ASSEMBLÉE
DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

Commission de la santé et du travail

N° 11-2016

Papeete, le 21 JAN. 2016

RAPPORT

relatif à un projet de délibération portant approbation du Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021,

présenté au nom de la commission de la santé et du travail,

par Mesdames les représentantes Sylvana PUHETINI et Armelle MERCERON

Document mis en distribution
Le 21 JAN. 2016

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs les représentants,

Par lettre n° 7824/PR du 3 décembre 2015, le Président de la Polynésie française a transmis aux fins d'examen par l'assemblée de la Polynésie française, un projet de délibération portant approbation du Schéma d'organisation sanitaire 2015-2020.

Il est toutefois précisé que lors des travaux en commission législative, un amendement de M. le ministre de la santé et de la recherche, est venu modifier la période durant laquelle ce Schéma d'organisation sanitaire trouvera à s'appliquer (*période qui s'étend désormais sur 2016-2021*), pour tenir compte de la nécessaire révision du calendrier de mise en œuvre de ce dernier.

I/ Bref rappel sur le schéma d'organisation sanitaire 2003-2007 prorogé de 2008 à 2012

L'article 1er de la délibération n° 2002-169 APF du 12 décembre 2002 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française dispose que « *le schéma d'organisation sanitaire fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficience de l'organisation sanitaire dans le respect de la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé* ».

C'est donc à la fois un outil de référence pour aider les acteurs de santé à concevoir et adapter leurs projets afin de mieux répondre aux besoins de la population et un outil d'aide à la décision pour les décideurs en vue de la régulation de l'offre de soins, par exemple lors de l'approbation des projets d'établissement, l'analyse des programmes d'action, l'étude des demandes d'autorisations pour les activités de soins, l'allocation des ressources.

Le schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française (SOS) déterminait pour 2003-2007 :

- *Les orientations politiques* ;
- *Les programmes prioritaires d'accompagnement* ;
- *Le cadre général et les priorités d'organisation de l'offre de soins* ;
- *Des recommandations* sur plusieurs thèmes prioritaires nécessitant une prise en charge adaptée à des besoins spécifiques.

Le premier Schéma d'organisation sanitaire polynésien avait été élaboré à l'issue d'une expertise collective et d'une large concertation. Son adoption, à la quasi unanimité par l'assemblée de la Polynésie française en décembre 2002 (*délibération n° 2002-170 APF du 12 décembre 2002*), lui a donné une légitimité certaine.

Si le SOS a fortement guidé pendant ces années l'action des pouvoirs publics dans des domaines variés, de nombreux points faibles ont cependant été relevés lors du bilan qui en a été fait. Les objectifs qu'il avait fixés étaient encore loin d'avoir été atteints. La poursuite de la mise en œuvre de ce schéma étant essentielle pour apporter une meilleure réponse aux besoins de la population, il a donc été décidé en 2008 de proroger le SOS pour une durée de 5 ans de 2008 à 2012 (*délibération n° 2008-75 APF du 8 décembre 2008*).

II/ LA NÉCESSITÉ D'UN NOUVEAU SOS

La Polynésie française est confrontée à de nombreux défis de santé publique. Dans un contexte de dispersion géographique des îles, de transition épidémiologique et d'évolutions technologiques importantes, le système de santé et notamment l'offre de soins doit s'adapter aux nouveaux besoins de la population.

Durant la seule période 2005-2010, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs ont représenté à elles-seules plus de la moitié des causes de décès (52 %). L'obésité et le surpoids touchent une frange importante de la population. 70 % des personnes sont en surpoids dont 40 % au stade de l'obésité, et une très forte mortalité prématurée est à déplorer.

Dans le même temps, l'offre de soins est concentrée au niveau de la zone urbaine de Tahiti et est particulièrement polarisée autour du Centre hospitalier de la Polynésie française.

Depuis 1995, date de la mise en place de la protection sociale généralisée qui a donné un accés aux soins à tous les Polynésiens, le système de santé mobilise des moyens financiers et humains importants ; par ailleurs le contexte socio-économique appelle à des exigences d'efficience dans la gestion coordonnée du système de santé et de protection sociale. Enfin il est incontestable que les efforts de prévention et de responsabilisation ont été insuffisants.

Ce contexte exige que le Pays se dote d'outils permettant d'avoir à la fois une vision d'ensemble du système de santé et de répondre aux enjeux de santé publique dans les prochaines années.

Le SOS constitue la première déclinaison opérationnelle à 5 ans des Orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé de la Polynésie française, dans le prolongement du précédent plan pour la santé. D'autres schémas devront suivre : le schéma de la prévention, le schéma du système d'information et de la télémédecine et le schéma médico-social.

Le SOS est un outil de planification sanitaire et de régulation de l'offre de soins. Il a pour objet de proposer une organisation rationnelle de l'offre de soins pour satisfaire les besoins sanitaires de la population. Son élaboration veille à adapter le système de soins aux évolutions des besoins de la population et à garantir la qualité des réponses à ces besoins. Or le premier SOS a été élaboré dans un contexte économique et social qui ne correspond plus à notre réalité actuelle.

III/ Présentation du SOS (2016-2021)

La convention relative à l'attribution par l'État d'une dotation destinée au régime de solidarité territoriale concrétise le retour d'une participation de ce dernier au financement de notre protection sociale généralisée. Parmi les engagements de la Polynésie française, apparaissent un certain nombre de mesures déjà initiées et devant être poursuivies. Le SOS est la première de ces mesures.

L'état des lieux réalisé dans un premier temps à partir des rapports et études déjà produites, a permis de mettre en évidence les principaux besoins sanitaires de la population et enjeux de santé à court et moyen terme.

Sur cette base ont été édifiés les principes fondateurs du nouveau schéma et les six axes thématiques qui sont ressortis comme prioritaires. Les échanges qui ont été organisés avec les principaux acteurs concernés sous forme de rencontres, visites sur le terrain et ateliers de travail ont conduit aux propositions qui constituent le document qui vous est présenté.

Répondant à une exigence de lisibilité et d'opérationnalité, ce document volontairement synthétique comporte plusieurs parties :

Les principes fondateurs

Il est ainsi indiqué que le nouveau SOS tire les leçons du précédent, se concentre sur les orientations structurantes et les fondations permettant un renouveau ; il prend en considération le contexte financier contraint, tient compte de l'évolution de l'état de santé et des besoins nouveaux et pose comme une priorité le renforcement de l'équité territoriale.

Il est précisé qu'il se veut pragmatique, présenté sous forme d'un document de priorisation ; il s'intègre dans une démarche globale de planification et sa mise en œuvre fera l'objet d'un suivi annuel.

Les 6 axes majeurs

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

Le tableau synoptique général qui figure dans les premières pages permet de visualiser de façon synthétique la déclinaison des axes en orientations et actions.

Les chapitres dédiés à chacun des 6 axes sont tous présentés comme suit :

- rappel des grands enjeux identifiés dans le diagnostic
- description de chacune des orientations et des actions selon un plan identique : problématique, bénéfices attendus, approche des enjeux financiers associés, niveau de difficulté et calendrier de démarrage.

Les annexes, où figurent les calendriers de lancement et échéancier prévisionnels des actions, ainsi qu'une estimation des coûts identifiés à ce stade.

Le premier axe vise à « restaurer l'autorité du Pays » par la refondation de la gouvernance et des mécanismes de prise de décision dans le champ sanitaire. **Parmi les orientations qui en découlent, les trois premières correspondent à un changement important de notre système de santé**. Il est ainsi proposé de **replacer le politique au sommet du système de décision, de disposer d'une Autorité de régulation,** instrument de pilotage opérationnel des décisions, dédiée aux fonctions de formations, observation, veille et sécurité sanitaire, planification, autorisation/agrément, inspection/contrôle, préparation et suivi de l'exécution de la loi de financement et déchargée des fonctions d'opérateur et de gestionnaire direct des structures qui devraient relever de sa tutelle. Il est donc prévu de créer un **Établissement public de soins primaires**, en charge de la prévention et des soins primaires, qui comprendra l'ensemble des structures de santé sans hébergement de l'actuelle direction de la santé à Tahiti et dans les archipels, ainsi que Moorea. Le Centre hospitalier (CHPF), les hôpitaux de Taravao, Uturoa et Taiohae seront réunis au sein **d'un Service hospitalier public unifié** permettant de gagner en efficience et d'instaurer des filières de soins pour les patients et de mieux organiser leurs flux.

Les trois orientations suivantes de ce premier axe **consolident les outils de pilotage** et proposent plus particulièrement de revisiter le régime des autorisations et agréments qui dysfonctionne et n'associe pas mécaniquement autorisations de fonctionnement et financements.

Le deuxième axe vise à « Améliorer la santé primaire dans les Archipels ». Les orientations retenues portent en tout premier lieu sur la **modernisation de la couverture de santé primaire**. L'Établissement Polynésien de soins primaires défini dans le premier axe permettra une allocation de moyens plus ciblée et une réactivité plus forte vers les îles où il est présent. L'accent est mis sur la **formation** d'infirmiers en soins de santé primaires et celles des auxiliaires de santé sera renforcée. Les dispositifs d'incitation à l'installation de libéraux, à la coordination médicale devront être recherchés. La rotation de médecins ou autres professionnels dans les zones restant non couvertes pouvant apporter un complément. Il est préconisé de **rapprocher la convalescence du domicile** avec un besoin supplémentaire en soins de suite et de réadaptation estimé à 100 lits. Le **renforcement des équipements de transport sanitaire est également prévu avec la nécessité de rendre effective les rotations héliportées** de Taravao et Moorea vers le CHPF. **Enfin, la dernière orientation vise à mettre l'efficience au service du renforcement des soins primaires**, le déploiement de mesures nouvelles vers les îles est possible par des économies et mesures d'efficience sur l'offre actuelle.

Le troisième axe vise à « Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins ». L'augmentation de l'**offre de dialyse** et le **développement de la greffe préemptive** pour répondre à l'augmentation des patients en insuffisance rénale chronique terminale. En **santé mentale** la création du pôle de santé mentale constitue une avancée importante pour les polynésiens et une opportunité unique de définir une nouvelle ambition. En matière de **cancer**, l'offre de soins s'est étoffée quantitativement et qualitativement ces dernières années. L'adoption d'un plan cancer définissant les objectifs et actions à mener doit permettre une montée en charge raisonnée de l'offre en Polynésie et se positionner sur son niveau. La création d'un **pôle privé unique** présente de nombreux avantages.

Il s'agira aussi de favoriser une **approche par parcours de santé** permettant la prise en charge globale du patient de nature à éviter les ruptures. La périnatalité justifie également le développement d'un réseau dont le pilotage doit être assuré par la maternité de référence.

Le quatrième axe vise à « Réinvestir la prévention et la promotion de la santé ». Il est préconisé de **faire de la lutte contre le surpoids une priorité du Pays.** La deuxième orientation consiste à **rationaliser la prévention** en **réorganisant les équipes** de prévention par la définition d'un socle commun, et l'abandon de l'hyper spécialité. Les **collaborations** entre l'établissement de soins primaires et la médecine du travail permettront, sur la base d'un partage des priorités, d'améliorer le dépistage. Les actions en matière de prévention doivent être **évaluées** en termes de coût/bénéfice, coût/efficacité. Les **communes**, à travers leurs compétences sur le cadre de vie jouent un rôle important en santé qui doit être confirmé. Enfin, il convient de partager une **approche polynésienne de la prévention et de la promotion de la santé.**

Le cinquième axe vise à « Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité ». L'intrication des secteurs sanitaire et social est une réalité, les aspects sanitaires sont privilégiés, mais le volet médico-social ne peut pas être ignoré et les collaborations sont indispensables. Le vieillissement de la population polynésienne exige la **prise en charge de la dépendance.** Pour organiser la prise en charge de la dépendance, sont notamment préconisées de manière complémentaire, l'identification d'un médecin référent-coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante, la mise en place d'un guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide. La stratégie et le rythme de déploiement d'une offre nouvelle pour les personnes âgées trouveraient leur place dans un Schéma médico-social dont l'élaboration est recommandée. L'offre doit préserver une part large au domicile, il est donc prévu de **privilégier le maintien à domicile et améliorer la qualité de prise en charge.** La structuration d'un réseau d'aide à domicile est nécessaire.

La reconnaissance de l'aidant familial est un axe fort du maintien à domicile. La mise en place de formations et de solutions de répits permet de renforcer la qualité de la prise en charge par ces aidants. Comme les aidants, le personnel d'intervention à domicile doit faire l'objet d'un statut reconnu et labellisé au travers d'une formation. En complément, il conviendra **de proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés.**

Le sixième axe vise à « Instaurer un espace numérique de santé polynésien ». L'orientation première est de créer **une gouvernance forte des systèmes d'information de santé polynésien**, plus particulièrement en actualisant le schéma directeur des systèmes d'information en santé et en institutionnalisant la maîtrise d'ouvrage et la maîtrise d'œuvre. Les autres orientations consisteront à **prioriser les moyens et les énergies sur le dossier médical partagé et mettre en place une télémédecine au service des soins primaires dans les archipels**, condition de réussite de l'amélioration des soins primaires et moyen efficace de maillage de l'ensemble du territoire.

Il est à noter que ce document a recueilli un avis favorable de la commission d'organisation sanitaire, ainsi que du conseil économique, social et culturel consulté.

Pour rappel, dans le cadre de l'examen préalable de ce projet de texte en commission législative, deux réunions de travail se sont tenues respectivement les 15 décembre 2015 et 6 janvier 2016. Cette dernière a porté sur le thème de la santé dans les îles et plus précisément sur la question de savoir comment il serait possible de mieux répondre aux besoins de santé et de prévention dans les îles et d'assurer la coordination avec Tahiti.

Lors de cette réunion, la situation et les améliorations à apporter ont été présentées par la direction de la santé. De même, il a été exposé aux élus le cas concret de la médicalisation de l'atoll de Tetiaroa depuis 2014 (*180 personnes sur place ; personnels de maintenance et d'hôtellerie, ainsi que clients de passage ; populations en situation d'isolement grâce à un processus de téléconsultation*).

*
* *

Tel est l'objet du projet de délibération ci-joint que les rapporteurs proposent à leurs collègues de l'assemblée de la Polynésie française, au nom de la commission de la santé et du travail, d'adopter.

LES RAPPORTEURS

Sylvana TUHETINI **Armelle MERCERON**

ASSEMBLÉE
DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

NOR : DSP1501663DL

DÉLIBÉRATION N° 2016-12/APF

DU 16 FÉVRIER 2016

---

portant approbation du Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021

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 ;

A D O P T E :

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

Article 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

Schéma d'Organisation Sanitaire de la Polynésie française 2016-2021

Polynésie Française

en partenariat avec l'Agence Française de Développement

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2
LES PRINCIPES FONDATEURS DU NOUVEAU SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE 3
AXES ET ORIENTATIONS DU SOS 4
1. AXE 1 : RESTAURER L'AUTORITE 10
1.1. FONDER UNE AUTORITE DE REGULATION DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE 12
1.2. BATIR L'ETABLISSEMENT PUBLIC POLYNESIEN DE SOINS PRIMAIRES 14
1.3. UNIFIER LE SERVICE HOSPITALIER PUBLIC POLYNESIEN 16
1.4. ASSUJETTIR TOUT FINANCEMENT A UNE AUTORISATION 17
1.5. ASSUJETTIR TOUT EQUIPEMENT NOUVEAU A UNE ETUDE MEDICO-ECONOMIQUE 19
1.6. OPPOSABILITE DU SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE AUX TIERS 19
2. AXE 2 : AMELIORER LA SANTE DANS LES ARCHIPELS 20
2.1. AMELIORER LA COUVERTURE DE SANTE PRIMAIRE 23
2.2. RAPPROCHER LA CONVALESCENCE DU DOMICILE 30
2.3. RENFORCER LES EQUIPEMENTS DE TRANSPORT SANITAIRE 31
2.4. METTRE L'EFFICIENCE AU SERVICE DU RENFORCEMENT DES SOINS PRIMAIRES 31
3. AXE 3 : ADAPTER L'OFFRE DE SANTE A L'EVOLUTION DES BESOINS 34
3.1. AUGMENTER L'OFFRE DE DIALYSE 37
3.2. DEVELOPPER L'OFFRE DE SANTE MENTALE 38
3.3. POURSUIVRE LA MONTEE EN CHARGE RAISONNEE DE L'OFFRE DE PRISE EN CHARGE DU CANCER ET ADOPTER LE PLAN CANCER 40
3.4. CREER UN POLE PRIVE UNIQUE PAR APPEL A PROJET 41
3.5. FAVORISER UNE APPROCHE PAR PARCOURS DE SANTE EN S'APPUYANT SUR LE PREMIER RECOURS ET L'ARTICULATION ENTRE LES SECTEURS PUBLIC, PRIVE ET LIBERAL 42
4. AXE 4 : REINVESTIR LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE 45
4.1. FAIRE DE LA LUTTE CONTRE LE SURPOIDS UNE PRIORITE PAYS 47
4.2. RATIONNALISER L'ORGANISATION DE LA PREVENTION 48
4.3. PARTAGER UNE APPROCHE POLYNESIENNE DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE 50
5. AXE 5 : RELEVER LE DEFI DU BIEN VIEILLIR EN PARTENARIAT AVEC LE MINISTERE EN CHARGE DE LA SOLIDARITE 53
5.1. CREER UN RISQUE UNIQUE HANDICAP-DEPENDANCE 54
5.2. PRIVILEGIER LE MAINTIEN A DOMICILE ET AMELIORER LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE 57
5.3. PROPOSER UNE PREMIERE OFFRE COMPLEMENTAIRE D'ETABLISSEMENTS SPECIALISES 60
6. AXE 6 : INSTAURER UN ESPACE NUMERIQUE DE SANTE POLYNESIEN 63
6.1. CREER UNE GOUVERNANCE FORTE DES SI DE SANTE POLYNESIENS 64
6.2. PRIORISER LES MOYENS ET LES ENERGIES SUR LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE (DMP) 65
6.3. METTRE EN PLACE UNE TELEMEDECINE AU SERVICE DES SOINS PRIMAIRES DANS LES ARCHIPELS 67
CALENDRIER PREVISIONNEL DE LANCEMENT DES ACTIONS 69
ECHEANCIER PREVISIONNEL DE L'ENSEMBLE DES ACTIONS 71
ANNEXE 1 : DONNEES FINANCIERES 74
ANNEXE 2 : ETAT AU 1ER SEPTEMBRE 2015 DES CAPACITES, ACTIVITES ET EQUIPEMENTS INSTALLES ET AYANT BENEFICIE D'UNE AUTORISATION 75
ANNEXE 3 : GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 76

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.

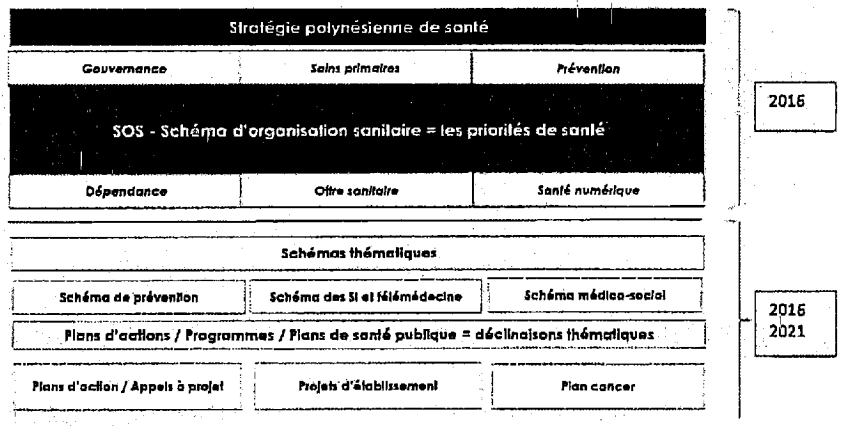
Il se veut pragmatique et impulse des évolutions par étape et sous forme d'expérimentations.

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



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**
- **Relever 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 (Taaone, Uturoa, Taravao et Tajohae) 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 *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».*

Axes	Orientations	Actions
Axe 2. Améliorer la santé primaire dans les Archipels	Améliorer la couverture de santé primaire	Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'Instauration de l'Établissement polynésien de soins primaires Faire de l' « infirmier en soins de santé primaire» un pivot de la nouvelle organisation Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les iles : Renforcer la coordination médicale et du parcours de soin, garantie de continuité de la réponse médicale Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins, y compris étrangers à diplôme hors UE 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
	Rapprocher la convalescence du domicile	Ouvrir 100 lits et places de SSR par reconversion de lits MCO Développer quelques lits de rééducation fonctionnelle spécialisée (neuro et cardio) sur Tahiti par reconversion
	Renforcer les équipements de transport sanitaire	Rendre effectives les rotations héliportées de Moorea et de Taravao vers le CHPf Améliorer le transport inter-établissements en renforçant les moyens
	Mettre l'efficience au service du renforcement des soins primaires	Réduire le nombre de lits MCO par reconversion Améliorer la performance interne des établissements hospitaliers Développer une plateforme logistique unique de pharmacie pour le secteur public 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

Axes	Orientations	Actions
Axe 3. Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins	Augmenter l'offre de dialyse	Favoriser le déploiement par appel à projet d'une offre de dialyse capable de couvrir 100 personnes supplémentaires à coût plus efficient Encourager le développement de la greffe préemptive
	Développer l'offre de santé mentale	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 Fusionner les services concernés (pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, addictologie, CAMSP) dans une entité juridique unique
	Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre cancer et adopter le plan cancer	Structurer un réseau de soins cancer Expérimenter l'administration de la chimiothérapie en proximité (Taravao, Uturoa)
	Créer un pôle privé unique	Lancer un appel à projet permettant de constituer un pôle privé unique, modernisé.
	Favoriser une approche par parcours de santé en s'appuyant sur le premier recours et l'articulation entre les secteurs public, privés et libéral	Faire du médecin référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD Intégrer dans la convention d'installation des missions de service public 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 Expérimenter des modalités incitatives au regroupement en maisons de santé 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

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

Axes	Orientations	Actions
	Créer un risque unique Handicap-Dépendance	Créer un risque unique couvrant toutes les dépendances Faire du médecin référent le coordonnateur du parcours de la personne âgée dépendante 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 Définir le guichet unique d'entrée dans les dispositifs d'aide Elaborer un schéma médico-social qui serve de grille unique de développement de l'offre et définisse le rôle des acteurs Mettre en place un volet Personnes âgées à l'observation de la santé
Axe 5. **Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité**	Privilégier le maintien à domicile et améliorer la qualité de prise en charge	Structurer le réseau de l'aide à domicile 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 « assistant de vie » Structurer la formation locale des assistants de vie (initiale et continue), en encadrant le statut de formateur 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 Labelliser les associations intervenant dans le champ de la Dépendance
	Proposer une première offre complémentaire d'établissements spécialisés	Refondre par arrêté les dispositifs d'agrément et de contrôle Définir un statut minimal d'établissement recevant un public Personnes âgées Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet Inciter à la création d'une filière gériatrique appuyée sur le CHPF

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
		Associer progressivement l'obligation de renseigner le DMP au remboursement des actes
		Mettre en place une labellisation polynésienne des logiciels médicaux
	Mettre en place une télémédecine au service des soins primaires dans les archipels	Equiper les archipels en télémédecine (téléconsultation notamment)
		Adopter une règlementation 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.

Rappel des grands enjeux identifiés dans le Diagnostic

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 efficience et 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.
    - 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	• 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
		X		
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	• 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 règlementation découlant du SOS/ 100 M XPF			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
			X	
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	• 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
		X		
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 soin de la DS est donc une nécessité.

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

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

1.2. Bâtir l'Etablissement 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 Etablissement 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	• 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 assoupiles			
Conditions de réussite	• 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
			X	
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	• 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 : Taaone, 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	• 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	• Léger surcoût par alignement des statuts et des pratiques : 30 M • Economie de transports sanitaires et d'Evasan • Facilitation du coût constant 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	• 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	• 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	• Mise en œuvre rapide pour tous les nouveaux projets, y compris le pôle privé unique • Réécriture de la règlementation			
Enjeux financiers associés	Moyens à renforcer (en analyse et production juridique) 2 ETP : 20 M XPF			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
		X		
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'efficience, tout en empêchant les transferts d'activité entre périmètres et toute recomposition 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'efficience.

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	• Responsabilisation des établissements publics comme privés sur leur activité, ainsi que sa charge aval (evasan, transports) • Incitation à l'efficience, qui va dans le sens aussi d'un renforcement de l'ambulatoire			
Conditions de réussite	• 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	Modéré	Fort	Intense
			X	
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	• 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
		X		
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	• 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
		X		
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
	X			
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.

Rappel des grands enjeux mis en lumière 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 entraine 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 1ère 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 (Raiatéa, Bora-Bora…) se rapprochent du modèle de Tahiti avec une intensité moindre alors que d'autres zones se rapprochent d'autres îles, plus éloignés 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 :
    - La gestion des urgences
    - La prise en charge et le suivi des pathologies chroniques
    - Le suivi des femmes enceintes (majoritairement en collaboration avec le CHPf)
    - La prévention, notamment pendant la période scolaire
    - 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 :
    - refonte des conventions pour intégrer des modèles de prise en charge forfaitaire (partielle ou totale) sur les îles ;
    - proposition de modèles de rémunérations forfaitaires sur les maladies chroniques
    - passage à une sectorisation plus simple et plus incitative ;

- 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 (piste suivante).

Bénéfices attendus	• 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	• Mise en place de l'Etablissement, en y adjoignant l'ensemble des moyens.
Enjeux financiers associés	• Mise en place à moyens constants • Frais de mise en place

Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
			5	
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	• 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	• 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	Coût de la formation pour 79 auxiliaires + 55 infirmiers : 250 M FCP sur 3 ans (remplacements compris) Autres coûts : -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 Economies des postes de médecins contractuels temporaires remplacés par des infirmiers : non chiffré			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
		☺		
Calendrier	Lancement 2016 Puis cycle annuel de formation 2016-2017-2018			

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	• Augmenter l'installation/le maintien de libéraux dans les territoires • Favoriser les exercices regroupés			
Conditions de réussite	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. 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. 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 : -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	Economie attendue : -l'efficience des actes curatifs serait plus avérée en libéral qu'en dispensaire ; -réduction des dispensaires.			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
		☺		
Calendrier	2017 : projets pilotes 2018 : généralisation			

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	• 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 MXPF

Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
		✓		
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 des 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'Etablissement 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	• Couverture complète de la population • Réduction des transferts sanitaires pour simple consultation
Conditions de réussite	Eviter l'autogestion des médecins intervenant de manière irrégulière dans les îles non couvertes, par la mise en place d'un dispositif complet et régulé sur une planification. 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. Contraintes à intégrer : -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. Il implique qu'on accorde aux médecins concernés un droit d'exercer hors de leur zone d'installation.
Enjeux financiers associés	• 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. Economies : environ 500 M -équipe mutualisée, -économie de filière aval par amélioration des soins primaires, -économie d'Evasan.

Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
				
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 utilisées 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 héliportées 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	• 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	• 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).

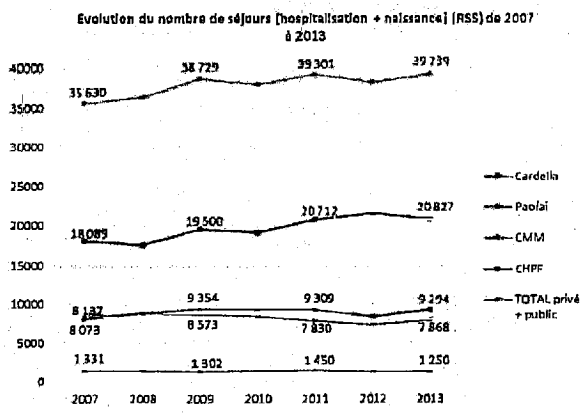
Nb de lits et places /100 000 hab. (2013)

	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 le 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	61,2%	Médecine	50%
Hôpital de Taravao	51,8%	Chirurgie	51,4%
Hôpital de Taiohae	40,3%	Gynécologie-obstétrique	52,3%
Hôpital de Moorea	36,0%		

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	• 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	Coût des investissements nouveaux : 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 Economies : • 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	• Amélioration des pronostics et de la qualité de vie des patients • Coûts de dialyse évités			
Conditions de réussite	• Disponibilité de greffons • Communication • Diagnostic précoce			
Enjeux financiers associés	Coût de fonctionnement : 10 M FCP de budget communication/sensibilisation des usagers et des professionnels Economies :Traitement dialyse évités			
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	• Rationalisation de l'offre • Suppression de doublons			
Conditions de réussite	Intégration des équipes / enjeu managérial			
Enjeux financiers associés	Coût des investissements nouveaux : Contrat de projet : 3,3 Mds Coût de fonctionnement : 634 M FCP de surcoût annuel Economies : • 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	• 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	• 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	• Evasan évités • Confort de vie du patient (proximité)
Conditions de réussite	• Stabilité des équipes de soignants concernés • Cadrage précis par les praticiens du CHPf : protocolisation • Conditions d'accueil sur place adéquates
Enjeux financiers associés	Coût de l'administration des produits en local : 20 M • Coût des formations de mise à niveau des personnels des antennes avancées du CHPf ; • Coûts des locaux Economies : devrait couvrir les surcoûts dans 2ème temps • Transports de patients évités par développement d'un réseau oncologie dans les antennes avancées.
Niveau de difficulté	Faible / Modéré / Fort / Intense Modéré
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 permettait 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	• 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	• 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 / Modéré / Fort / Intense Fort
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'usager 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 règlementairement un panier de soins opposable aux patients sur une zone sanitaire.

Bénéfices attendus	• Amélioration du suivi des patients en ALD et chronicisés • Non renoncement au soin
Conditions de réussite	• Dispense d'avance des frais • Expérimentation limitée mais accompagnée/évaluée • Rémunération dérogatoire
Enjeux financiers associés	• Faible : incitations financières à prévoir pour les pilotes : première enveloppe de 30M
Niveau de difficulté	Faible / Modéré / Fort / Intense Modéré
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	• Amélioration de la coordination des soins et du parcours patient • Amélioration de la couverture des archipels			
Conditions de réussite	• 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
			3	
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	• 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
			3	
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 définis 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	• 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

	• 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
		3		
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 périnatals de proximité).

Bénéfices attendus	• 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	• Implication des partenaires • Eviter l'institutionnalisation du réseau			
Enjeux financiers associés	Gain d'efficience de la filière Animation du réseau : 10 M			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
		3		
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 scolarisées dans l'année scolaire 2007-2008[1] 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 10-11ans ; et 37,9% contre15, 7% à 14-15 ans. Le constat est similaire pour l'obésité.

[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*

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/confirmer 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.

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	• 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	• Des actions priorisés et limités • 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	• 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 (fronchise 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	• Homogénéisation des actions de prévention • Equité dans la réalisation des actions			
Conditions de réussite	• Définition d'un socle commun : un niveau standard • Suppose d'accepter la polyvalence et une certaine déspécialisation			
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 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	• 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	Modéré	Fort	Intense
		3		
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	Modéré	Fort	Intense
		3		
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	• 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	Modéré	Fort	Intense
			5	
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.

Il s'agit de cadrer la prise en charge 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 FareMatahiapo 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 (RSPF + RNS + Pays)	Dépenses 2013
Placement PA	34	44	24 086 294
Hébergement FareMatahiapo	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 règlementaires.

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
			X	
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
		X		
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 « assistantes 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	• 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 (subsidiaire après revenus du bénéficiaire et participation des ayants droit), et absents sur la récupération sur succession (compétence partagée Pays-Etat). En conséquence, nécessité d'ajuster les textes

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 répits ;
- 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'étoffer 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 réguiée dans les interstices de la règlementation.

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 règlementation, 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, unité 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	• 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	• 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	1er 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 DSIO et un DIM travaillent ensemble à la mise en œuvre des objectifs réactualisés dans la révision du SDSI 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 télémédecine 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	• 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	• Des actions priorisées et limitées • Des choix forts traduits financièrement par une forte concentration des ressources sur des priorités • Une gouvernance rénovée et une AMOA renforcée			
Enjeux financiers associés	• 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	• Une politique SI pilotée et suivie
Conditions de réussite	• 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.

	• 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 — Modéré
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	• 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	• Tous les acteurs de santé adhérent (public/privé ; PS libéraux/publics, représentants des PS...) • Des adhérents qui participent à l'expression des besoins
Enjeux financiers associés	• 3 postes de chef de projet • Coût global : 36 M CFP
Niveau de difficulté	Faible / Modéré / Fort — Fort / Intense
Calendrier	1er 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
- Etendre 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	• 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	• 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 — Intense
Calendrier	2016-2017

6.2.2. Permettre à la maîtrise d'œuvre d'être hébergeur 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 évoqué plus haut pourrait jouer le cas échéant ce rôle.

Bénéfices attendus	• Répondre à la contrainte réglementaire d'hébergement des données de santé
Conditions de réussite	• 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 — Fort / Intense
Calendrier	2017-2018

6.2.3. Prioriser le volet de synthèse médicale dans le déploiement par étapes,

Bénéfices attendus	• Disposer rapidement d'éléments de partage déterminants pour la coordination et la qualité des soins
Conditions de réussite	• 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 — Modéré
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 : allers 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	Modéré	Fort	Intense
			☒	
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 • Labellisation simple, s'inspirer de l'ASIP			
Enjeux financiers associés				
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	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 et immédiat avec des économies rapides :

- Télésurveillance en cardiologie des patients implantés
- Télédialyse

Bénéfices attendus	• 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	• 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	• 320 M CFP en investissement (pour une couverture complète), possible de minorer l'ambition avant généralisation. • Pas de surcoûts de fonctionnement : pari de l'efficience • Coûts et temps de formation / sensibilisation non comptabilisé			
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	Fort	Intense
		☒		
Calendrier	2016-2018			

6.3.2. Adopter une règlementation polynésienne de télémédecine

Il s'agit de reconnaître la télémédecine comme un élément du système de santé et lui 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.

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	Modéré	Fort	Intense
		☒		
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.

Bénéfices attendus	Favoriser le déploiement de la télémédecine en reconnaissant le travail réalisé			
Conditions de réussite	• Procéder par palier • Maîtriser la dépense pour ne pas condamner le projet			
Enjeux financiers associés				
Niveau de difficulté	Faible	Modéré	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 héliportée 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 télémédecine (téléconsultation notamment)
6.3.2. Adopter une règlementation polynésienne de télémédecine

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 dénués 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 OMP 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 héliportée de Moorea et Taravao vers le CHPf					
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		Réforme de la PSG			
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					

Réf. SOS	ACTIONS	2016	2017	2018	2019	2020
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 arrêté les dispositifs d'agrément 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	Inciter à la création d'une filière gériatrique appuyée sur le CHPF					
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					
6.2.1	Imposer à tous les acteurs de suivre les orientations du Dossier médical partagé					
6.2.2	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 DMP au remboursement des actes					
6.2.5	Mettre une labellisation polynésienne des logiciels médicaux					
6.3.1	Equiper les archipels en solutions de télémédecine (téléconsultation notamment)					
6.3.2	Adopter une règlementation 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)

	Actions	Dépenses	Commentaires
5.2.7	Construire le pôle de santé mentale et fusionner les services concernés dans une entité juridique unique	3 300 + 654	Coût global de l'investissement : 3,3 Mds Co-financement Etat au Contrat de projet !!! Coût de fonctionnement : 654 M FCP de surcoût annuel !
5.3.3	Accompagner des projets d'EHPAD sur Tahiti, unité Alzheimer, accueil de jour par appel à projet	1 500	Investissement 5M€/ USLD par redéploiement Objectif > double l'offre EHPAD où l'investissement de la Cnamo par lit
3.1.1	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
6.3.1	Equiper les archipels en télémédecine (téléconsultation notamment)	320	Investissement supporté par le pays : logiciel + équipement (PC, écran, caméra, casque micro) et formation/ Pas de surcoût de fonctionnement : prise de la téléexpertise
2.1.2	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 79 auxiliaires + 55 infirmiers : 250 M FCP durée 3 ans (remplacement compris)
2.3.2	Rendre effective la rotation hélisurface de Moorea et Taravao vers le CHPF	110	Supporté par le Pays : investissement en hélisurfaces Supporté par l'assurance maladie : coût des transports, étude à mener

CAPACITES (LITS ET PLACES)

Disciplines		CHPF	CARDELLA	MAMAO	PAOFAI	TE TIARE	MOOREA	UTUROA	TAIOHAE	TARAVAO	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
Total	Lits	414	76	-	98	72	12	56	25	34	787
	Places	*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
Scanographe 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 (Taaone)
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
DMP	Dossier médical partagé
DMU	Dossier médical unique
DS	Direction de la santé
DSIO	Direction des systèmes d'information et de l'organisation
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HAS	Haute autorité de santé
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
ILM	Institut Louis Malardé
ISPF	Institut de Statistique de Polynésie française
MCO	Médecine-Chirurgie-Obstétrique
PACS	Picture Archiving and Communication System (système d'archivage et de transmission d'images)
PMSI	Programme médicalisé des systèmes d'information
PSG	Protection sociale généralisée
RAA	Rhumatisme articulaire aigu
SOS	Schéma d'organisation sanitaire
SSR	Soins de suite et de réadaptation
USLD	Unité de soins de longue durée