En 2010, l'Etablissement Public en charge de la prévention a fermé. La Direction de la prévention a ainsi subi d'importantes diminutions d'effectifs ces dernières années (d'environ 20%). Après avoir connu un sommet en 2008, les dépenses consacrées à la prévention ont diminué significativement ces dernières années.

Le système polynésien doit être adapté tout en préservant ses points forts. Les différents rapports des chambres du Pays (CTC) ou de l'Etat (Cour des comptes...) ont tous mis en avant l'intérêt du modèle de prévention intégrée de la Polynésie. Sa préservation passe par une capacité à assumer des priorités claires et donc à procéder à des choix, des arbitrages y compris sur le plan financier.

Rappel des grands enjeux identifiés dans le Diagnostic

Ces enjeux font l'objet d'un long développement dans le Diagnostic (annexé), notamment aux parties 2 et 5.

Extraits :

- La transition démographique de ces dernières années en Polynésie s'est accompagnée du développement inquiétant des pathologies de « surcharge » et des affections liées au mode de vie. La dernière enquête, réalisée en 1995, estimait la prévalence du surpoids dans la population à 71% environ (37% au stade d'obésité), celle du tabagisme à 36%, de la consommation excessive d'alcool à 30%, du diabète à 16% et de l'HTA à 17% (au sein de la population adulte).
- L'obésité adulte s'est stabilisée ces 15 dernières années mais reste élevée. Selon la classification de l'OMS, la prévalence de l'obésité en Polynésie chez les 16 ans et plus en 2009 est de 39% et celle du surpoids de 30%. Si le surpoids concerne davantage les hommes que les femmes (34% contre 26%), la prévalence de l'obésité est significativement plus élevée chez les femmes (40% contre 38%). Elle augmente avec l'âge puis diminue après 60 ans. Par ailleurs, l'obésité augmente inversement à la position sociale (45% pour le bas de l'échelle sociale contre 30% pour le haut. La situation en Polynésie française est particulièrement défavorable. A titre de comparaison, en 2012 en France métropolitaine, 32,3% des Français adultes de 18 ans et plus sont en surpoids et 15% présentent une obésité. Bien que la prévalence de l'obésité en Polynésie française figure parmi les plus défavorables, elle reste inférieure aux autres pays insulaires du Pacifique (74,6% dans les Samoa, 56% dans les Tonga). En outre, une étude sur la corpulence des enfants scolarisés dans l'année scolaire 2007-2008¹ met en évidence des prévalences élevées de l'excès de poids (stade de l'obésité inclus) quelles que soient la tranche d'âge et le sexe : 21,6% à 6-7 ans en Polynésie contre 18,6% à 7 ans en métropole ; 37,0% contre 19,9% à 10-11 ans ; et 37,9% contre 15,7% à 14-15 ans. Le constat est similaire pour l'obésité.

Plusieurs types d'enjeux se dégagent :

- Un enjeu de cohérence : le manque de synergie des structures et dispositifs existants (santé scolaire, PMI, santé dentaire, vaccination, etc.) avec les logiques territoriales, et notamment avec les entités légitimes pour coordonner les actions est préjudiciable.

- Un enjeu de pilotage et de suivi :

- le rôle de la Direction de la Santé dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique de prévention doit être consolidé,
- le mécanisme de définition des priorités doit être clarifié et partagé
- les thématiques et actions relevant du système de santé et celles relevant des interventions extérieures doivent être distinguées,
- l'absence de feuille de route pour les acteurs (budget, RH, actions à mettre en œuvre, partenaires, territoire géographique...) et d'indicateurs de suivi ne permet pas de disposer d'une vision stratégique des plans d'actions,

- Un enjeu d'arbitrage :

- certains programmes (santé de l'enfant et de l'adolescent, la santé dentaire) offrent de bons résultats qu'il s'agira de maintenir/confirmar tandis que d'autres programmes, qu'il s'agira d'interroger, ont des résultats limités (nutrition et prévention des maladies non transmissibles).
- la frontière entre le préventif et le curatif doit être redéfinie et la tendance à prioriser le curatif en situation de pression budgétaire doit être interrogée,
- les constats du portrait de santé invitent à s'interroger sur les priorités à dégager dans un contexte financier très contraint. En effet, les maladies liées aux modes de vie (HTA, diabète, cancers) ou aux comportements (accidents, suicides) invitent à repenser le cadre global d'intervention. Il existe aujourd'hui des actions et programmes sur la lutte contre l'obésité, le diabète, le dépistage des cancers gynécologiques, les addictions, la prévention du suicide mis sans véritable hiérarchie et choix publics relatifs aux moyens. Les priorités en termes de facteurs de risque de morbidité ; comme l'obésité, le surpoids et maladies de surcharge (incluant le diabète) représentent moins de 4% des dépenses (dont la moitié reviennent à la Maison du diabète). Le programme dentaire, longtemps une fierté polynésienne, ne dépense que 2% du budget (source DPP Direction de la Santé 2013 et Dépenses de Santé 2013 (hors charges de personnel)).

- Un enjeu de décloisonnement et d'ouverture :

La consolidation des partenariats avec les partenaires institutionnels (Caisse de Prévoyance sociale, CHPF, etc.), associatifs, régionaux et internationaux (SPC, OMS, Etat, etc.) devrait permettre de développer et de structurer les programmes de prévention.

D'une manière générale, il semble essentiel d'adopter une vision élargie de la politique de prévention : à titre d'illustration, la lutte contre l'obésité ne peut rester sous la seule responsabilité de la DPP, et doit être étendue et coordonnée avec l'ensemble des acteurs compétents (établissements scolaires, associations sportives, etc.) dans une logique de vision transversale des déterminants de santé.

¹ Direction de la santé. « Corpulence des enfants scolarisés en CP, CM2 et 3ème en Polynésie française, année scolaire 2007-2008 ». Bulletin d'Informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques, n°1, 2010

Orientations et actions

4.1. Faire de la lutte contre le surpoids une priorité Pays.

4.1.1. Elaborer un Schéma de prévention du surpoids et de l'obésité

Les principes cardinaux du schéma sont les suivants :

- Assumer des choix pour avoir plus d'impact
- Faire de la lutte contre le surpoids une priorité absolue du Pays
- Sanctuariser le budget de la Prévention
- Rendre le patient acteur de sa santé, au minimum en l'informant annuellement de la dépense de santé le concernant, et en le rendant conscient des conséquences pour sa santé de ses choix de vie.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Un cadrage clair des priorités • Un impact plus fort sur les choix clés • Une plus grande responsabilisation du patient sur les coûts de la santé 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Des actions priorisées et limitées • Des choix forts traduits financièrement par une forte concentration des ressources sur des priorités • Un accroissement des moyens alloués aux politiques de prévention 			
Enjeux financiers associés	Réalisation en interne			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

4.1.2. Définir la lutte contre le surpoids comme priorité du Pays pour permettre la mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de facteurs de risque

La lutte contre le surpoids implique d'agir sur les principaux déterminants que sont l'alimentation, la nutrition inadaptée et le manque d'exercice physique, mais aussi sur d'autres facteurs (environnementaux et sociétaux) impactant le mode de vie et relevant de politiques de soutien intersectorielles : santé, éducation et enseignement, jeunesse et sports, agriculture, transports, urbanisme, environnement, industrie agroalimentaire, distribution, marketing.

Il est donc préconisé de faire de la lutte contre le surpoids (mesuré par réduction d'IMC) une clause obligatoire de toute décision du Pays; et un axe majeur du comité de prévention mis en place dans le cadre de la réforme de la PSG.

Bénéfices attendus	Diminution de la prévalence du surpoids et de l'obésité			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Politiques intersectorielles • Approches diversifiées et multicanal • Innovation dans l'approche méthodologique de la prévention 			
Enjeux financiers associés	na			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

Option : étudier l'option de responsabiliser les acteurs, ainsi que la population par des mécanismes prenant en compte le non-remboursement des comportements à risque (franchise partielle, tickets modérateurs...)

4.2. Rationaliser l'organisation de la prévention

4.2.1. Organiser les services de prévention en visant une polyvalence et une pluridisciplinarité: maintenir les postes mais élargir les missions des personnels de prévention

Le savoir-faire des équipes de prévention en Polynésie est reconnu. Il s'agit d'un réel point fort. Le présent schéma propose de maintenir le cap en introduisant une polyvalence des professionnels pour espérer obtenir plus d'impact et maintenir un niveau de prévention sur l'ensemble des archipels. Un tronc commun, socle, devra être défini pour permettre l'atteinte de cette ambition qui passe par un accompagnement au changement des équipes de professionnels, parfois très spécialisées. De même, il conviendra de lier cette réflexion aux avancées relatives à la délégation de tâches. En effet, la prévention est l'affaire de tous les professionnels et ne peut reposer sur le seul médecin. Les infirmiers ont un rôle prépondérant aux côtés d'autres professionnels de santé et auxiliaires.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Homogénéisation des actions de prévention • Equité dans la réalisation des actions 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Définition d'un socle commun : un niveau standard • Suppose d'accepter la polyvalence et une certaine déspecialisation 			
Enjeux financiers associés	Peut se faire à coût constant			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

4.2.2. Renforcer les points et actions de dépistage en utilisant le maillage: médecine du travail, dépistage scolaire

La Polynésie a la chance de disposer d'un maillage de son territoire assuré par des services disposant d'une expertise forte et d'une bonne connaissance des populations. Il en va ainsi notamment de la médecine scolaire et de la médecine du travail. Dès lors, il existe un enjeu important d'articulation des ces services avec l'établissement de soins primaires et de prévention, le cas échéant par convention aux fins de mutualisation des efforts pour couvrir l'ensemble des archipels.

Bénéfices attendus	• Améliorer le dépistage en s'appuyant sur les acteurs déjà investis			
Conditions de réussite	• Collaborations interinstitutionnelles • Partager des priorités			
Enjeux financiers associés	Peut se faire à coût constant			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

4.2.3. Intégrer une approche coût-efficacité en prévention

Le présent schéma entend favoriser l'introduction d'un raisonnement coût/efficacité en matière de prévention.

La priorité énoncée autour de la lutte contre le surpoids suppose de flécher le plus de moyens possibles sur cette priorité. Le corollaire réside dans le fait d'accepter de diminuer voire de ne plus investir sur d'autres actions (par exemple lutte anti-moustique qui relève d'autres acteurs que du sanitaire, prévention du rhumatisme articulaire aigu).

De même, cibler les actions de prévention envers ceux qui en ont le plus besoin, les adapter au cadre de vie et social, former les professionnels (dont polyvalence) sont autant de leviers pour l'amélioration de la santé et la réduction des inégalités de santé.

En lien avec la nécessaire priorisation des actions, l'accent devra être mis sur :

- La définition claire des critères d'évaluation et d'éligibilité au financement public
- le fonctionnement par appels à projets;
- l'articulation et la cohérence des politiques publiques intersectorielles
- le développement des partenariats publics/privés (médecins libéraux, opérateurs privés lucratifs et non lucratifs, industrie et services, ...)

Bénéfices attendus	• Mieux documenter les effets des actions de prévention pour agir de manière mieux ciblée			
Conditions de réussite	• Se former aux approches coût/bénéfice ; coût : efficacité			
Enjeux financiers associés	na			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016-2017			

4.2.4. Redonner aux communes un rôle dans la santé

Les communes n'ont pas a priori de compétence santé. Dans les faits, elles agissent souvent directement ou indirectement : financement des pompiers qui effectuent du transport sanitaire, lutte anti vectorielle, prévention primaire, interventions au travers du CUCS.

Le présent schéma propose de faire reconnaître cette compétence, subsidiaire et notamment sur le volet mode de vie, santé communautaire et dans la déclinaison des orientations du pays.

Bénéfices attendus	Investir le niveau de proximité et le reconnaître			
Conditions de réussite	• Evolution législative • Soutien financier ciblé (ex : contrat locaux de santé...) sur actions prioritaires (cantine scolaire, isolement des personnes âgées, éducation la santé, pistes cyclables...)			
Enjeux financiers associés	Peut se faire à coût constant			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

4.3. Partager une approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé

4.3.1. Améliorer la connaissance de la population pour la compréhension des comportements de recours aux soins et des déterminants de santé

Le présent schéma promeut un renforcement méthodologique visant à améliorer la connaissance de la population pour la compréhension des comportements de recours aux soins. A la croisée de plusieurs sciences sociales et de la médecine, il s'agit de mieux comprendre les comportements des polynésiens pour espérer obtenir un meilleur impact. Une approche élargie de la recherche permettra de comprendre davantage les chaînes de causalité. Un travail pluridisciplinaire est nécessaire : économie, sociologie, épidémiologie, environnement, sciences politiques, histoire, anthropologie... Une recherche visant les modes de recours aux médecines traditionnelles est également souhaitable, la Polynésie faisant partie des territoires dans lesquels des médecines traditionnelles se sont développées.

Le discours vis-à-vis du grand public ne doit pas conduire à entretenir une résignation des publics se reconnaissant dans des déterminants vécus comme négatifs (niveau de revenu, statut social, alphabétisme, patrimoine biologique...).

Il ne s'agit pas de les esquiver mais dans la forme, les déterminants sur lesquels la personne peut agir et ceux modifiables par des choix publics, y compris locaux doivent être mis en avant. Les professionnels de santé, du social ou du médico-social doivent quant à eux avoir une vision exhaustive des déterminants.

L'approche par les déterminants de santé est préconisée.


Bénéfices attendus	Améliorer la connaissance des comportements des polynésiens en santé et de leurs déterminants, de leur diversité pour mieux adapter les réponses			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Former des professionnels• Investir des chercheurs dans des études ciblées• Financer des études			
Enjeux financiers associés	Selon modalités de réalisation des études (Interne/externalisé) Première enveloppe de 2M			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	2017 -2019 : étalement du programme sur 3 ans			

4.3.2. Adopter une stratégie de communication régulière et diversifiée et développer le marketing social.

Les compétences individuelles en santé rassemblent les connaissances, les valeurs, les aptitudes qui toutes, jouent un rôle fondamental sur la santé. Dans ce sens, la capacité psychologique, physiologique et économique de prendre du pouvoir sur soi et son environnement (*empowerment*) peut être un bon levier pour avancer en prévention et promotion de la santé. L'enjeu est de dépasser sans y renoncer, l'approche biomédicale de la santé, vécue comme un état (= pas de maladies) plus que comme une ressource.

Concrètement, le présent schéma propose d'adapter une stratégie de prévention s'appuyant de façon équilibrée, sur divers canaux (médias grand public, associations et membres de la société civile, corps intermédiaires et élus, professionnels de santé) et sur des techniques d'éducation et de communication éprouvées.


La stratégie de prévention devra emprunter au marketing social avec une approche centrée sur les publics cibles et une offre segmentée pour ces publics y compris les plus difficiles à rejoindre.

Bénéfices attendus	Etre plus efficace, mieux toucher les cibles			
Conditions de réussite	Formation des personnels au marketing social			
Enjeux financiers associés	Coûts de formation Première enveloppe de 5M			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
				
Calendrier	2016			

4.3.3. Mettre en place une évaluation de la prévention :

L'observatoire de la santé contribuera à améliorer la connaissance et à définir des stratégies d'évaluation en matière de prévention. Il devra favoriser l'analyse, la recherche, le suivi à travers des enquêtes régulières, des suivis de cohorte (en lien avec le dossier médical unique -DMU).

L'évaluation de l'Impact du système de soins mais également des autres secteurs (économie, environnement, éducation, travail et emploi...) sur les déterminants de santé constitue un objectif à développer au-delà de la stricte approche de la prévention par la santé.

Bénéfices attendus	Evaluation en santé (dont évaluation des impacts et évaluation médico-économique)			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Identifier au sein de l'observatoire des compétences• Former les professionnels polynésiens à l'évaluation• Passer des partenariats avec des institutions étrangères compétentes			
Enjeux financiers associés	Coûts de formation : 5 M			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
				
Calendrier	2016-2018			

5. Axe 5 : Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité

Le vieillissement de la population polynésienne exige une offre supplémentaire pour la prise en charge de la dépendance. L'offre ne doit cependant pas être « tout-établissement » et préserver une part large au domicile, en l'aidant au maximum.

Elle exige aussi un financement complémentaire que l'optimisation de l'offre actuelle n'est pas de taille à supporter.

Bases des enjeux majeurs identifiés dans le Diagnostic

Principaux constats:

Le secteur médico-social fait ici l'objet d'une analyse sous son prisme Personnes âgées. En effet, la prise en charge de la dépendance en établissement s'inscrit dans une continuité avec l'offre hospitalière SSR voire d'USLD quand elle existe. On constate fréquemment que ces lieux sont ceux d'un glissement des prises en charge de l'hospitalier vers le médico-social. La Polynésie ne fait pas exception à cette continuité. Néanmoins, l'offre médico-sociale pour les personnes âgées y est très peu développée et peu structurée. Elle ne se distingue en cela pas du secteur médico-social au sens large (enfance, handicap, dépendance), dont l'offre initialement concentrée sur le handicap, reste assez restreinte. Il n'existe d'ailleurs pas de Schéma médico-social.

Une délibération APF de 2003 avait posé les bases d'une structuration du secteur et de son développement autour de trois dimensions :

- un Schéma dédié ;
- un régime d'autorisation ;
- un régime de conventionnement.

Ces éléments structurants n'ont pas été mis en place. Il n'existe pas non plus de dispositif de solvabilisation des personnes, tel que peut le constituer l'APA en métropole. Le système repose donc sur une offre développée de manière plutôt spontanée, faiblement encadrée, et solvabilisée principalement par la CPS sur la base de décisions de financement ne découlant pas du régime d'autorisation.

Le volet Personnes âgées/Dépendance ne se distingue pas de ce constat général sur le médico-social :

- l'offre de prise en charge de la dépendance est très faible ;
- les seules structures relais à l'hospitalisation et à la prise en charge de la dépendance avancée sont :
 - les familles d'accueil agréées,
 - les unités de vie,
 - le Centre d'accueil des personnes âgées Fare Matahiapo à Taravao qui est l'unique établissement semi-médicalisé ;
 - existent aussi de nombreuses familles d'accueil non agréées et non financées par la protection sociale, mais à coût élevé.

Prise en charge dans les structures agréées	Nombre de structures	Nombre de bénéficiaires (RSPP + RNS + Pays)	Dépenses 2013
Placement PA	34	44	24 086 294
Hébergement Fare Matahiapo	1	11	4 907 094
Accueillant familial PA	3	4	18 655 541

Enjeux identifiés :

- Une trop grande faiblesse de l'offre publique ou conventionnée, qui appelle le déploiement d'une offre nouvelle à tous les échelons de la palette de besoin.
 - L'important enjeu démographique à horizon 2030 (de 22 000 > 60 ans en 2007 à 55 000 en 2027) plaide pour le déploiement d'une offre supplémentaire.
 - Seraient à initier des projets de chaque catégorie de prise en charge : maintien à domicile, résidence adaptée, résidence senior, Ehpad.
- Le renforcement nécessaire de la logique d'agrément et du contrôle.
 - L'application des textes de 2003 doit prévaloir, sous peine de retrouver sur le médico-social, la même situation que celle existant sur le sanitaire. Il convient donc de prévoir :
 - L'adoption d'un Schéma structurant ;
 - La mise en place de l'offre nouvelle au travers d'appels à projet, permettant d'enclencher autorisations et conventionnement ;
- La revisite de l'offre actuelle, au regard d'exigences de qualité et réglementaires.

Orientations et actions

5.1. Créer un risque unique Handicap-Dépendance

5.1.1. Créer un risque unique couvrant toutes les dépendances

La création d'un risque unique permet de dépasser les logiques de caisses et de régimes. Il couvrirait l'ensemble des besoins de la dépendance à tous les âges de la vie.

Bénéfices attendus	Permettre une prise en charge identique des bénéficiaires			
Conditions de réussite	Chantier articulé à la réforme de la PSG, et au régime universel maladie			
Enjeux financiers associés	Recettes obtenues par élargissement des prélèvements à l'ensemble des revenus. Chiffrage du ressort du groupe de réforme de la PSG			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

5.1.2. Faire du médecin référent le coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante

Pour organiser la gouvernance de la prise en charge de la dépendance, trois leviers sont actionnés de manière complémentaire :

- faire du médecin référent le coordonnateur du parcours de la personne âgée à risque
- appuyer des réseaux de coordination
- positionner une institution en chef de file de l'ensemble de la filière

Bénéfices attendus	Mise en place dès le départ d'une logique de parcours			
Conditions de réussite	Définition des tâches du médecin référent Association d'un financement forfaitaire			
Enjeux financiers associés	Incitation forfaitaire (en lien avec Axe 2)			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

- 5.1.3. Adopter une grille polynésienne de repérage de la fragilité et d'évaluation multidimensionnelle du niveau de dépendance permettant l'élaboration d'un plan d'aide individualisé avec la personne et sa famille

La prise en charge de la dépendance doit se faire à partir d'une évaluation multidimensionnelle des fragilités, permettant l'élaboration d'un plan d'aide individualisé.

Doivent être prises en compte :

- la dimension Habitat
- la dimension médicament : coordonner le remboursement du SMR avec le vieillissement

Bénéfices attendus	Prise en charge personnalisée et adaptée de la dépendance			
Conditions de réussite	Adaptation de la grille AGGIR			
Enjeux financiers associés	Faible : étude/appui à la définition d'une grille d'évaluation et de plans d'aide modèles Estimation : 10 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

- 5.1.4. Définir le guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide

Doit être mis en place un guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide à la personne. Il sera le lieu d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé qui prenne en compte l'intégralité du besoin (besoin médical, médico-social, habitat) dans une approche de parcours.

Bénéfices attendus	Simplification et cohérence du dispositif			
Conditions de réussite	Eviter le cloisonnement des spécialités, et favoriser une approche médico-sociale complète Articulation/fusion de services de proximité avec la DAS			
Enjeux financiers associés	A moyens constants			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

- 5.1.5. Elaborer un schéma médico-social qui serve de grille unique de développement de l'offre et définisse le rôle des acteurs

La stratégie et le rythme de déploiement d'une offre nouvelle sur les PA trouverait pleinement sa place dans un Schéma médico-social qui couvrirait plus largement l'ensemble du champ des établissements et services de l'aide sociale. Le Schéma serait porteur d'une stratégie d'étoffement de l'offre au travers des appels à projet dont il définirait le rythme.

Bénéfices attendus	Clarification et planification			
Conditions de réussite	Articulation entre écriture théorique et production d'appels à projets concrets			
Enjeux financiers associés	Coût d'élaboration du schéma si l'option d'externalisation est retenue : 6M			

Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

- 5.1.6. Mettre en place un volet personnes âgées à l'Observatoire de la santé

En complément de l'orientation équivalente de l'Axe 1, l'observation de la santé des Personnes âgées en Polynésie doit être intégrée dans les missions de l'observatoire de la santé.

Il doit permettre de développer une approche globale de la filière Dépendance

En effet, la dépendance porte une forte dimension économique et d'emploi, et le développement de la filière doit se faire en intégrant l'ensemble des impacts :

- sur l'emploi direct (formation,
- sur l'emploi indirect (BTP, etc.)
- de la capacité contributive des bénéficiaires.

Bénéfices attendus	Capacité de vision stratégique			
Conditions de réussite	Intégration à l'Observatoire de la santé			
Enjeux financiers associés	1 ETP statisticien / épidémiologiste (déjà intégré en 1.1.3)			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

5.2. Privilégier le maintien à domicile et améliorer la qualité de prise en charge

Le maintien à domicile est une priorité à rechercher pour des motifs à la fois de qualité de vie et de coûts. Le développement de services serait donc une nécessité. Il convient de définir le contenu de ces services au travers d'une gradation: aide-ménagère, aide aux gestes quotidiens, soins infirmiers... Cette gradation devrait tirer les leçons des expériences métropolitaines et ne pas fictivement séparer les services en fonction de leurs actes. Une réflexion pourrait avoir lieu autour de la délivrance d'« actes d'hygiène ou de soins » que des auxiliaires de vie pourraient réaliser après une formation spécifique. Il est aussi nécessaire de valider l'articulation recherchée entre l'aide à domicile et la structure de soins. Attribuer le déclenchement des heures à une instance de régulation voire à l'établissement en prenant en compte les objectifs de sortie rapide et d'ambulatoire pourrait être une première cible de fonctionnement économe parce qu'articulé au système de soins.

Le mode de financement (forfaitaire, horaire, avec ou sans participation de la personne) doit aussi être discuté.

En parallèle, des dispositifs d'appui financier (partiel) à la modernisation des domiciles (domotique, ergonomie légère, adaptation salle de bain) pourraient être déployés pour encourager les particuliers à adapter leur domicile afin d'y rester plus longtemps. Cela pourrait prendre la forme d'une aide à l'investissement (sachant qu'elle génère derrière de l'emploi BTP).

L'appui aux services de télésurveillance pourrait aussi être recherché pour compléter l'offre, au moins sur la zone urbaine de Tahiti.

Ces développements passent par une procédure d'appel à projet.

Il convient donc de privilégier une stratégie privilégiant le maintien à domicile, positionnant l'établissement en dernier recours

En conséquence, sont actées les pistes suivantes :

- organiser le réseau de l'aide à domicile : favoriser la structuration ;
- reconnaître un statut d'aidant familial (unique par famille),
- accompagner l'aidant familial par une formation d'appui, et des propositions de répit,
- reconnaître un statut au personnel « assistants de vie »,
- structurer la formation locale des assistants de vie (initiale et continue), en encadrant le statut de formateur,
- mettre en place des actions d'appui aux aidants professionnels
- appuyer l'adaptation du domicile par un renforcement des dispositifs d'appui (individuels et à l'égard des bailleurs sociaux) et un élargissement à l'ensemble des régimes.

5.2.1. Structurer le réseau de l'aide à domicile

La structuration d'un réseau d'aide à domicile est nécessaire pour structurer le secteur, le monter en compétences, et favoriser la professionnalisation des intervenants.

Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Approche règlementée vs incitative : choisir entre l'agrément des personnes et l'agrément des services • Décloisonnement des services • Articulation à trouver avec l'hospitalisation à domicile • Faible acceptation de paiement des ayant droit : textes jugés insuffisants sur participation du bénéficiaire de l'aide sociale (subsidaire après revenus du bénéficiaire et participation des ayants droit), et absents sur la récupération sur succession (compétence partagée Pays-Etat). <p>En conséquence, nécessité d'ajuster les textes</p>
------------------------	---

Enjeux financiers associés	Pour maîtriser les coûts, privilégier des dispositifs d'agrément et d'avantages fiscaux, déclenchables par un référent ; 1 ETP : 10M Economie : -différée, par réduction/prévention des séjours hospitaliers			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2018			

5.2.2. Reconnaître un statut d'aidant familial (unique par famille)

La reconnaissance de l'aidant familial est un axe fort du maintien à domicile. Il vise les premiers aidants de la personne dépendante.

Ce statut doit permettre :

- de reconnaître financièrement (symboliquement aussi) leur rôle et de compenser l'absence de cotisations sur le temps où ils viennent en aide à leur proche ;
- de leur offrir des répit ;
- éventuellement de les professionnaliser.

Bénéfices attendus	Favoriser dans la durée la prise en charge à domicile			
Conditions de réussite				
Enjeux financiers associés	-prise en charge des cotisations retraite des aidants familiaux Economie : -différée, par réduction/prévention des séjours hospitaliers			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

5.2.3. Accompagner l'aidant familial par une formation d'appui, et des propositions de répit

En complément du point précédent, mettre en place des formations et des propositions de répit permettra de renforcer la qualité de la prise en charge par ces aidants.

Bénéfices attendus	Favoriser dans la durée la prise en charge à domicile			
Conditions de réussite	Mener une expérience pilote d'offre de répit			
Enjeux financiers associés	Coût des formations Coût d'une offre de séjour temporaire ou de personnels aidants de substitution Première enveloppe : 20 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2018			

5.2.4. Reconnaître un statut au personnel « assistant de vie »

Comme les aidants, le personnel d'intervention à domicile doit faire l'objet d'un statut reconnu et labellisé au travers d'une formation (incluant VAE).

Bénéfices attendus	Professionnalisation des acteurs			
Conditions de réussite	Mise en place d'un label			
Enjeux financiers associés	Aucun (hors demande reconventionnelle des personnels labellisés)			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016-2017			

5.2.5. Structurer la formation locale des auxiliaires de vie (initiale et continue), en encadrant le statut de formateur

Les formations d'assistante de vie peuvent actuellement être dispensées par des acteurs non structurés et sans qualification définie par la puissance publique.

Le statut des formateurs est donc à encadrer par une définition de leurs diplômes/expériences, afin de leur permettre de délivrer une formation labellisante.

Bénéfices attendus	Professionnalisation des acteurs			
Conditions de réussite	Mise en place de l'agrément des formateurs			
Enjeux financiers associés	Aucun (sauf coûts de contrôle)			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017-2018			

5.2.6. Appuyer l'adaptation du domicile par un renforcement des dispositifs d'appui (individuels et à l'égard des bailleurs sociaux) et un élargissement à l'ensemble des régimes

La mise en place de dispositifs d'aides fiscales à destination des particuliers et des bailleurs sociaux qui s'engagent dans des travaux d'adaptation du domicile sont à rechercher pour favoriser l'adaptation générale de l'habitat à ce public vieillissant.

Bénéfices attendus	Maintien plus long à domicile			
Conditions de réussite	Utilisation des dispositifs fiscaux			
Enjeux financiers associés	Estimation de 6 K€ de dépense moyenne par foyer (700 000 CFP) Utiliser la défiscalisation et la bonification de prêts pour les bailleurs, en complément de l'avantage procuré par la reconfiguration des espaces qui peut libérer des logements.			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017-2019			

5.2.7. Labelliser les associations intervenant dans le champ de la dépendance

De la même manière que ci-dessus pour les formateurs et les assistantes de vie, la logique de label/agrément est à reprendre pour introduire de la norme dans le secteur

Bénéfices attendus	Professionnalisation de la filière			
Conditions de réussite	Adoption d'un texte définissant le label			
Enjeux financiers associés	aucun			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2018-2019			

5.3. Proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés

Le déploiement d'une offre supplémentaire doit être l'occasion d'offrir les mécanismes d'autorisation et de contrôle, et d'une meilleure association/clarification des masses financières associées à chaque offre.

Pour cela, il semble nécessaire de structurer une démarche de déploiement intégralement organisée par appels à projets.

La structuration de la démarche elle-même relèverait d'un schéma pour éviter le développement spontané d'une offre non régulée dans les interstices de la réglementation.

5.3.1. Refondre par arrêté les dispositifs d'agrément et de contrôle

Les mécanismes d'autorisation et contrôle seraient identiques à ceux du sanitaire (Axe 1).

Les établissements et services actuellement autorisés sont à revisiter pour valider leur conformité à la réglementation, notamment pour les petites unités de vie et familles d'accueil.

Les nouveaux établissements sont autorisés au travers d'appels à projet. Chaque appel à projet procèderait du Schéma et porterait une définition du besoin, un cadrage de la taille de l'équipement ou service, un cadrage financier (de fonctionnement), une durée d'autorisation de fonctionner.

Bénéfices attendus	Sécuriser les décisions			
Conditions de réussite	Refondre les dispositifs d'agrément et de contrôle : établir l'arrêté définissant les conditions d'agrément et de contrôle.			
Enjeux financiers associés	aucun			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016			

5.3.2. Définir un statut minimal d'établissement recevant un public personnes âgées

Il convient de mettre en place un statut minimal d'établissement (>10 lits) recevant des personnes âgées sans tarification, afin d'encadrer les initiatives diverses fleurissant sur le secteur et de garantir la correcte prise en charge des personnes.

Cette mise en place d'une régulation de l'offre consiste à définir les catégories d'établissement puis à les inciter, encadrer, réguler par agrément.

Bénéfices attendus	Sécurisation de l'offre en développement			
Conditions de réussite	Définition limitée aux fondamentaux, afin de ne pas dissuader les initiatives privées, dans un contexte de rares financements publics			
Enjeux financiers associés	aucun			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

5.3.3. Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unifié Alzheimer et accueil de jour : par appel à projets,

L'isolement des personnes vieillissantes va amener mécaniquement le besoin d'une offre supplémentaire de prise en charge lourde en établissement. Il convient donc de définir le type d'établissement recherché en tenant compte de la palette large de l'offre théorique et des impératifs de bonne gestion.

Pour cela, la réalisation d'un établissement type semble nécessaire par catégorie de besoin :

- 1 à 2 petites structures supplémentaires
- un établissement de type EHPAD : environ 90 lits, pour un public relevant partiellement de l'aide sociale ;
- une à deux résidences service : alternative intéressante entre domicile et établissement, permettant de responsabiliser les personnes, dans un domicile collectif adapté. Ces établissements pourraient être développés dans le logement social.

La localisation de ces établissements doit aussi être discutée, mais ils seraient majoritairement sur Tahiti pour les plus importants d'entre eux.

Bénéfices attendus	Augmentation de l'offre			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Encadrer les initiatives privées par une écriture des règles • Absence de prise en charge financière des personnes en EHPAD • Développer une réflexion sur les soins palliatifs • Emettre un appel à projet EHPAD • Création d'une filière gériatrie 			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> • Investissement SSR/USLD par redéploiement : doubler Taravao • EHPAD 90 lits : Investissement de 16 M CFP par lits, soit 1,44 Mds si le projet est entièrement public • Utiliser la défiscalisation comme premier soutien 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	1 ^{er} appel à projet : 2018			

5.3.4. Inciter à la création d'une filière gériatrique appuyée sur le CHPF

Enfin, la mise en place d'une filière gériatrique permettra d'anticiper les besoins en intégrant l'ensemble des problématiques médicales liées à l'âge.

Bénéfices attendus	Structurer progressivement la filière			
Conditions de réussite	Recrutement/reconversion d'un gériatre			
Enjeux financiers associés	nc			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017-2018			

6. Axe 6 : Instaurer un espace numérique de santé polynésien

Rappel des grands enjeux identifiés dans le Diagnostic

Le CHPF dispose d'une politique SI et de moyens ad hoc (une DSI et un DIM travaillent ensemble à la mise en œuvre des objectifs réactualisés dans la révision du SSI 2008-2012). L'enjeu réside dans l'ouverture vers l'extérieur du système d'information de santé et notamment du Réseau Santé Polynésie, par la mise en œuvre d'outils de communication sécurisés.

La Direction de la santé et les subdivisions ne disposent pas d'un système d'information intégré, mais d'une multitude d'applications informatiques non connectées. La transmission d'information depuis les structures vers les subdivisions est hétérogène, manuelle et papier pour beaucoup de registres. Chaque subdivision regroupe et traite ses informations selon un format qui lui est propre. Le support informatique fourni par le SIPF auprès de la Direction de la santé, répond à la partie : « gestion, bureautique et messagerie » des fonctions de la Direction de la santé mais est sous-dimensionné pour ce qui est de la composante métier de santé. L'obtention de données agrégées, que cela soit pour fournir le rapport d'activité annuel ou pour les informations de veille sanitaire ou de prévention demande un travail important, non automatisé et à reproduire à chaque fois.

Les hôpitaux, les centres de soins et dispensaires des archipels y compris les centres spécialisés et centres dentaires connaissent des difficultés structurelles liées à des connexions avec l'extérieur de faibles débits qui rendent non fonctionnels des liens existants et qui empêchent d'en établir d'autres, une informatisation très hétérogène, non coordonnée ni entre les établissements et ni au sein d'un même établissement ; et reposant principalement sur des outils bureautiques maison. La gestion médico-administrative n'est pas automatisée, et entraîne de multiples saisies d'informations d'identification et d'inscription. Le suivi de l'activité est fait sur des outils bureautiques non intégrés au circuit du patient, avec des outils locaux et une recopie dans Epistat, un logiciel du SIPF. Le dossier médical et infirmier est principalement papier, mais avec de nombreux outils maisons, sectoriels. Le dossier médico-technique est également papier. La communication avec la CPS est principalement par télécopie.

Les acteurs privés et parapublics connaissent des situations variables. Les systèmes d'information des cliniques privées, laboratoires privés et de l'Institut Louis Malardé (ILM) montrent une informatisation très hétérogène : certains centres sont très informatisés (Te Tiare, Mamao, ILM), les cliniques assez peu pour la partie clinique, plus pour la partie laboratoire. Les médecins libéraux sont informatisés à 90% selon leurs représentants de l'Ordre et du syndicat. De plus, chaque établissement a son propre identifiant et n'utilise pas le DN. Un début de communication par messagerie s'installe surtout pour les résultats de laboratoires, pour répondre à une demande exprimée, mais pour le reste du dossier il n'y a pas d'échanges électroniques.

Orientations et actions

6.1. Créer une gouvernance forte des SI de santé Polynésiens

6.1.1. Réactualiser le schéma directeur SI Santé

Il va s'agir de mettre à jour le schéma directeur des systèmes d'information en santé polynésien dont les principaux objectifs sont d'actualité. Les priorités à mettre en œuvre :

- Poursuivre la mise en œuvre des pré-requis avec notamment un identifiant unique du patient, un répertoire organisationnel des ressources (ROR) et cadre d'interopérabilité
- Consacrer le système d'information du CHPF comme le système d'information de la communauté hospitalière publique de la Polynésie française (CHPPF)
- Poursuivre le déploiement d'une messagerie sécurisée permettant à l'ensemble des professionnels de santé d'échanger des informations
- Disposer d'un PACS Polynésie française géré par le CHPF
- Faire de la télémedecine un véritable levier de l'organisation et de la qualité des soins et de développement de la Polynésie française
- Mettre en place une gouvernance claire et adaptée aux ambitions du schéma : un GCS (pas de statut en Polynésie à ce jour) ou autres formes à définir
- Faire un choix en matière d'hébergement de données de santé commun à tous les acteurs

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Des résultats à court terme • Une trajectoire SI à 5 ans • Un cadrage clair des priorités • Un impact plus fort sur les choix clés 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • Des actions priorisées et limitées • Des choix forts traduits financièrement par une forte concentration des ressources sur des priorités • Une gouvernance renouvelée et une AMOA renforcée 			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> • Coût d'accompagnement : 8 M CFP 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	dès promulgation du SOS			

6.1.2. Institutionnaliser la maîtrise d'ouvrage de l'Autorité de régulation

L'autorité de régulation est pilote de la stratégie SI de santé polynésienne. Elle en assure expressément la maîtrise d'ouvrage. Elle fixe le cap, suit l'avancée du déploiement des objectifs prioritaires du SI et anime la démarche. Elle peut s'appuyer sur une maîtrise d'ouvrage déléguée ou opérationnelle (GCS le cas échéant, CHPF...).

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> • Une politique SI pilotée et suivie
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> • L'autorité de régulation doit se doter de compétences sur la stratégie SI et/ou se faire conseiller. Elle doit être en mesure de piloter et ne doit pas se soumettre à la technique.

	<ul style="list-style-type: none"> La concertation est essentielle mais l'autorité de régulation doit décider et exercer le cas échéant une contrainte positive pour la mise en œuvre de la ligne SI (CPOM,...) 			
Enjeux financiers associés				
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017			

6.1.3. Mettre en place une maîtrise d'œuvre dédiée, sous une forme autonome (association, groupement...), disposant de moyens propres

Cette maîtrise d'œuvre doit conduire les projets prioritaires en mode projet. Sa forme juridique est à déterminer. L'association aurait le mérite d'être opérationnelle immédiatement en attendant un statut plus adapté si besoin. Un modèle économique doit être pensé : cotisations des membres, subventions de l'autorité sanitaire, ventes ou non de prestations, d'ingénierie de projet. Il est nécessaire de consacrer des moyens ad hoc nouveaux ou réaffectés.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Une mise en œuvre professionnelle avec des moyens dédiés doit permettre de concrétiser sur des sujets repérés et partagés depuis longtemps mais qui stagnent. 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Tous les acteurs de santé adhèrent (public/privé ; PS libéraux/publics, représentants des PS...) Dés adhérents qui participent à l'expression des besoins 			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none"> 3 postes de chef de projet Coût global : 36 M CFP 			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	1 ^{er} semestre 2016			

Option : faire un GCS Pacifique Sud avec la Nouvelle-Calédonie

6.2. Prioriser les moyens et les énergies sur le dossier médical partagé

6.2.1. Imposer à tous les acteurs de suivre les orientations du DMP

Le présent schéma pose une obligation de convergence du dossier médical partagé autour de l'identifiant commun (DN), d'un protocole de cryptage commun. Les travaux doivent prendre en compte les travaux du pays en matière de dématérialisation. Le CHPf est le fer de lance de cette ambition.

Tout ne pourra pas se faire à court terme. La trajectoire SI est basée sur 5 ans avec un choix assumé de priorités :

- D'abord disposer des antécédents médicaux entre tous les établissements et services de santé
- Intégrer les dispensaires de Tahiti et la médecine de ville
- Étendre aux dispensaires dans les îles

L'obligation de renseigner le DMP est corrélée à une régulation financière. L'interopérabilité des solutions des médecins libéraux et du système hospitalier devra être travaillée prioritairement. A minima, un volet de synthèse médicale contenant les antécédents et traitements en cours devra être créé. Une première étape visera d'abord les patients en ALD avec consentement du patient.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Meilleure qualité de soins et de suivi des patients : éviter les ruptures Economies dans les actes et examens réalisés en double (biologie, radiologie, prescriptions médicamenteuses) 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Pilotage du projet et phasage Ecoute et associations des professionnels de santé Accompagnement des utilisateurs : concept de meaningful use (« utilisateur efficace ») Aides financières ciblées pour mise à niveau et formation le cas échéant 			
Enjeux financiers associés				
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016-2017			

6.2.2. Permettre à la maîtrise d'œuvre d'être hôte de données de santé

L'ouverture du dossier médical à des acteurs différents implique de régler la question de l'hébergement des données de santé. La maîtrise d'œuvre évoquée plus haut pourrait jouer le cas échéant ce rôle.

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Répondre à la contrainte réglementaire d'hébergement des données de santé 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Une gestion de projet rigoureuse Une assistance soutenue pendant 18-24 mois pour satisfaire les critères 			
Enjeux financiers associés	Pas déterminé à ce stade			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2017-2018			


6.2.3. Prioriser le volet de synthèse médicale dans le déploiement par étapes,

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none"> Disposer rapidement d'éléments de partage déterminants pour la coordination et la qualité des soins 			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none"> Définir un contenu partagé et arbitrage rapide par l'autorité de santé (le cas échéant, se rapprocher de l'HAS) 			
Enjeux financiers associés				
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
Calendrier	2016-2017			

6.2.4. Associer progressivement l'obligation de renseigner le DMP au remboursement des actes

Bénéfices attendus	« Obtenir des résultats tangibles et rapides : aller vers 100 % de dossiers renseignés			
Conditions de réussite	« La contrepartie est d'accompagner les professionnels (formation, équipements, conseil)			
Enjeux financiers associés	« Coût de l'accompagnement « utilisateur efficace » : 1 ETP (500 000 CFP) ; soit 6 M CFP par an.			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
			3	
Calendrier	2017			

6.2.5. Mettre en place une labellisation polynésienne des logiciels médicaux

Bénéfices attendus	Aider les professionnels de santé aux choix de solutions adaptés aux exigences polynésiennes			
Conditions de réussite	Déterminer le cadre d'exigence			
Enjeux financiers associés	Labellisation simple, s'inspirer de l'ASIP			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
				
Calendrier	2017			

6.3. Mettre en place une télémédecine au service des soins primaires dans les archipels

6.3.1. Equiper les archipels en solutions de télémédecine (téléconsultation notamment)

Il s'agit d'une condition de réussite de l'amélioration des soins primaires. Cela constitue également un moyen efficace de mailler l'ensemble du territoire. La délégation de tâches est à relier à cet objectif, elle en facilitera la mise en œuvre. Le rapport Lareng constitue la base de la stratégie télémédecine en Polynésie. Il va s'agir d'équiper l'ensemble des dispensaires en matériel de téléconsultation (sur modèle Tetiaroa). L'association de téléconsultation et du DMP est également très souhaitable.

En termes de priorités, outre la téléconsultation dans les archipels, le présent schéma propose de privilégier deux autres priorités, dont le retour sur investissement est immédiat avec des économies rapides :

- Télésurveillance en cardiologie des patients implantés
- Télédialyse

Bénéfices attendus	<ul style="list-style-type: none">• Une meilleure couverture territoriale• Des Evasan évitées• Une amélioration de la continuité des soins dans les archipels : qu'il s'agisse des soins primaires ou des consultations spécialisées.			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Une stratégie cohérente• Une gestion de projet rigoureuse et phasée : analyse des besoins, déploiement, suivi• Une accompagnement/formation des utilisateurs• Une évolution du cadre juridique			
Enjeux financiers associés	<ul style="list-style-type: none">• 320 M CFP en investissement (pour une couverture complète) possible de minorer l'ambition avant généralisation.• Pas de surcoûts de fonctionnement : pari de l'efficacité• Coûts et temps de formation / sensibilisation non comptabilisés			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
Calendrier	2016-2018			


6.3.2. Adopter une réglementation polynésienne de télémédecine

Il s'agit de reconnaître la télémédecine comme un élément du système de santé et (u) donner un cadre d'application propice à son déploiement. Ce travail réglementaire est à mener en parallèle des évolutions relatives à la délégation de tâches dans les archipels.

Evolution relatives à la délégation de tâches dans les emplois.				
Bénéfices attendus	Disposer d'un socle juridique permettant le déploiement de la télémédecine en Polynésie			
Conditions de réussite	Une base réglementaire simple dans un temps court qui permette de sécuriser l'ambition			
Enjeux financiers associés	Etude/écriture : 5M			
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
		2		
Calendrier	2016			

6.3.3. Définir les modalités de rémunération associées

Le système de valorisation de la télémédecine doit être défini : reconnaissance de certains actes, cotation, forfaitisation ou non, CPOM spécifique le cas échéant.

Solution, formulation du non, et/ou spécifique des thèmes.				
Bénéfices attendus	Favoriser le déploiement de la télémédecine en reconnaissant le travail réalisé			
Conditions de réussite	<ul style="list-style-type: none">• Procéder par palier• Maîtriser la dépense pour ne pas condamner le projet			
Enjeux financiers associés				
Niveau de difficulté	Faible	Moderé	Fort	Intense
				
Calendrier	2017			

Actions à initier dès promulgation du SOS

- 1.1.1. Promulguer un texte fondateur de l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale
- 1.1.2. Structurer et organiser l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale
- 1.2.1. Regrouper l'ensemble des structures publiques de santé de soins primaires et de prévention dans un établissement public
- 1.3.1. Créer une communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique
- 1.5. Assujettir tout équipement nouveau à une étude médico-économique
- 1.6. Opposabilité du Schéma d'organisation des soins aux tiers
- 2.3.1. Rendre effective la rotation hélicoptère de Moorea et Taravao vers le CHPF
- 2.3.2. Améliorer le transport inter-établissement en renforçant les moyens
- 3.3. Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre de prise en charge du cancer et adopter le plan cancer
- 3.4. Créer un pôle privé unique par appel à projet
- 4.1.1. Elaborer un Schéma de prévention du surpoids et de l'obésité
- 6.1.1. Réactualiser le schéma directeur SI Santé

Actions à initier en 2016

- 1.1.3. Structurer par délibération une observation de la santé en s'appuyant sur les ressources existantes
- 1.2.2. Organiser territorialement ce nouvel établissement public autour de subdivisions
- 1.4.3. Mettre à jour la carte sanitaire sur la base des lits et équipements installés, et des projets d'évolution de l'offre
- 2.1.2. Faire de l'infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation
- 2.2.1. Ouvrir 100 lits et places de SSR par reconversion de lits MCO
- 2.4.1. Réduire le nombre de lits MCO par reconversion
- 2.4.2. Améliorer la performance interne des établissements hospitaliers
- 2.4.3. Développer une plateforme logistique unique de pharmacie pour le secteur public
- 3.1.1. Favoriser le développement par appel à projet d'une offre de dialyse capable de couvrir 100 personnes supplémentaires à coût plus efficient
- 3.2.1. Adopter un Schéma directeur de Santé mentale couvrant de manière intégrée le projet de structure unique ainsi que le développement d'activités hors les murs
- 3.3.1. Structurer un réseau de soins cancer
- 3.3.2. Expérimenter l'administration de la chimiothérapie
- 3.5.5. Mettre en place un réseau de santé périnatal...
- 4.1.2. Définir la lutte contre le surpoids comme priorité du Pays pour permettre la mobilisation de l'ensemble des acteurs autour de facteurs de risque
- 4.2.3. Intégrer une approche coût-efficacité en prévention
- 4.2.4. Redonner aux communes un rôle dans la santé
- 4.3.2. Adopter une stratégie de communication régulière et diversifiée et développer le marketing social
- 4.3.3. Mettre en place une évaluation de la prévention
- 5.1.1. Créer un risque unique couvrant toutes les dépendances
- 5.1.3. Adopter une grille polynésienne de repérage de la fragilité et d'évaluation multidimensionnelle du niveau de dépendance permettant l'élaboration d'un plan d'aide individualisé avec la personne et sa famille
- 5.1.5. Elaborer un Schéma médico-social qui serve de grille unique de développement de l'offre et définisse le rôle des acteurs
- 5.1.6. Mettre en place un volet Personnes âgées à l'Observatoire de la santé
- 5.2.4. Reconnaître un statut au personnel « assistant de vie »
- 5.3.1. Refondre par arrêté les dispositifs d'agrément et de contrôle
- 6.1.3. Mettre en place une maîtrise d'œuvre dédiée, sous une forme autonome (association, groupement...), disposant de moyens propres

- 6.2.1. Imposer à tous les acteurs de suivre les orientations du Dossier médical partagé
- 6.2.3. Prioriser le volet de synthèse médicale dans le déploiement par étapes,
- 6.3.1. Equiper les archipels en solutions de télé-médecine (téléconsultation notamment)
- 6.3.2. Adopter une réglementation polynésienne de télé-médecine

Actions à initier en 2017 et au delà

- 1.2.3. Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents
- 1.3.2. Transférer à la Communauté hospitalière polynésienne l'ensemble des moyens afférents
- 1.4.1. Réécrire le régime des autorisations en le fondant sur l'Appel à projet
- 1.4.2. Redéfinir les modes de financement à l'autorisation issue de l'appel à projet
- 2.1.1. Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'instauration de l'Etablissement polynésien de soins primaires
- 2.1.3. Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les îles
- 2.1.4. Renforcer la coordination médicale et du parcours de soin, garantie de continuité de la réponse médicale
- 2.1.5. Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins
- 2.1.6. Couvrir les zones sans médecin par une offre itinérante de médecins et paramédicaux : lancement d'un appel à projet expérimental pour la couverture des atolls et îles dénuées d'offre (publique ou libérale) par une rotation régulière de professionnels
- 2.2.2. Développer quelques lits de rééducation fonctionnelle spécialisée (neuro et cardio) sur Tahiti par reconversion
- 2.4.4. Réduire les transports sanitaires
- 3.1.2. Encourager le développement de la greffe préemptive
- 3.2.2. Fusionner les services concernés (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, addictologie, Camsp) dans une entité juridique unique
- 3.5.1. Faire du médecin référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD
- 3.5.2. Intégrer dans la convention d'installation des missions de service public
- 3.5.3. Faire évoluer le dispositif de conventionnement des personnels de santé non prescripteurs (infirmiers, kiné) pour permettre leur rapprochement autour d'un médecin référent ou d'une maison médicale
- 3.5.4. Expérimenter des modalités incitatives au regroupement en maisons de santé
- 4.2.1. Organiser les services de prévention en visant une polyvalence et une pluridisciplinarité : maintenir les postes mais élargir les missions des personnels de prévention
- 4.2.2. Renforcer les points et actions de dépistage en utilisant le maillage : médecine du travail, dépistage scolaire...
- 4.3.1. Améliorer la connaissance de la population pour la compréhension des comportements de recours aux soins et des déterminants de santé
- 5.1.2. Faire du médecin référent le coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante
- 5.1.4. Définir le guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide
- 5.2.1. Structurer le réseau de l'aide à domicile
- 5.2.2. Reconnaître un statut d'aidant familial (unique par famille)
- 5.2.3. Accompagner l'aidant familial par une formation d'appui et des propositions de répit
- 5.2.5. Structurer la formation locale des auxiliaires de vie (initiale et continue) en encadrant le statut de formateur
- 5.2.6. Appuyer l'adaptation du domicile par un renforcement des dispositifs d'appui (individuels et à l'égard des bailleurs sociaux) et un élargissement à l'ensemble des régimes
- 5.2.7. Labelliser les associations intervenant dans le champ de la Dépendance
- 5.3.2. Définir un statut minimal d'établissement recevant un public Personnes âgées (>10)
- 5.3.3. Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet
- 5.3.4. Inciter à la création d'une filière gériatrique appuyée sur le CHPF
- 6.1.2. Institutionnaliser la maîtrise d'ouvrage de l'Autorité de régulation
- 6.2.2. Permettre à la Maîtrise d'œuvre d'être hébergeur de données de santé
- 6.2.4. Associer progressivement l'obligation de renseigner le DMP au remboursement des actes
- 6.2.5. Mettre une labellisation polynésienne des logiciels médicaux
- 6.3.3. Définir les modalités de rémunération associées

REF SOS	ACTIONS	2016	2017	2018	2019	2020
1.1.1	Promulguer un texte fondateur de l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale					
1.1.2	Structurer et organiser l'Autorité de régulation de la santé et de la Protection sociale					
1.1.3	Structurer par délibération une observation de la santé....					
1.2.1	Regrouper l'ensemble des structures publiques de santé de soins primaires et de prévention dans un établissement public.					
1.2.2	Organiser territorialement l'établissement public de soins primaire autour de subdivisions					
1.2.3	Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents					
1.3.1	Créer une communauté hospitalière polynésienne autour d'une entité unique					
1.3.2	Transférer à la Communauté hospitalière polynésienne l'ensemble des moyens afférents					
1.4.1	Réécrire le régime des autorisations en le fondant sur l'Appel à projet					
1.4.2	Redéfinir les mode de financement					
1.4.3	Mettre à jour la carte sanitaire sur la base des lits et équipements installés					
1.5.	Assujettir tout équipement nouveau à une étude médico-économique					
1.6.	Opposabilité du Schéma d'organisation des soins aux tiers					
2.1.1	Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'instauration de l'établissement polynésien de soins primaires					
2.1.2	Faire de l'Infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation					
2.1.3	Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les îles					
2.1.4	Renforcer la coordination médicale et du parcours de soin, garantie de continuité de la réponse médicale					
2.1.5	Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins					
2.1.6	Couvrir les zones sans médecin par une offre itinérante de médecins et paramédicaux					
2.2.1	Ouvrir 100 lits et places de SSR par reconversion de lits MCO					
2.2.2	Développer quelques lits de RF spécialisée sur Tahiti par reconversion					
2.3.1	Rendre effective la rotation hélicoptère de Moorea et Taravao vers le CHI					
2.3.2	Améliorer le transport Inter-établissements en renforçant les moyens					
2.4.1	Réduire le nombre de lits MCO par reconversion					
2.4.2	Améliorer la performance interne des établissements hospitaliers					
2.4.3	Développer une plateforme logistique unique de pharmacie pour le secteur public					
2.4.4	Réduire les transports sanitaires					

REF SOS	ACTIONS	2016	2017	2018	2019	2020
3.1.1	Favoriser le développement par appel à projet d'une offre de dialyse pour 100 personnes supplémentaires ...					
3.1.2	Encourager le développement de la greffe préemptive					
3.2.1	Adopter un Schéma directeur de santé mentale ...					
3.2.2	Construire le pôle santé mentale pour fusionner les services de santé mentale dans une entité juridique unique					
3.3	Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre de prise en charge du cancer et adopter le plan cancer					
3.3.1	Structurer un réseau de soins cancer					
3.3.2	Expérimenter l'administration de la chimiothérapie					
3.4.	Créer un pôle privé unique par appel à projet					
3.5.1	Faire du médecin-référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD					
3.5.2	Intégrer dans la convention d'installation des missions de service public					
3.5.3	Faire évoluer le dispositif de conventionnement des personnels de santé non prescripteurs ...					
3.5.4	Expérimenter des modalités incitatives au regroupement en maisons de santé					
3.5.5	Mettre en place un réseau de santé périnatal...					
4.1.1	Elaborer un Schéma de prévention de lutte contre le surpoids et l'obésité					
4.1.2	Définir la lutte contre le surpoids comme priorité du Pays ...					
4.2.1	Organiser les services de prévention en visant une polyvalence et une pluridisciplinarité...					
4.2.2	Renforcer les points et actions de dépistage en utilisant le maillage: médecine du travail, dépistage scolaire...					
4.2.3	Intégrer une approche coût-efficacité en prévention					
4.2.4	Redonner aux communes un rôle dans la santé					
4.3.1	Améliorer la connaissance de la population pour la compréhension des comportements de recours aux soins et des déterminants de santé					
4.3.2	Adopter une stratégie de communication régulière et diversifiée et développer le marketing social					
4.3.3	Mettre en place une évaluation de la prévention					
5.1.1	Créer un risque unique couvrant toutes les dépendances					
5.1.2	Faire du médecin référent le coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante					
5.1.3	Adopter une grille polynésienne de repérage de la fragilité et d'évaluation multidimensionnelle du niveau de dépendance ...					
5.1.4	Définir le guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide					
5.1.5	Elaborer un Schéma médico-social qui serve de grille unique de développement de l'offre et définisse le rôle des acteurs					
5.1.6	Mettre en place un volet Personnes âgées à l'Observatoire de la santé					

Id. des	Actions	2014	2015	2016	2017	2018
5.2.1	Structurer le réseau de l'aide à domicile					
5.2.2	Reconnaître un statut d'aidant familial (unique par famille)					
5.2.3	Accompagner l'aidant familial par une formation d'appui et des propositions de répit					
5.2.4	Reconnaître un statut au personnel « Assistant de vie »					
5.2.5	Structurer la formation locale des auxiliaires de vie (initiale et continue) en encadrant le statut de formateur					
5.2.6	Appuyer l'adaptation du domicile par un renforcement des dispositifs d'appui...					
5.2.7	Labelliser les associations intervenant dans le champ de la Dépendance					
5.3.1	Refondre par avéré les dispositifs d'ingrément et de contrôle					
5.3.2	Définir un statut minimal d'établissement recevant un public Personnes âgées (>10)					
5.3.3	Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet					
5.3.4	Inclure à la création d'une filière pédiatrique appuyée sur le CHPP					
6.1.1	Réactualiser le schéma directeur Système d'Information Santé					
6.1.2	Institutionnaliser la maîtrise d'ouvrage de l'Autorité de régulation					
6.1.3	Mettre en place une maîtrise d'œuvre dédiée, sous une forme autonome (association, groupement...), disposant de moyens propres imputés à tous les acteurs de suivre les orientations du Dossier médical partagé					
6.2.1	Permettre à la Maîtrise d'œuvre d'être hébergeur de données de santé					
6.2.3	Prioriser le volet de synthèse médicale dans le déploiement par étapes,					
6.2.4	Associer progressivement l'obligation de renseigner le DMAP au remboursement des actes					
6.2.5	Mettre une labellisation polynésienne des logiciels médicaux					
6.3.1	Équiper les archipels en solutions de télémédecine (téléconsultation notamment)					
6.3.2	Adopter une réglementation polynésienne de télémédecine					
6.3.3	Définir les modalités de rémunération associées					

Les données qui suivent sont celles identifiées comme principales sources de dépenses supplémentaires sur la durée de l'exercice (5 ans).

Le chiffrage correspond aux montants estimés aujourd'hui. Les précisions sur leur mode de calcul, ainsi que les éléments d'évaluation pris en compte figurent en commentaires.

Le montant des dépenses couvre des dépenses d'investissement ou des dépenses de fonctionnement annuelles (ressources humaines, consommables, etc.).

Tableau : Récapitulatif des estimations (en millions de XPF)

Id. des	Actions	Montants	Commentaires
5.2.1	Construire le pôle de santé mentale et fusionner les services concernants une entité juridique unique	3 301	Coût global de l'investissement (3,3 Mds) Co-financement états, contrats de projets Coût de fonctionnement 1 634 M XPF de coût annuel
5.3.3	Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet	1 500	Investissement sur 5 ans de développement Objectif : obtenir le statut EHPAD d'ici l'investissement de 1,5 M XPF par an
5.3.1	Favoriser le développement d'une offre de dialyse capable de couvrir 100 personnes supplémentaires à coût plus efficient	468	Diminution du coût des séances et respect des bonnes pratiques attendus
6.2.3	Coupler les archipels en télémédecine (téléconsultation notamment)	623	Investissement supporté par le pays (logiciel, équipement logiciel, matériel, formation, frais de travaux de fonctionnement par site d'implémentation)
6.1.2	Faire de l'infirmier en soins de santé primaire « un pivot de la nouvelle organisation	250	Supporté par le Pays : Coût de la formation pour 20 auxiliaires + 55 infirmiers : 250 M XPF sur 3 ans (remplacements compris)
6.3.1	Rendre effective l'équipation des archipels en solutions de télémédecine (téléconsultation notamment)	110	Supporté par le Pays : Investissement en matériel, formation, frais de travaux de fonctionnement par site d'implémentation

CAPACITES (LITS ET PLACES)

Disciplines	CHPF	CARDELLA	MAMAO	PAOPAI	TE TARE	MOOREA	ITUROA	TAIOHAE	PARAVAO	TOTAL
Médecine										
Lits	190	34		37		12	20	8	13	314
Places	9	3		2						14
Chirurgie										
Lits	92	24		34			18	6		174
Places	6	15	5	10			4			40
Gynéco-Obstétrique										
Lits	68	18		23			18	5		132
Places	23			3			2			28
Psychiatrie adulte										
Lits	64			4						68
Places				1						1
Infanto-juvénile										
Places	17									17
Rééducation et réadaptation fonctionnelle										
Lits					72			6		78
Places										
Soins de longue durée										
Lits									21	21
Places	414	76		98	72	12	56	25	34	787
Total	55	18	5	16			6			100

ACTIVITES DE SOINS

Activités	CHPF	CARDELLA
Transplantations d'organes (rein)	oui	
Greffe de cornée		oui

EQUIPEMENTS MATERIELS LOURDS

Nature de l'équipement	CHPF	POLYSCAN	Total installés
Appareil d'IRM à usage médical	1		1
Scanographie à usage médical	2	1	3
Angiographie numérisée « service imagerie »	1		1
Angiographie numérisée	1		1
Caisson hyperbare	1		1

ALD Affections de Longue Durée
 CAMSP Centre d'action médico-sociale précoce
 CHPF Centre Hospitalier de la Polynésie Française (Tasione)
 CPS Caisse de Prévoyance sociale
 COM Contrat d'objectifs et de moyens
 DAS Direction de l'Action sociale
 DGPS Délégation générale à la protection sociale
 DIM Département d'information médicale
 DMIP Dossier médical partagé
 DMU Dossier médical unique
 DS Direction de la santé

DSIO Direction des services d'information et de planification
 EHPAD Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 GCS Groupement de coopération sanitaire
 HAS Haute autorité de santé
 ILM Institut Louis Malardé
 IAPF Institut des Activités de Polynésie Française
 MCO Médecine-Chirurgie-Obstétrique
 PACS Pôles d'Activités et de Coopération des Systèmes d'Information et de Transmission d'Informations
 PMSI Programme médicalisé des systèmes d'information
 PSS Protection sociale généralisée
 RAA Rhumatisme articulaire aigu
 SDS Schéma d'organisation sanitaire
 SSR Soins de suite et de réadaptation
 TSD Unité de soins de longue durée

DELIBERATION n° 2016-13 APF du 16 février 2016 portant modification n° 1 de la délibération n° 2015-100 APF du 10 décembre 2015 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2016.

NOR : DBF1620048DL-4

L'assemblée de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 modifiée complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 95-205 AT du 23 novembre 1995 modifiée portant adoption de la réglementation budgétaire, comptable et financière de la Polynésie française et de ses établissements publics ;

Vu la délibération n° 2015-100 APF du 10 décembre 2015 approuvant les budgets des comptes spéciaux pour l'exercice 2016 ;

Vu l'arrêté n° 48 CM du 21 janvier 2016 soumettant un projet de délibération à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 305-2016 PF/SG du 5 février 2016 portant convocation en séance des représentants à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu le rapport n° 17-2016 du 5 février 2016 de la commission de l'économie, des finances, du budget et de la fonction publique ;

Dans sa séance du 16 février 2016,

Adopte :

Article 1. - Est autorisée la reprise anticipée du résultat de fonctionnement du compte d'aide aux victimes des calamités, tel qu'il apparaît dans la comptabilité de l'ordonnateur à la clôture de l'exercice 2015, pour un montant de 1 023 338 920 XPF.

Ce résultat, cumulé avec le résultat antérieur reporté, s'élève à 2 374 351 346 XPF et est affecté à la couverture du besoin de financement de la section d'investissement pour un montant de 1 773 373 099 XPF.

Le solde disponible après affectation s'élève à 600 978 247 XPF.

Article 2. - Pour l'année 2016, au titre du budget du compte d'aide aux victimes des calamités, le prélèvement sur le solde disponible après affectation pourra excéder 50 % de celui-ci.

Article 3. - Les recettes ordinaires du compte d'aide aux victimes des calamités pour l'exercice 2016 sont modifiées comme suit :

S-CHAP	ART	LIBELLÉ	EN +	EN -
99103	002	OPERATIONS DIVERSES OU EXCEPTIONNELLES		
		Résultat de fonctionnement reporté	600 636 000	
		TOTAL CHAPITRE 991	600 636 000	0
TOTAL GÉNÉRAL			600 636 000	
SOLDE			600 636 000	

Article 4. - Les dépenses ordinaires du compte d'aide aux victimes des calamités pour l'exercice 2016 sont modifiées comme suit :

S-CHAP	ART	LIBELLÉ	EN +	EN -
96202	678	REMUNERATION ET CHARGES		
		Autres charges exceptionnelles	8 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 962	8 000 000	0
96401	606	EQUIPEMENTS ET AMENAGEMENTS TOURISTIQUES		
		Achats non stockés de matières et fournitures	15 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 964	15 000 000	0
96501	652	AGRICULTURE ET ELEVAGE		
		Aides à caractère économique	32 636 000	
		TOTAL CHAPITRE 965	32 636 000	0
97401	606	RESEAU ROUTIER		
		Achats non stockés de matières et fournitures	13 000 000	
97403	606	PROTECTION CONTRE LES EAUX		
		Achats non stockés de matières et fournitures	50 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 974	63 000 000	0
97604	6743	HABITAT		
		Subventions exceptionnelles aux organismes publics	400 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 976	400 000 000	0
99102	023	AUTOFINANCEMENT NET		
		Virement à la section investissement	82 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 991	82 000 000	0
TOTAL GÉNÉRAL			600 636 000	
SOLDE			600 636 000	

Article 5. - Les recettes extraordinaires du compte d'aide aux victimes des calamités pour l'exercice 2016 sont modifiées comme suit :

S-CHAP	ART	LIBELLÉ	EN +	EN -
95102	021	AUTOFINANCEMENT NET Virement de la section fonctionnement	82 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 951	82 000 000	0
TOTAL GÉNÉRAL.....			82 000 000	
SOLDE.....			82 000 000	

Article 6. - Les autorisations de programme du compte d'aide aux victimes des calamités pour l'exercice 2016 sont modifiées comme suit :

CHAP	A. P.	LIBELLÉ	EN +	EN -
90401	xxx.2016	EQUIPEMENTS ET AMENAGEMENTS TOURISTIQUES Travaux d'intervention sur le site des 3 cascades (intempéries de décembre 2015)	55 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 904	55 000 000	0
91401	1.2016	RESEAU ROUTIER Travaux d'intervention sur les ouvrages routiers - 2016	27 000 000	
	xxx.2016	Travaux sur le réseau routier territorial (intempéries de décembre 2015)	200 000 000	
91403	xxx.2016	PROTECTION CONTRE LES EAUX Aménagement du domaine public fluvial (intempéries de décembre 2015)	400 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 914	627 000 000	0
91604	xxx.2016	HABITAT Aménagement d'accès et de viabilisation de parcelles domaniales (intempéries de décembre 2015)	200 000 000	
		TOTAL CHAPITRE 916	200 000 000	0
TOTAL GÉNÉRAL.....			882 000 000	0
SOLDE.....			882 000 000	

Article 7. - Les crédits de paiement du compte d'aide aux victimes des calamités pour l'exercice 2016 sont modifiés comme suit :

CHAP		LIBELLÉ	EN +	EN -
904		TOURISME	55 000 000	
914		RESEAUX ET EQUIPEMENTS STRUCTURANTS	27 000 000	
TOTAL GÉNÉRAL.....			82 000 000	0
SOLDE.....			82 000 000	

Art. 8. — Le Président de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

La secrétaire,
Loïs SALMON-AMARU.

Le président,
Marcel TUIHANI.

ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

ARRETE n° 151 CM du 18 février 2016 fixant les modalités, le programme et la nature des épreuves du concours de recrutement des adjoints d'éducation de la fonction publique de la Polynésie française.

NOR : DRH1600110AC

Le Président de la Polynésie française,

Sur le rapport du ministre du tourisme, des transports aériens internationaux, de la modernisation de l'administration et de la fonction publique, porte-parole du gouvernement,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 676 PR du 16 septembre 2014 modifié portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;

Vu la délibération n° 95-215 AT du 14 décembre 1995 modifiée portant statut général de la fonction publique de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 2000-121 APF du 12 octobre 2000 modifiée portant statut particulier du cadre d'emplois des adjoints d'éducation de la fonction publique de la Polynésie française ;

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 17 février 2016,

Arrête :

Article 1er. — Les adjoints d'éducation sont recrutés par concours interne et externe :

- 1° Le concours externe est ouvert aux candidats qui répondent aux conditions fixées au a) de l'article 4 de la délibération n° 2000-121 APF du 12 octobre 2000 modifiée portant statut particulier du cadre d'emplois des adjoints d'éducation de la fonction publique de la Polynésie française ;
- 2° Le concours interne est ouvert aux candidats qui répondent aux conditions fixées au b) de l'article 4 de la délibération n° 2000-121 APF du 12 octobre 2000 modifiée portant statut particulier du cadre d'emplois des adjoints d'éducation de la fonction publique de la Polynésie française.

Art. 2. — Les concours interne et externe comprennent les spécialités dont la liste suit :

- enseignement, soutien scolaire, surveillance et administration des écoles, dans le premier degré ;
- animation, encadrement, conseil et soutien scolaire, surveillance de jour ou de nuit à l'externat ou à l'internat et administration, dans le second degré ;

- enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les centres de jeunes adolescents dans le domaine du bois : menuiserie du bâtiment, couverture traditionnelle, menuiserie d'ameublement, sculpture traditionnelle, charpente marine ;
- enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les centres de jeunes adolescents dans le domaine de la terre : agriculture maraîchère, horticulture, aménagement et entretien d'espaces verts, arboriculture tropicale, culture de la vanille ;
- enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les centres de jeunes adolescents dans le domaine du bâtiment et de l'industrie : maçonnerie, carrelage, peinture, métallerie, ferronnerie, soudure, mécanique, entretien de petit matériel, plomberie et sanitaire ;
- enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les centres de jeunes adolescents dans le domaine du tourisme et de l'artisanat : cuisine et restauration, couture et confection, activités d'entretien familiales et collectives, artisanat à caractère touristique, guide du lagon et des sites touristiques ;
- enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les centres de jeunes adolescents dans le domaine de la mer : entretien et réparation des coques, entretien et réparation des moteurs marins, éléments de navigation lagonaire, pêche lagonaire et pêche au large.

Les candidats s'inscrivent dans l'une des spécialités ouvertes, au moment de l'inscription au concours, sans possibilité de modification ultérieure.

Les programmes par spécialité sont fixés en annexe du présent arrêté.

Art. 3. — Les concours externe et interne comprennent des épreuves d'admission et des épreuves d'admissibilité.

Les sujets des épreuves du concours externe sont différents de ceux des épreuves du concours interne.

Art. 4. — Les épreuves des concours sont les suivantes :

1° Pour le concours externe :

a) Epreuves d'admissibilité

- une composition sur un sujet portant sur des thèmes de nature éducative et administrative au sein des établissements scolaires (durée : 3 heures, coefficient : 2) ;
- l'analyse d'une documentation à caractère scientifique ou technique portant sur la spécialité retenue par le candidat. Cette épreuve permet d'apprécier les qualités rédactionnelles, de présentation et de logique du candidat, son aptitude à utiliser divers modes de représentation ainsi qu'à exploiter mathématiquement ou professionnellement certaines données de la documentation (durée : 3 heures, coefficient : 2).

b) Epreuves d'admission

- un entretien technique portant sur la spécialité retenue par le candidat (durée : 30 minutes, coefficient : 2) ;
- un entretien avec le jury à partir d'un texte de portée générale relatif à l'éducation et au système scolaire tiré au sort, permettant d'apprécier les connaissances

générales et les qualités de réflexion du candidat (20 minutes) suivi d'une série de questions portant sur la connaissance de la Polynésie française, de ses institutions, de sa société, de son histoire, de sa culture et de son environnement (durée : 30 minutes avec préparation de même durée, coefficient : 3) ;

- Un entretien facultatif en langue tahitienne ou langue anglaise portant sur un sujet d'ordre général (durée : 20 minutes, coefficient : 1). La note obtenue à l'épreuve facultative ne peut entrer en ligne de compte pour l'admission que pour sa part excédant la note de 10 sur 20.

2° Pour le concours interne :

a) Epreuves d'admissibilité

- la rédaction d'un document à partir d'un dossier remis au candidat portant sur un thème de nature éducative et administrative au sein des établissements scolaires (durée : 3 heures, coefficient : 2) ;
- l'analyse d'une documentation à caractère scientifique ou technique portant sur la spécialité retenue par le candidat. Cette épreuve permet d'apprécier les qualités rédactionnelles, de présentation et de logique du candidat, son aptitude à utiliser divers modes de représentation ainsi qu'à exploiter mathématiquement ou professionnellement certaines données de la documentation (durée : 3 heures, coefficient : 2).

b) Epreuves d'admission

- un entretien technique portant sur la spécialité retenue par le candidat (durée : 30 minutes, coefficient : 2) ;
- un entretien avec le jury à partir d'un texte de portée générale relatif à l'éducation et au système scolaire tiré au sort, permettant d'apprécier les connaissances générales et les qualités de réflexion du candidat (20 minutes) suivi d'une série de questions portant sur la connaissance de la Polynésie française, de ses institutions, de sa société, de son histoire, de sa culture et de son environnement (durée : 30 minutes avec préparation de même durée, coefficient : 3) ;
- un entretien facultatif en langue tahitienne ou langue anglaise portant sur un sujet d'ordre général (durée : 20 minutes, coefficient : 1). La note obtenue à l'épreuve facultative ne peut entrer en ligne de compte pour l'admission que pour sa part excédant la note de 10 sur 20.

Art. 5.— Chaque session de concours fait l'objet d'une publicité au *Journal officiel* de la Polynésie française qui précise la date limite de dépôt des inscriptions, la date des épreuves, le nombre de postes à pourvoir ainsi que l'adresse à laquelle les candidatures doivent être déposées.

Art. 6.— La liste des candidats autorisés à se présenter au concours est arrêtée par le Président de la Polynésie française.

Les candidats sont convoqués individuellement.

Art. 7.— Les jurys de concours sont nommés par arrêté du Président de la Polynésie française.

Le jury de chaque concours comprend :

- le directeur général des ressources humaines ou son représentant, *président* ;
- le directeur de la modernisation et des réformes de l'administration ou son représentant ;
- le directeur général de l'éducation et des enseignements ou son représentant ;
- un chef d'établissement scolaire ou son représentant ;
- un fonctionnaire appartenant au cadre d'emplois des adjoints d'éducation ou un agent public assimilé.

En cas de partage égal des voix, la voix du président est prépondérante.

Des correcteurs ou des examinateurs spécialisés nommés par le Président de la Polynésie française en raison de leurs compétences particulières peuvent être adjoints au jury. Ils peuvent délibérer avec le jury avec voix consultative.

Art. 8.— Les épreuves sont anonymes.

Il est attribué, à chaque épreuve, une note de 0 à 20. Chaque note est multipliée par le coefficient correspondant.

Toute note inférieure à 5 sur 20 à l'une des épreuves entraîne l'élimination du candidat.

Le jury arrête, pour chacun des concours, la liste des candidats admis à se présenter aux épreuves d'admission.

Art. 9.— Pour l'application des articles 7 et 8 ci-dessus, les jurys peuvent, compte tenu notamment du nombre de candidats, se constituer en groupes d'examineurs en vue de la correction des épreuves écrites et des interrogations orales.

Art. 10.— A l'issue des épreuves, le jury établit par ordre de mérite et dans la limite du nombre de postes ouverts aux concours, la liste d'admission pour chacun des concours ainsi que, le cas échéant, une liste complémentaire.

Le président du jury transmet les listes mentionnées ci-dessus au Président de la Polynésie française avec un compte-rendu de l'ensemble des opérations.

Art. 11.— L'arrêté n° 17 CM du 10 janvier 2005 modifié fixant les modalités, le programme et la nature des épreuves des concours de recrutement des adjoints d'éducation de la fonction publique de la Polynésie française, est abrogé.

Art. 12.— Le ministre du tourisme, des transports aériens internationaux, de la modernisation de l'administration et de la fonction publique, porte-parole du gouvernement, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 18 février 2016.
Edouard FRITCH.

Par le Président de la Polynésie française :

*Le ministre du tourisme,
des transports aériens internationaux,
de la modernisation de l'administration
et de la fonction publique,*
Jean-Christophe BOUISSOU.

ANNEXE

Programme des épreuves d'admissibilité et d'admission (écrites et orales) des concours externe et interne d'adjoint d'éducation de catégorie B de la fonction publique de la Polynésie française

1. Rédaction, composition et entretien avec le jury portant sur un thème de nature éducative et administrative au sein des établissements scolaires

Textes indicatifs :

Code de l'éducation : Principes généraux (livre 1^{er}) ;
 Le statut d'autonomie de la Polynésie française : loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 ;
 La Charte de l'éducation : loi du pays n° 2011-22 du 29 août 2011 et annexe ;
 Projet quadriennal : arrêté n° 1190 CM du 12 août 2011 ;
 Organisation de la direction générale de l'éducation et des enseignements : arrêté n° 895 CM du 12 juin 2014 modifié et arrêté n° 2147 CM du 24 décembre 2015 ;
 Les établissements publics d'enseignement de la Polynésie française (EPTE) : délibération n° 88-145 AT du 20 octobre 1988 modifié, arrêté n° 732 CM du 17 juin 1987 modifié ;
 Les centres de jeunes adolescents (CJA) : délibération n° 2000-129 APF du 26 octobre 2000, arrêté n° 742 CM du 15 mai 2013 ;
 Les écoles publiques de la Polynésie française : Arrêtés n° 795, 796 et 797 CM du 24 juillet 1996 modifié, arrêté n° 956 CM du 9 août 1996

2. Spécialité enseignement, soutien scolaire, surveillance et administration des écoles, dans le premier degré

2.1 Psychologie

- L'enfance : le développement neurocognitif, la construction de l'objet, le nombre et la catégorisation, le raisonnement logique

2.2 Pédagogie

- L'aptitude à enseigner et la transmission du savoir
- L'utilisation des technologies de l'information et de la communication

2.3 Sociologie

- L'école et la société
- La violence et les formes de ruptures scolaires
- L'école et les familles

2.4 Philosophie

- L'éducation : finalités et valeurs
- La citoyenneté
- Connaissance du système éducatif

2.5 Le système éducatif polynésien et les évolutions en cours

- Les valeurs de l'École
- L'organisation des établissements scolaires du second degré en Polynésie française : structures, personnels, instances
- Les grands débats d'actualité sur l'éducation
- L'accueil des élèves à besoins spécifiques particuliers

3. Spécialité animation, encadrement, conseil et soutien scolaire, surveillance de jour ou de nuit à l'externat ou à l'internat et administration, dans le second degré

3.1 Psychologie

- L'adolescence, la relation adulte-adolescent et les relations entre adolescents

3.2 Pédagogie

- L'aide à l'élève dans son travail personnel
- L'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans les contextes hors de la classe (études, internat...)

3.3 Sociologie

- L'école et la société
- La violence et les formes de ruptures scolaires
- L'école et les familles

3.4 Philosophie

- L'éducation : finalités et valeurs
- La citoyenneté
- Connaissance du système éducatif

3.5 Le système éducatif polynésien et les évolutions en cours.

- Les valeurs de l'École
- L'organisation des établissements scolaires du second degré en Polynésie française : structures, personnels, instances
- Les grands débats d'actualité sur l'éducation
- L'accueil des élèves à besoins spécifiques particuliers

4. Spécialité enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les CJA dans le domaine du bois : menuiserie du bâtiment, couverture traditionnelle, menuiserie d'ameublement, sculpture traditionnelle, charpente marine
 - 4.1 La communication technique
 - L'expression et réalisation graphique
 - Les conventions et normes de représentation
 - Les codes et langages
 - Les outils de représentation
 - L'expression graphique à caractère artistique
 - 4.2 Les ouvrages
 - Les types d'ouvrages
 - Le système de conception et déconstruction des ouvrages
 - Les liaisons
 - Les composants et quincailleries
 - Les technologies auxiliaires
 - 4.3 Les matériaux et produits
 - Les types de matériaux et produits
 - Les caractéristiques physiques et mécaniques des matériaux et produits
 - 4.4 Les procédés et processus de réalisation
 - Les moyens et techniques de production
 - Les techniques d'usinage par enlèvement de matière
 - Les techniques d'assemblage et de montage
 - Les techniques de finition
 - Les techniques de pose
 - L'organisation des processus
 - 4.5 La santé et la sécurité au travail
 - Les principes généraux
 - La prévention
 - La conduite à tenir en cas d'accident
 - Les manutentions manuelles et mécaniques
 - Les principaux risques
 - La protection du poste de travail
 - La protection de l'environnement
 - Les risques spécifiques
 - 4.6 Le contrôle qualité
 - Les types de contrôle
 - Les moyens de contrôle
 - La maintenance des matériels
 - 4.7 Sculpture traditionnelle
 - Arts appliqués et culture artistique
 - Dessin technique et dessin d'art
 - Modelage
 - Connaissance du bois et des différentes techniques de préparation
 - Connaissance des machines et des outils
 - Les techniques de réalisation de sculptures
 - Les techniques d'assemblage

Ce programme fait appel aux notions de mathématiques des baccalauréats technologiques.

5. Spécialité enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les CJA dans le domaine de la terre : agriculture maraîchère, horticulture, aménagement et entretien d'espaces verts, arboriculture tropicale, culture de la vanille
 - 5.1 Agriculture
 - 1 - Gestion et comptabilité :
 - Principe de la comptabilité en partie double
 - Bilan
 - Compte d'exploitation
 - 2 - Transformation, distribution et commercialisation :
 - 2.1 - Analyse succincte des fonctions de transformation, de distribution et de commercialisation
 - 2.2 - Les circuits : circuits courts, longs, l'intégration
 - 2.3 - Les prix des produits agricoles :

- Procédés d'observation
- Problèmes de l'offre et de la demande
- Caractéristiques des prix agricoles
- Moyens d'intervention
- 3 - *L'agriculture dans l'économie du territoire de la Polynésie française.*
- 5.2 **Espaces verts**
 - Botanique et génétique : anatomie et physiologie végétales
 - Systématique : principales familles, écologie
 - Génétique : amélioration des végétaux
 - Pédologie et agrologie : formation, évolution et classification des sols ; propriétés physiques, chimiques et biologiques du sol
 - Amélioration du sol ; amendements et engrais, principes de fertilisation
 - Protection des végétaux : zoologie horticole ; pathologie végétale ; phytopharmacie
 - Climatologie : facteurs du climat, leurs influences sur la végétation ; appareils de mesure ; prévision du temps
 - Technologie horticole : multiplication des végétaux et pépinières ; cultures ornementales (floriculture de serre, floriculture de plein air, arboriculture)
 - Génie horticole : irrigation et drainage, moteurs, machines et outils, serres et abris
 - Art paysager : historique
 - Différents types d'espaces verts
 - Conception des espaces verts : principes esthétiques et fonctionnels ; utilisation des végétaux
 - Réalisation des espaces verts ; terrassements, modelés du terrain, viabilité, plantations, engazonnement, éléments annexes (décoratifs, attractifs, utilisations)
 - Devis descriptif et estimatif
- 5.3 **Productions végétales**
 - 1 - *Le sol :*
 - Propriétés physiques, physico-chimiques et biologiques du sol
 - Humus et amendements chimiques. Acidité du sol et amendements calcaires
 - Azote, phosphore, potassium et autres éléments majeurs :
 - Règles essentielles d'apport
 - Bases de la fertilisation raisonnée
 - Notions sur le travail du sol
 - 2 - *L'eau :*
 - 2.1 - *L'eau dans le sol :*
 - Rétention et circulation de l'eau dans le sol
 - La perméabilité du sol
 - Les méthodes d'assainissement
 - Le sol, réservoir d'eau pour les cultures
 - 2.2 - *L'eau et les plantes :*
 - Pluviométrie
 - Evapotranspiration potentielle et évapotranspiration réelle
 - Besoins en eau des cultures
 - Irrigation (principes, étude de quelques modes d'irrigation)
 - 2.3 - *La température et la lumière :*
 - Seuils de végétation
 - Somme de températures
 - Thermopériodisme
 - Action des températures extrêmes sur le végétal
 - Action des températures basses et du photopériodisme sur la mise à fleur
 - Techniques permettant au végétal de mieux utiliser l'énergie lumineuse
 - 3 - *Protection des végétaux :*
 - 3.1 - *Caractères généraux des principaux groupes d'ennemis des cultures :*
 - Ravageurs : nématodes, mollusques, myriapodes, acariens, insectes, oiseaux, mammifères
 - Maladies : champignons, bactéries, mycoplasmes, virus
 - Mauvaises herbes : principales familles botaniques nuisibles aux cultures
 - 3.2 - *Méthodes générales de lutte :*
 - Méthodes culturales et prophylactiques
 - Méthodes physiques et mécaniques
 - Méthodes biologiques
 - Méthodes chimiques : modes d'action des insecticides, fongicides et herbicides
 - Notions de lutte intégrée
 - 3.3 - *Ennemis des principales cultures :*
 - Ennemis communs à plusieurs cultures (ravageurs, champignons)
 - Ennemis des cultures sur le territoire
 - Agrumes

- Ananas
- Autres cultures fruitières
- Bananiers et fei
- Cultures maraichères
- Cultures vivrières (taro, tarua, patates douces...)
- Cultures de la vanille
- Cultures ornementales et florales

Ce programme fait appel aux notions de mathématiques des baccalauréats technologiques.

6. Spécialité enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les CJA dans le domaine du bâtiment et de l'industrie : maçonnerie, carrelage, peinture, métallerie, ferronnerie, soudure, mécanique, entretien de petit matériel, plomberie et sanitaire

6.1 Bâtiment

- Classification des roches, composition
- Matériaux (chaux et ciments, mortiers, béton armé, plâtre, fontes, fers et aciers)
- Pierres naturelles
- Enduits
- Notions générales sur le chauffage ; calcul des déperditions et des puissances
- Lecture de plan, échelle, coupes, surfaces
- Les matériaux naturels utilisés en construction (CFPA)
- Les granulats
- Les liants hydrauliques
- Les mortiers hydrauliques
- Les adjuvants des mortiers et bétons
- Les bétons et mortiers prêts à l'emploi
- La composition granulaire des bétons
- Les caractères de bétons et des aciers
- Les fondations (notions élémentaires)
- Les fondations superficielles
- Les fondations par puits
- Les fondations profondes
- Les radiers
- Les murs en maçonnerie
- Les murs de façade en maçonnerie
- La stabilité des murs en maçonnerie
- Les murs de soubassement
- Les murs de refend
- La réalisation des maçonneries
- Les enduits
- La préfabrication industrielle
- La structure poteaux-poutres-planchers
- Les planchers avec dalles alvéolées précontraintes
- Les poutres précontraintes
- Les composants préfabriqués des chantiers
- La vibration des bétons
- Les coffrages poteaux, poutres, dalles
- Les voiles en béton armé
- Les escaliers
- Les toitures-terrasses

6.2 Métallerie, soudure

- Les différents métaux et alliages
- Le travail des métaux (ferreux et non ferreux)
- Les profilés métalliques et leur emploi
- Les différents types et procédés d'assemblages des profilés
- Les métaux ferreux. Traitements thermiques
- Les différents procédés et méthodes de soudage (sur différents métaux)
- Le soudage aux gaz et SOA
- Le soudage électrique
- Les appareils de soudage à l'arc
- Le soudage à l'arc à l'air libre
- Les procédés de soudage mixtes
- Les procédés de soudage sous protections gazeuses TIG MIG MAG

- Les procédés de soudage électrique par résistance
- Les règles de sécurité envers les risques dus à l'électricité et aux chocs électriques, aux radiations, rayonnements, projections
- La protection du soudeur et du voisinage dans les ateliers de soudage
- Les défauts des soudures
- Correction des déformations
- Contrôle du soudage
- L'utilisation industrielle des profilés métalliques dans la construction.

Ce programme fait appel aux notions de mathématiques des baccalauréats technologiques.

7. Spécialité enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les CJA dans le domaine du tourisme et de l'artisanat : cuisine et restauration, couture et confection, activités d'entretien familiales et collectives, artisanat à caractère touristique, guide du lagon et des sites touristiques

7.1 Restauration, cuisine, hôtellerie, vente

a) Restauration :

- Le restaurant et son environnement :
 - les arts de la table, contenus et habitudes des principales clientèles
 - les différentes formules de restauration, les locaux, le mobilier, le matériel particulier produit, le service de restaurant
 - le personnel de restaurant
 - les règles de service
- Connaissance des produits : sauces, beurrés composés, garnitures
- Port du matériel et débarrassage
- Bon de commande clients
- Les annonces au passe de la cuisine
- L'arrivée des clients
- La prise de commandes des mets
- Les apéritifs et les cocktails
- Le vin
- Les fromages AOC
- L'hygiène.

b) Cuisine :

- Le personnel de cuisine
- Les locaux
- Le matériel de cuisson, de stockage, de conservation
- Les cuissons
- Les préparations de base
- Les produits
- Les préparations culinaires
- Les procédés de conservation
- Approvisionnement des services
- Le lexique culinaire
- Les relations cuisine/restaurant
- Les techniques évolutives : cuissons, refroidissement, remise en température
- Les produits semi-élaborés
- Hygiène : microbiologie, hygiène des locaux et du personnel, la méthode HACCP.

c) Hôtellerie :

- Le tourisme et l'hôtellerie
- Les différents modes d'hébergement
- Les structures d'accueil en hôtellerie
- Le produit chambre
- L'entreprise hôtelière : structure et personnel
- La qualité de l'accueil et du service
- La fonction entretien des étages : technologie appliquée à l'hygiène
- La fonction lingerie
- La décoration finale
- La restauration aux étages
- Economat : boissons du mini-bar.

d) Vente :

- La fonction commerciale
- L'appareil commercial (forme de commerce, méthode de vente, caractéristiques des ensembles commerciaux)
- La grande distribution
- Le marché du point de vente
- Les produits

- L'espace de vente
 - Les achats
 - Les ventes et leur suivi
 - Le développement des ventes
 - La gestion des produits.
- 7.2 Couture et Artisanat**
- Définition du produit
 - Définition de la réalisation technique
 - Obtention des formes, des patrons
 - Connaissance des matières d'œuvre
 - Solutions technologiques liées aux matières d'œuvre et fournitures..
 - Connaissance et utilisation des matériels – sécurité et ergonomie
 - Sécurité et risques professionnels
 - Procédés de préparation et de fabrication
 - Procédés et techniques de réalisation
 - Gestion des réalisations
 - Arts Appliqués
 - L'influence des contextes culturels, stylistiques et socio-économiques
 - Connaissances appliquées à la mise au point esthétique d'une proposition :
 - les notions relatives à la collecte et l'analyse des données ;
 - les notions relatives à la définition graphique, chromatique et volumique du produit, ainsi que les moyens de traduction et d'expression liés à la mise au point esthétique d'une proposition.
- 7.3 Guide du lagon et des sites touristiques**
- Connaissance du patrimoine naturel de la Polynésie (faune, flore, milieux marins...)
 - Archéologie, ethnologie, histoire, langue et culture
 - Conduite d'action et encadrement d'un groupe de touristes

Ce programme fait appel aux notions de mathématiques des baccalauréats technologiques.

- 8. Spécialité enseignement et action de formation pratique ou professionnelle dans les CJA dans le domaine de la mer : entretien et réparation des coques, entretien et réparation des moteurs marins, éléments de navigation lagonaire, pêche lagonaire et pêche au large**
- 8.1 Navigation maritime**
- Les instruments de navigation
 - Les documents de navigation, leur correction, l'information du navigateur
 - La réglementation de la circulation maritime
 - La navigation côtière à vue ; l'estime
 - La navigation radio-électrique et les appareils de positionnement
 - Le balisage
 - L'information météorologique
 - La circulation générale de l'atmosphère
 - Les anticyclones et les dépressions ; le régime de vents
 - Les systèmes nuageux et les fronts.
- 8.2 Techniques de pêche**
- La pêche traditionnelle
 - La pêche hauturière
 - La pêche lagonaire
 - La protection du milieu marin
- 8.3 Mécanique marine :**
- Moteurs essence et diesel :**
- Les principes généraux de fonctionnement
 - Les technologies des moteurs à 4 temps et à 2 temps, cycles
 - Le descriptif des organes principaux
 - L'alimentation en air (principe et but de la suralimentation)
 - L'alimentation en combustible
 - La réfrigération et l'équilibre thermique
 - Le graissage
 - La distribution, les liaisons moteur-propulseur
 - L'entretien courant.
 - Les équipements auxiliaires
 - L'électricité (notions générales, alternateurs, moteurs et accumulateurs)
 - Les appareils de contrôle et les systèmes de sécurité des moteurs.

8.4 Charpente marine**La communication technique**

- L'expression et réalisation graphique
- Les conventions et normes
- Les codes et langages
- Les outils de représentation

Les ouvrages

- Classification et typologie des bateaux
- Les éléments constitutifs du bateau
- Les systèmes de conception et de construction des ouvrages
- Les liaisons
- Les composants et quincailleries
- L'évolution des techniques et des ouvrages

Les matériaux et produits

- Les types de matériaux et produits
- Les caractéristiques physiques et mécaniques des matériaux et produits

Les procédés et processus de réalisation

- Les moyens et techniques de production
- Les techniques d'usinage par enlèvement de matière
- Les techniques d'assemblage
- Les techniques de traitement et de préservation des bois
- Les techniques de manutention, stockage, chargement et transport
- Les techniques de levage et de pose
- L'organisation des processus

Le contrôle et la qualité

- Les types de contrôle
- Les moyens de contrôle

La maintenance des matériels

- La maintenance préventive de 1^{er} niveau
- La maintenance corrective

8.5 La santé et la sécurité au travail

- Les principes généraux
- La prévention
- La conduite à tenir en cas d'accident
- Les manutentions manuelles et mécaniques
- Les principaux risques
- La protection du poste de travail
- La protection de l'environnement
- Les risques spécifiques
- Les incendies
- Les pannes et les avaries
- La classification des feux
- Les matériels de lutte contre le feu et les voies d'eau
- Les modalités d'intervention en cas d'incendie ou de voies d'eau
- La sauvegarde des vies humaines

Ce programme fait appel aux notions de mathématiques des baccalauréats technologiques.

ACTES PUBLIES A TITRE D'INFORMATION

ACTES DES AUTORITES TERRITORIALES

TEXTES DES LOIS DU PAYS ADOPTES PAR L'ASSEMBLEE

TEXTE ADOPTE n° 2016-7 LP/APF du 16 février 2016 de la loi du pays autorisant diverses communes à intervenir dans certaines matières relevant des compétences de la Polynésie française pour la mise en œuvre d'un contrat de redynamisation des sites de défense (CRSD).

NOR : DDC1520698LP

L'assemblée de la Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

Article LP. 1er. — Sont concernées par les dispositions de la présente loi du pays, les communes de Arue, Mahina, Papeete, Pirae et Taiarapu-Est, éligibles, en vertu du décret n° 2015-1027 du 19 août 2015, à un contrat de redynamisation des sites de défense.

Art. LP 2. — En application des dispositions de l'article 43 II de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française et de celles de l'article 39 de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015, les communes citées à l'article LP. 1er sont autorisées à intervenir en matière d'interventions économiques et d'urbanisme pour la réalisation des projets suivants :

- création de zones d'activités économiques (ZAE) ;
- requalification de zones et aménagements urbains ;
- création de zones d'activités touristiques et de loisirs,

dans les conditions et limites fixées par un contrat de redynamisation des sites de défense.

Art. LP. 3. — Sans préjudice d'autres participations, des concours financiers de la Polynésie française d'un montant maximal cumulés de *cinq cent millions de francs CFP* (500 000 000 F CFP), peuvent être alloués aux projets communaux sur la base d'une programmation retenue par un comité de pilotage du contrat de redynamisation des sites de défense.

Lesdits concours financiers de la Polynésie française constituent le transfert aux communes des moyens nécessaires à l'exercice des compétences déléguées à l'article LP. 2 en application de l'alinéa 1er de l'article 43 II de loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 susvisée.

Délibéré en séance publique à Papeete, le 16 février 2016.

La secrétaire,
Loïs SALMON-AMARU.

Le président,
Marcel TUIHANI.

Travaux préparatoires :

- Avis n° 45-2016 du 15 janvier 2016 du Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française ;
- Arrêté n° 51 CM du 21 janvier 2016 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
- Examen par la commission des institutions, des affaires internationales et européennes, de la solidarité, de l'emploi et des relations avec les communes le lundi 1er février 2016 ;
- Rapport n° 14-2016 du 1er février 2016 de M. Gaston Tong Sang et Mme Maina Sage, rapporteurs du projet de loi du pays ;
- Adoption en date du 16 février 2016.

TEXTE ADOPTE n° 2016-8 LP/APF du 16 février 2016 de la loi du pays portant modification des articles de la partie législative du code de commerce relatifs aux soldes.

NOR : DAE1501400LP

L'assemblée de la Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

Article LP. 1er. — L'article L. 310-3 du code de commerce est rédigé ainsi qu'il suit :

"I - Sont considérées comme soldes les ventes qui, d'une part, sont accompagnées ou précédées de publicité et sont annoncées comme tendant, par une réduction de prix, à l'écoulement accéléré de marchandises en stock, et qui, d'autre part, ont lieu durant les périodes définies, pour chaque année civile, comme suit : deux ou trois périodes d'une durée de deux à six semaines chacune, dont les dates et heures de début sont fixées par arrêté en conseil des ministres sur proposition de la Chambre de commerce, de l'industrie, des services et des métiers.

Les produits annoncés comme soldés doivent avoir été proposés à la vente et payés depuis au moins un mois à la date de début de la période de soldes considérée.

II - Dans toute publicité, enseigne, dénomination sociale ou nom commercial, l'emploi du mot : "solde(s) ou de ses dérivés est interdit pour désigner toute activité, dénomination sociale ou nom commercial, enseigne ou qualité qui ne se rapporte pas à une opération de soldes telle que définie au I ci-dessus".

Art. LP 2.— L'article L. 310-5 du code de commerce est modifié ainsi qu'il suit :

1° Au 1°, le mot : "de deux" est remplacé par : "d'un" ;

2° Le quatrième alinéa est abrogé.

Délibéré en séance publique à Papeete, le 16 février 2016.

La secrétaire,
Loïs SALMON-AMARU.

Le président,
Marcel TUIHANI.

Travaux préparatoires :

- Avis n° 37 CESC du 22 octobre 2015 du Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française ;
- Arrêté n° 2103 CM du 17 décembre 2015 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
- Examen par la commission de l'économie, des finances, du budget et de la fonction publique le 21 janvier 2016 ;
- Rapport n° 12-2016 du 22 janvier 2016 de M. René Temeharo et Mme Virginie Bruant, rapporteurs du projet de loi du pays ;
- Adoption en date du 16 février 2016.

RECEPTION DES ANNONCES

pour publication au *Journal officiel de la Polynésie française*

pour l'année 2016

Les délais limites sont fixés à 11 heures :

- le jeudi *de la semaine précédente* pour le JOPF du mardi ;
- le mardi *de la semaine en cours* pour le JOPF du vendredi,

SAUF pour les numéros suivants :

PUBLICATION AU JOPF		DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS	JOURS FERIES
N°	DATE		
25	Vendredi 25 mars	Lundi 21 mars	Vendredi 25 mars (Vendredi Saint)
26	Mardi 29 mars	Mercredi 23 mars	Lundi 28 mars (Lundi de Pâques)
37	Vendredi 6 mai	Lundi 2 mai	Jeudi 5 mai (Ascension)
38	Mardi 10 mai	Mercredi 4 mai	
40	Mardi 17 mai	Mercredi 11 mai	Lundi 16 mai (Pentecôte)
53	Vendredi 1 ^{er} juillet	Lundi 27 juin	Mercredi 29 juin (Autonomie)
57	Vendredi 15 juillet	Lundi 11 juillet	Jeudi 14 juillet (Fête nationale)
58	Mardi 19 juillet	Mercredi 13 juillet	
66	Mardi 16 août	Mercredi 10 août	Lundi 15 août (Assomption)
88	Mardi 1 ^{er} novembre	Mercredi 26 octobre	Mardi 1 ^{er} novembre (Toussaint)
91	Vendredi 11 novembre	Lundi 7 novembre	Vendredi 11 novembre (Armistice 1918)
92	Mardi 15 novembre	Mercredi 9 novembre	

Ces délais peuvent être modifiés en cours d'année.

ETAT CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS DU JOPF POUR L'ANNEE 2015

Date	N°	Pages	Date	N°	Pages	Date	N°	Pages	Date	N°	Pages
				Report	3 346		Report	7 644		Report	12 916
V - 02/01/2015	1	60	M - 07/04/2015	28	84	V - 10/07/2015	55	188	V - 23/10/2015	85	264
M - 06/01/2015	2 + NC	108	J - 09/04/2015	16 NS	12		31 NS	12	M - 27/10/2015	86	108
J - 08/01/2015	1 NS	56	V - 10/04/2015	29	92	M - 14/07/2015	56	100	J - 29/10/2015	43 NS	16
V - 09/01/2015	3	124	M - 14/04/2015	30 + NC	48	J - 16/07/2015	32 NS	28	V - 30/10/2015	87 + NC	164
M - 13/01/2015	4	136		17 NS	8	V - 17/07/2015	57 + NC	196	M - 03/11/2015	88	152
J - 15/01/2015	2 NS	24	J - 16/04/2015	18 NS	64	M - 21/07/2015	58	160	J - 05/11/2015	44 NS	52
V - 16/01/2015	5	92	V - 17/04/2015	31 + NC	80	V - 24/07/2015	59	108	V - 06/11/2015	89 + NC	184
M - 20/01/2015	6	104	M - 21/04/2015	32	88	M - 28/07/2015	60 + NC	188	M - 10/11/2015	90 + NC	224
J - 22/01/2015	3 NS	28	V - 24/04/2015	33 + NC	162	J - 30/07/2015	33 NS	80	J - 12/11/2015	45 NS	4
V - 23/01/2015	7	92	M - 28/04/2015	34	120	V - 31/07/2015	61 + NC	124	V - 13/11/2015	91	144
M - 27/01/2015	8	116	V - 01/05/2015	35	84	M - 04/08/2015	62	52	M - 17/11/2015	92 + NC	100
J - 29/01/2015	4 NS	24	M - 05/05/2015	36 + NC	164	J - 06/08/2015	34 NS	2		46 NS	4
V - 30/01/2015	9 + NC	124	J - 07/05/2015	19 NS	208	V - 07/08/2015	63 + NC	136	J - 19/11/2015	47 NS	28
L - 02/02/2015	5 NS	36	V - 08/05/2015	37	148	M - 11/08/2015	64 + NC	86	V - 20/11/2015	93	228
M - 03/02/2015	10 + NC	70	M - 12/05/2015	38	172	J - 13/08/2015	35 NS	4	M - 24/11/2015	94 + NC	140
	6 NS	8	J - 14/05/2015	20 NS	8	V - 14/08/2015	65	220	J - 26/11/2015	48 NS	4
V - 06/02/2015	11 + NC	60	V - 15/05/2015	39 + NC	120	M - 18/08/2015	66	228		49 NS	12
M - 10/02/2015	12 + NC	96	M - 19/05/2015	40	64	J - 20/08/2015	36 NS	124	V - 27/11/2016	95 + NC	148
V - 13/02/2015	13 + NC	160	V - 22/05/2015	41	148	V - 21/08/2015	67 + NC	188	M - 01/12/2015	96	184
M - 17/02/2015	14	64	M - 26/05/2015	42 + NC	76	M - 25/08/2015	68	116		50 NS	4
J - 19/02/2015	7 NS	56	J - 28/05/2015	21 NS	88	V - 28/08/2015	69	212	V - 04/12/2015	97	208
V - 20/02/2015	15	112		22 NS	12	M - 01/09/2015	70 + NC	64	M - 08/12/2015	98	92
L - 23/02/2015	8 NS	20	V - 29/05/2015	43 + NC	180	V - 04/09/2015	71	140	J - 10/12/2015	51 NS	120
M - 24/02/2015	16	88	M - 02/06/2015	44 + NC	68	M - 08/09/2015	72	148		52 NS	12
	9 NS	4	V - 05/06/2015	45	112	V - 11/09/2015	73	288	V - 11/12/2015	99 + NC	244
Me - 25/02/2015	10 NS	8	L - 08/06/2015	23 NS	120	M - 15/09/2015	74	128	L - 14/12/2015	53 NS	4
V - 27/02/2015	17 + NC	128	M - 09/06/2015	46	64	Me - 16/09/2015	37 NS	128	M - 15/12/2015	100	168
M - 03/03/2015	18	108	J - 11/06/2015	24 NS	4	J - 17/09/2015	38 NS	100	V - 18/12/2015	101 + NC	168
V - 06/03/2015	19	108		25 NS	4	V - 18/09/2015	75	144		54 NS	72
	11 NS	84	V - 12/06/2015	47	156	M - 22/09/2015	76	120	M - 22/12/2015	102	80
M - 10/03/2015	20	108	M - 16/06/2015	48 + NC	108	V - 25/09/2015	77 + NC	156	Me - 23/12/2015	55 NS	16
J - 12/03/2015	12 NS	64	J - 18/06/2015	26 NS	220	M - 29/09/2015	78	128	V - 25/12/2015	103	108
V - 13/03/2015	21	144	V - 19/06/2015	49	176	V - 02/10/2015	79 + NC	236	M - 29/12/2015	104 + NC	328
M - 17/03/2015	22 + NC	76	M - 23/06/2015	50	184	M - 06/10/2015	80	84	Me - 30/12/2015	56 NS	52
V - 20/03/2015	23 + NC	136	J - 25/06/2015	27 NS	68	V - 09/10/2015	81 + NC	308		57 NS	228
M - 24/03/2015	24 + NC	112		28 NS	4		39 NS	4	J - 31/12/2015	58 NS	268
J - 26/03/2015	13 NS	12	V - 26/06/2015	51	244	M - 13/10/2015	82	104		59 NS	196
V - 27/03/2015	25	224		29 NS	8	J - 15/10/2015	40 NS	80		60 NS	88
L - 30/03/2015	14 NS	8	M - 30/06/2015	52	80		41 NS	16		61 NS	148
M - 31/03/2015	26	64	V - 03/07/2015	53 + NC	236	V - 16/10/2015	83	208			
J - 02/04/2015	15 NS	4	L - 06/07/2015	30 NS	4	M - 20/10/2015	84	132			
V - 03/04/2015	27 + NC	96	M - 07/07/2015	54	208	Me - 21/10/2015	42 NS	4			
Sous-total		3 346	Sous-total		7 644	Sous-total		12 916	Total général		17 680

104 NO + 40 NC = 14 502 pages - 61 NS = 3 178 pages - TOTAL GENERAL : 205 numéros pour 17 680 pages

Bureau commercial :

Commandes - facturations : lundi à jeudi : 7 h à 15 h, vendredi : 7 h à 14 h - Tél : 40 500 579 - Fax : 40 500 585 - bcom@imprimerie.gov.pf

Régie : lundi à vendredi : 7 h à 12 h - Tél : 40 500 578 - Fax : 40 500 570 - regie@imprimerie.gov.pf

TARIFS

des Abonnements de l'Imprimerie officielle à compter du 1er Mars 2010

TARIF en F CFP	TTC	Hors Taxe
		France — DOM-TOM — Autres Pays
	Polynésie française	<i>Voie aérienne</i>
Numéro	263*	515
Abonnement 1 an	13 533	26 604
* Frais d'expédition non inclus pour les îles.		