

LA POLITIQUE DE SANTÉ DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

ORIENTATIONS STRATÉGIQUES 2016-2025



GOVERNEMENT DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Sommaire

- 3** PRINCIPAUX ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC
- 6** LES PRINCIPES POUR L'ACTION
- 7** **AXE STRATÉGIQUE 1 :** MODERNISER ET OPTIMISER LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME SANITAIRE ET MÉDICO-SOCIAL
- 11** **AXE STRATÉGIQUE 2 :** AMÉLIORER LE DISPOSITIF DE PROTECTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE POUR UNE COUVERTURE OPTIMALE DES BESOINS SANITAIRES ET SOCIAUX
- 13** **AXE STRATÉGIQUE 3 :** CENTRER LA POLITIQUE SUR LA PRÉVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ
- 15** **AXE STRATÉGIQUE 4 :** GARANTIR UN SYSTÈME DE SANTÉ DE QUALITÉ
- 19** GLOSSAIRE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

ÉLABORATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ
SOUS LE PATRONAGE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DE LA RECHERCHE.

ADOPTION PAR L'ASSEMBLÉE DE POLYNÉSIE FRANÇAISE
PAR LA DÉLIBÉRATION N° 2016-11 APF DU 16/02/2016
JOPF DU 24/02/2016

POLYNÉSIE FRANÇAISE - ÉDITION AVRIL 2016



GOUVERNEMENT
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Introduction

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

Principaux éléments du diagnostic

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

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

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

Les grands défis de demain appellent à une responsabilisation collective.

La lutte contre le cortège des maladies dites évitables et de leurs déterminants, constituent désormais les enjeux et les défis majeurs pour le secteur sanitaire et social.

Associés à la conjoncture économique dégradée et aux changements démographiques, ils sont déjà un fardeau et vont devenir une menace directe pour la société si rien n'est fait.

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

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

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

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

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

Les écarts se creusent entre les différentes offres de soins et dans les niveaux de prestations fournis. L'offre de proximité de premier niveau, qui effectue une activité à la fois curative et préventive, est la plus touchée. Soumises aux contraintes géographiques, les inégalités d'accès sont accentuées dans les îles éloignées, avec la dégradation des moyens liée à la crise économique. Le drainage des moyens vers l'hôpital de Taaone a eu un effet négatif indirect sur l'offre de proximité. Si les missions de consultations avancées des spécialistes du CHPF se poursuivent, les missions de santé publique (généralistes,

dentistes, sages-femmes, techniciens sanitaires...) dans les îles éloignées se réduisent. Le secteur privé, concentré dans les IDV, voit pour sa part un vieillissement accéléré de ses effectifs et une diminution des cabinets médicaux.

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

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

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

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

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

Si la Polynésie française peut se féliciter de la mise en place de la couverture sociale universelle dès 1995, l'équilibre du système de la PSG est dans une spirale de dégradation. Les dépenses de l'assurance

maladie n'ont pas cessé d'augmenter, et ce à un rythme soutenu, tous régimes sociaux confondus. Cette situation n'est pas spécifique au Pays. Comme en métropole, les dépenses croissent avec le

ralentissement des recettes de la protection sociale, la hausse des prix des soins, les progrès coûteux des technologies médicales, l'augmentation de la part des personnes en longue maladie, le vieillissement de la population.

Le déficit tendanciel de la branche maladie de la PSG demeure, malgré la création du FADES en 2012. Le RST, financé à 100% par le Pays, est en déficit depuis 2011 ; son budget 2015 a de nouveau été voté en déséquilibre, avec un déficit de dotation de 3,0 milliards FCFP par rapport aux dépenses prévues par la CPS au cours de l'exercice.

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

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

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

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

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

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

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

La Polynésie française n'a pas fixé de cadre normatif pour sa politique de santé et de solidarité. Aussi les exercices de planification sur la base de l'analyse des besoins, sont irréguliers voire absents. Les différents plans ou schémas, même disponibles, sont peu mis en œuvre et évalués. Aussi, toutes

les stratégies de financement et de gestion des compétences sont basées sur du court terme et peu sur des logiques d'anticipation et de performance.

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

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

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

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

Les principes pour l'action

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

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

Le Droit à la Santé garantit notamment :

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

- la participation de la population au processus de prise de décisions sur les questions de santé aux niveaux national et communautaire ».

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

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

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

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

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

Au-delà de la nécessité pour le système de santé et de protection sociale de contenir ses dépenses,

ces contraintes sont en réalité l'occasion de mettre en œuvre des pratiques améliorées ou neuves et d'éprouver la réactivité et la créativité des acteurs du système dans la recherche de solutions.

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

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

Au-delà d'un diagnostic partagé, la vision de la future politique de santé doit aussi être partagée par l'ensemble des parties prenantes. La nécessité des réformes profondes qui sont proposées par les pouvoirs

publics, passe donc par une compréhension commune et une prise de conscience des leaders et des acteurs du système de santé, pour favoriser l'adhésion et les efforts de chacun dans la mise en œuvre.

AXE STRATÉGIQUE 1

Moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social

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

1.1 AFIN D'ÊTRE LISIBLE, LA POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DOIT FAIRE L'OBJET D'UNE BASE RÉGLEMENTAIRE.

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

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

1.2 UNE LOI ANNUELLE DE FINANCES SOCIALES TRADUIT LES ORIENTATIONS DE SANTÉ.

Il s'agit de regrouper l'ensemble des crédits destinés au financement de l'action sanitaire, sociale et médico-sociale, pour constituer un

objectif global de dépenses sociales du Pays. Dans ce cadre, les nouveaux mécanismes d'allocation et de répartition des crédits de cette enveloppe bien identifiée doivent être étudiés.

Leurs principes et finalités reposent sur :

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

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

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

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

1.3

LES POUVOIRS PUBLICS DOIVENT S'APPUYER SUR UNE ORGANISATION EFFICIENTE ET EFFICACE DES INSTITUTIONS ET DES ACTEURS.

1.3.1. FAIRE AGIR EN SYNERGIE LES MINISTÈRES EN CHARGE DE LA SANTÉ, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE

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

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

1.3.2. CRÉER UNE STRUCTURE ADMINISTRATIVE, RECONNUE COMME LA SEULE AUTORITÉ RÉGULATRICE DU SYSTÈME SANITAIRE, SECTEUR MÉDICO-SOCIAL ET SOCIAL

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

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

Sa mission de régulation implique de disposer des fonctions suivantes :

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

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

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

Elle nécessite des compétences diverses, spécifiques et pointues, pour assurer la qualité de son expertise (juristes, économistes, financiers, inspecteurs, méthodologistes en planification et évaluation...).

Elle peut relever d'un redéploiement de personnels des services existants (Direction de la santé, Délégation générale à la protection sociale, Direction des affaires sociales, Caisse de prévoyance sociale...) et d'un recrutement extérieur de compétences non présentes sur le territoire.

1.3.3. RÉORGANISER EN CONSÉQUENCE LA DIRECTION DE LA SANTÉ ET LA DIRECTION DES AFFAIRES SOCIALES EN UNE DIRECTION DE LA SANTÉ ET DE LA SOLIDARITÉ

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

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

Dans le cadre de la réforme administrative, l'idée de regroupement des missions et des activités est à exploiter ici, si le système sanitaire, médico-social et social est pris dans sa globalité, en prenant l'exemple des pays qui l'ont déjà mis en place avec succès (Canada, Nouvelle Calédonie, Canada,...).

Les Agences régionales de santé en métropole ont également mis en œuvre cette approche depuis 2010 en regroupant en une seule structure par région les sept administrations antérieurement en charge des champs sanitaire et médico-social.

1.3.4. ENGAGER LA RÉFORME DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE AU NIVEAU TERRITORIAL

La réorganisation de l'offre hospitalière en Polynésie française s'impose pour réduire les déséquilibres avec l'offre de proximité publique et du secteur privé, en termes de gradation des soins, de coordination des flux de patients, de répartition des financements et de modes de gestion des établissements.

Cet objectif concerne aussi le secteur hospitalier privé, avec un projet de construction d'un pôle hospitalier privé unique. C'est l'un des axes clés développé dans le SOS 2016-2021.

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

Dans un souci d'efficacité et d'efficacités, la réforme devra se pencher également sur l'organisation des parcours des usagers dans le système de soins, les modes d'accès aux établissements hospitaliers et

la gestion des flux de patients selon l'état clinique et les disponibilités de transports.

Les établissements hospitaliers devront donc mieux s'articuler avec les services de proximité, dispensant des soins de santé primaires, des actions de prévention et des accompagnements sociaux et familiaux.

1.4 LE PAYS DOIT SE DOTER D'OUTILS POUR PILOTER, RÉGULER ET CONTRÔLER L'ENSEMBLE DU SYSTÈME.

1.4.1. DISPOSER D'UN CADRE NORMATIF ET DES DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE DE LA POLITIQUE DE SANTÉ

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

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

1.4.2. SE DOTER D'UN OBSERVATOIRE SOCIAL ET SANITAIRE

Disposer d'informations fiables, accessibles et actualisées sur l'état de la santé et les besoins de

la population est indispensable dans le cadre de l'aide à la décision pour le pilotage des politiques publiques. Le SOS 2016-2021 prévoit la mise en place effective de cet outil.

1.4.3. COMBLER LES RETARDS ET LES LACUNES DANS LA PRODUCTION RÉGLEMENTAIRE

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

Le Pays doit donc développer son propre code de la santé et celui de l'action sociale.

Cette mission sera dévolue à l'autorité de régulation, qui devra se voir dotée d'une équipe de juristes pour entreprendre ce vaste chantier.

1.4.4. POUR UNE BONNE GOUVERNANCE, LE SECTEUR SANITAIRE ET SOCIAL DOIT MODERNISER SES MODES DE GESTION DES RESSOURCES ET DES COMPÉTENCES

La gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé et des affaires sociales ne

peut souffrir longtemps de la baisse constante des postes et des effectifs, qui menace directement le fonctionnement des services, l'accessibilité et la qualité des prestations.

Avec la précarité et la nécessité de répondre en permanence aux demandes de soins, ces deux secteurs doivent être considérés de façon prioritaire en matière de gestion des personnels.

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

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



AXE STRATÉGIQUE 2

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

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

La couverture sociale généralisée à toute la population a ensuite été instituée en 1994 et l'État

s'était engagé dans le cadre de la loi d'Orientation n°94-99 du 5 février 1994 pour une durée de 10 ans, à soutenir la protection sociale généralisée.

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

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

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

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

La tutelle de la CPS doit donc être rénovée ; chaque acteur doit être replacé dans son rôle, les organes

de concertation doivent retrouver leur fonction et de nouveaux dispositifs de régulation doivent être mis en place pour veiller à une meilleure gouvernance de la PSG.

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

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

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

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

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

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

Cette réforme des modes de financement de la

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

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

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

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

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

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

Le cloisonnement actuel des différents risques sous trois régimes administrés par des conseils

d'administration et un conseil de gestion, ne favorise pas une action globale et coordonnée dans la prise en charge des nouveaux risques que sont la dépendance, le handicap et la précarité.

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

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

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

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

AXE STRATÉGIQUE 3

Centrer la politique sur la prévention et la promotion de la santé

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

3.1 LE SCHÉMA DE LA PRÉVENTION DOIT ÊTRE ÉLABORÉ SOUS UN ANGLE MULTISECTORIEL.

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

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

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

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

3.2 LE PAYS DOIT S'ENGAGER EN PRIORITÉ DANS LA RÉDUCTION DU SURPOIDS ET DE LA PRÉVALENCE DES MALADIES ÉVITABLES.

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

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

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

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

Des thématiques de santé autres que les maladies non transmissibles (telles que les maladies infectieuses courantes, la protection maternelle



et infantile, la santé dentaire, le planning familial, etc.) font déjà l'objet d'actions systématisées ou spécifiques. Ces acquis doivent être maintenus car tout relâchement des efforts peut avoir des conséquences néfastes en santé publique.

Les mesures de lutte contre la pauvreté doivent concevoir des stratégies multiples : l'accès aux minima sociaux, l'accès aux soins, la politique de logement, l'accès à l'emploi et à la formation, la réussite éducative, l'aide aux familles, la lutte

contre la fraude et l'assistanat. La réforme de la PSG s'attachera à revoir le dispositif du FAS et du RST dans un cadre plus large d'une politique de solidarité.

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

Les moyens pour la mise en œuvre doivent être garantis.

3.3

LES RÉSEAUX INTERSECTORIELS DOIVENT ÊTRE STRUCTURÉS ET PROFESSIONNALISÉS.

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

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

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

3.4

UN FINANCEMENT SPÉCIFIQUE DOIT ÊTRE GARANTI POUR LA PRÉVENTION.

3.4.1. UNE JUSTE RÉPARTITION DES MOYENS FINANCIERS DOIT ÊTRE FAITE ENTRE LE SECTEUR CURATIF ET PRÉVENTIF

Les dépenses dédiées à la prévention avaient atteint leur apogée en 2008, grâce à l'existence de l'EPAP,

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

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

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

3.4.2. LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE DOIVENT COMPORTER DES MESURES DE PRÉVENTION

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

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

AXE STRATÉGIQUE 4

Garantir un système de santé de qualité

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

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

Le nouveau schéma d'organisation sanitaire (SOS 2016-2021) pose le principe d'une recherche de l'efficacité comme impératif pour permettre

l'intégration du progrès à venir. Le premier schéma d'organisation du secteur médico-social doit être élaboré.

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

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

4.1 **PROMOUVOIR ET DÉVELOPPER LE TRAVAIL EN RÉSEAU : CET EFFORT S'IMPOSE AUJOURD'HUI.**

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

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

réseau sur une large gamme de thématiques.

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

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

4.2

FORGER UNE CULTURE PARTAGÉE DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES.

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

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

4.3

L'ORGANISATION DU PARCOURS DES USAGERS PERMET UNE PLUS GRANDE COHÉRENCE DES INTERVENTIONS ET AU PLUS PRÈS DU PATIENT.

La création d'une coordination des parcours de santé doit être soutenue, en particulier dans les thématiques où un intérêt est le plus marqué. C'est, par exemple, la prise en charge des pathologies chroniques et de la dépendance des patients, où la recherche d'efficience et d'efficacité intéresse le financeur, les professionnels autour du soin et de l'accompagnement social, ainsi que l'utilisateur. Les protocoles de prise en charge tout au long du parcours de soins doivent être formalisés, car ils prennent en compte les articulations entre les différents niveaux de soins (hôpitaux et centres de

santé de proximité, secteur ambulatoire, hôpital de dernier recours, établissements médico-sociaux) et reposer sur un cadre harmonisé en termes de qualité et de sécurité, à un coût abordable. La prévention et l'éducation thérapeutique y sont nécessairement valorisées.

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

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

4.4

LES DÉMARCHES DE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DANS LES ÉTABLISSEMENTS ET LES STRUCTURES SANITAIRES ET MÉDICO-SOCIAUX DOIVENT ÊTRE OBLIGATOIRES.

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

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

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

4.5

LES USAGERS DOIVENT ÊTRE IMPLIQUÉS DANS LA GESTION DE L'OFFRE ET DE LA QUALITÉ.

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

Son implication et sa responsabilisation passent par des stratégies comme :

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

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

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

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

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

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

La médecine traditionnelle doit trouver sa place.

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

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

- réaliser un répertoire des savoirs, par une organisation spécifique ayant des appuis scientifiques et ouverte aux tradipraticiens ;

- faire valider les recommandations d'usage sans danger et rationnel par l'autorité sanitaire compétente, sur la base d'informations fiables.

Dans un second temps, il conviendra de :

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

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

L'organisation des moyens de la veille sanitaire doit être consolidée entre les différents intervenants de l'État, des services du Pays et des communes. L'idée de créer un lieu unique de signalement des événements et une plate-forme unique par la mise en place d'un circuit simple et connu de tous, est à étudier.

Cela implique de regrouper des missions et des tâches, ainsi que des compétences actuellement éparpillées au sein de l'administration publique :

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

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

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

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

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

Glossaire des sigles et abréviations

APF	Assemblée de Polynésie française
CHPf	Centre Hospitalier de la Polynésie française (Taaone)
CPS	Caisse de Prévoyance sociale
DGPS	Délégation générale à la protection sociale
DS	Direction de la santé
EPAP	Établissement public administratif pour la prévention
ILM	Institut Louis Malardé
PSG	Protection sociale généralisée
RGS	Régime général des salariés
RNS	Régime des non salariés
RSPF	Régime de solidarité de Polynésie française
SOS	Schéma d'organisation sanitaire



GOUVERNEMENT
DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

