

SCHEMA DE PREVENTION ET DE
PROMOTION DE LA SANTE
DE LA POLYNESIE FRANÇAISE
2018-2022

Ministre des solidarités et de la santé, en charge de la réforme de la protection sociale
généralisée, de la prévention et de la famille

Direction de la santé



Sous la direction de

Dr Laurence Bonnac-Théron, *Directrice de la santé*

Dr Jacques Raynal, *Ministre des solidarités et de la santé, en charge de la réforme de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille*

Rédaction :

Dr Laurence THERON

Mme Merehau MERVIN

Contributions

Atelier Prévention/Assises de la PSG du 23/02/2017

Travaux préparatoires : Yolande MOU et Marjorie BOURGES

Dr Philippe BIAREZ

Dr Marie Françoise BRUGIROUX

Dr Sabrina CHANTEAU

Dr Jean François CHAUMEL

Dr Bruno COJAN

Dr Marine GIARD

Dr Patricia GIRAUD

Dr Dominique MARGHEM

Mme Glenda MELIX

Dr Jean-Marc SEGALIN

Dr Vaea TEROROTUA

Mme Hélène THUAL

Dr Maire TUHEIAVA

POURQUOI UN SCHEMA DE PREVENTION ?

L'adoption d'un schéma de prévention s'avère indispensable pour la Polynésie française car :

- les causes principales de décès sont les maladies liées au mode de vie (diabète et cancer) et à des comportements modifiables (accidents, suicides) ; elles sont coûteuses et sont évitables ;
- les inégalités en matière de santé des Polynésiens découlent de leurs conditions de vie;
- une population en bonne santé peut générer de la croissance économique.

Pour l'année 2015, la dépense courante de santé en Polynésie française a été évaluée à 79,4 milliards XPF, soit +1,4% par rapport à 2014¹. Cela représente environ 291 000 XPF par habitant et 14,4% du PIB. La dépense courante de santé regroupe toutes les dépenses courantes engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé.

Elle comprend :

- la consommation de soins et de biens médicaux ;
- les soins de longue durée : soins aux personnes âgées en établissements et à domicile et les soins aux personnes handicapées en établissements ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) ;
- les dépenses de prévention (institutionnelle, individuelle et collective) ;
- les dépenses en faveur du système de soins qui incluent les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles, la formation des professionnels de santé ;
- et les coûts de gestion du système de santé.

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), référant à la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé est évaluée à 66,4 milliards XPF (84% de la dépense courante), soit près de 244 000 XPF par habitant.

La consommation de services de prévention institutionnelle ou organisée s'élève, quant à elle, à 2,5 milliards XPF en 2015, dont 1,9 milliards XPF pour la prévention individuelle² et 514

¹ Les dépenses de santé de la Polynésie française sur la période 2010 à 2015. Disponible sur <https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/Les-Comptes-de-la-Santé-2010-2015.pdf>

² La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes et s'organise en prévention individuelle primaire et prévention individuelle secondaire. La prévention individuelle primaire vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies, un exemple étant le vaccin. La prévention individuelle primaire comprend également les actions de la protection maternelle et infantile et du planning familial, ainsi que la médecine scolaire et la médecine du travail. La prévention individuelle secondaire tend à repérer les

millions XPF pour la prévention collective³, soit 3,1% de la dépense courante de santé. Ainsi, la prévention institutionnelle représente environ 9 100 XPF par habitant.

La dépense pour la prévention individuelle se maintient depuis 2010 aux alentours de 1,9 milliards XPF. Cependant, la dépense pour la prévention collective baisse sur la période 2010 à 2015 de 580 millions XPF à 514 millions XPF. Le net recul de la prévention collective découle d'une baisse de dépenses du contrôle sanitaire et d'une baisse des subventions aux associations gérées par la Direction de la santé sur cette période.

Le fondement éthique du schéma de prévention et de promotion de la santé repose sur trois valeurs fondamentales de la politique de santé 2016-2025 de la Polynésie française :

- la santé, un droit fondamental de tout être humain ;
- l'équité en matière de santé ;
- la solidarité active avec la participation et la responsabilité des individus, des groupes, des institutions et des communautés pour un développement sanitaire continu.

L'élaboration du schéma de prévention s'inscrit comme une composante des récents documents de cadrage de la politique de santé du Pays : les Orientations stratégiques 2016-2025 et le Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021. L'une des quatre grandes priorités de la politique sanitaire affirme « que le Pays doit marquer son engagement fort dans une stratégie cohérente et audacieuse pour la prévention »⁴. Le Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) 2016-2021, quant à lui, décline les objectifs par secteur d'activités. Le SOS fait de la lutte contre le surpoids une clause obligatoire dans les politiques sectorielles qui doivent assumer des choix impactant le mode de vie et l'environnement des Polynésiens pour une meilleure santé. Le schéma de prévention et de promotion de la santé propose donc une approche interministérielle et multisectorielle en fédérant les services publics du Pays, les

maladies avant leur développement, un exemple étant le dépistage organisé pour les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose et les hépatites. La prévention individuelle secondaire exclut les traitements de facteurs de risque tels que l'hypertension et le diabète.

³ La prévention collective correspond aux dépenses non imputables à l'individu. Elle comprend la lutte contre les addictions, les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, et l'éducation à la santé (prévention collective à visée comportementale). Elle inclut également l'hygiène du milieu, la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille, d'alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation (prévention collective à visée environnementale).

⁴ Gouvernement de la Polynésie française. *La Politique de Santé de la Polynésie française. Orientations stratégiques 2016-2025*. Adoption par l'assemblée de la Polynésie française par délibération n°2016-11 APF du 16/02/2016.

communes, et les partenariats public-privé autour d'un objectif commun : le maintien d'un bon état de santé pour la population polynésienne.

Le présent Schéma de Prévention et de Promotion de la Santé déclinera le cadre de la politique de prévention sur une période de cinq ans. Il en définit ses principes, ses objectifs, ses axes et les mesures prioritaires que le Pays, les communes, les organisations et la société civile auront à traduire en programmes cohérents d'actions locales ou territoriales pour promouvoir, protéger et améliorer la santé des Polynésiens. A ce schéma de référence, se rattacheront des plans d'actions pluriannuels thématiques et par groupe de population, des projets opérationnels et des cadres de financement en application des objectifs.

Sommaire

Pourquoi un schéma de prévention ?	3
Acronymes.....	11
Introduction	13
La stratégie de pilotage	14
Un comité interministériel pour la prévention et la promotion de la santé	15
Un comité de gestion unique des financements pluriannuels.....	16
Comment financer le schéma de prévention et de promotion de la santé ?.....	17
Une déclinaison territoriale vers les effecteurs.....	18
Les stratégies d’action.....	19
Axe 1 : Favoriser des environnements propices à la santé des polynésiens	20
Objectif 1 : Un environnement favorable à une alimentation saine.....	21
Priorité 1: Mettre en place le processus d’engagements et des mesures pour inciter le progrès nutritionnel	21
Priorité 2 : Collaborer avec les structures concernées sur des techniques de transformation des produits locaux	23
Priorité 3 : Adopter une réglementation pour un environnement sain	23
Priorité 4 : Concevoir et mettre en œuvre la fiscalité comportementale	24
Objectif 2 : Un environnement favorable à l’activité physique	26
Priorité 1 : Aménager les territoires : un levier pour la promotion de la santé	26
Priorité 2 : Limiter la sédentarité à tous les âges.....	27
Objectif 3 : La lutte contre le tabac	28
Priorité 1 : Elaborer un programme d’actions de lutte contre le tabac.....	28
Priorité 2 : Maintenir et renforcer la hausse de la fiscalité à destination du tabac.....	28
Priorité 3 : S’assurer du respect de la réglementation.....	29
Priorité 4 : Accompagner et prendre en charge les patients.....	29
Objectif 4 : La lutte contre l’alcool	31

Priorité 1 : Elaborer un programme d'actions pour lutter contre l'alcool.....	31
Priorité 2 : Limiter l'accessibilité aux boissons alcoolisées.....	31
Priorité 3 : Diminuer les pressions qui incitent à consommer.....	32
Objectif 5 : La santé mentale et la lutte contre les addictions.....	33
Priorité 1 : Elaborer et mettre en œuvre un programme d'actions intégré et commun d'éducation en matière de lutte contre les addictions.....	33
Priorité 2 : Elaborer et mettre en œuvre le programme d'actions pour la santé mentale .	34
Objectif 6 : L'hygiène de l'environnement, de la construction et de l'alimentation	35
Priorité 1 : Hygiène de l'environnement et des constructions	35
Priorité 2 : Hygiène alimentaire	35
Priorité 3 : Amélioration de la connaissance des risques	35
Objectif 7 : La lutte anti-vectorielle	36
Priorité 1 : Rédiger et mettre en œuvre un programme d'actions de lutte anti-vectorielle	36
Objectif 8 : Les maladies infectieuses.....	38
Priorité 1 : Les maladies endémiques :.....	38
Priorité 2 : Les maladies épidémiques :	39
Axe 2 : Santé tout au long de la vie.....	40
Objectif 1 : La périnatalité.....	40
Priorité 1 : Mener un projet commun autour de la périnatalité et la petite enfance	40
Priorité 2 : Repérer et soutenir les parents en situation de vulnérabilité.....	42
Objectif 2 : La vie scolaire	43
Priorité 1 : Faire de l'école un lieu promoteur de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes	43
Priorité 2 : Promouvoir un comportement responsable et prévenir des risques.....	44
Objectif 3 : S'investir dans la promotion de la santé en milieu de travail	46
Priorité 1 : Mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé au travail.....	46
Priorité 2 : Poursuivre le plan Entreprise active et Administration active	47

Objectif 4 : La promotion de la santé des seniors	48
Priorité 1 : Mettre en œuvre le programme d’action des personnes âgées en Polynésie française en collaboration avec la Direction des affaires sociales	49
Axe 3 : Intégrer de nouvelles approches pour encourager des comportements individuels positifs.....	51
Objectif 1 : Adopter les stratégies régionales de lutte contre les MNT	51
Objectif 2 : Promouvoir l’éducation thérapeutique.....	53
Objectif 3 : Promouvoir les activités physiques adaptées	54
Objectif 4 : Lutter contre le cancer.....	55
Objectif 5 : Intégrer les nouvelles technologies	56
Priorité 1 : Soutenir la mise en place du dossier patient	56
Priorité 2: Rédiger un guide de protocoles de dépistage.....	56
Priorité 3 : Intégrer le numérique comme nouvel outil de la prévention et de la promotion de la santé (applications, réseaux sociaux, bracelets connectés...).	56
Priorité 4 : Soutenir la télémédecine dans son axe de prévention.....	57
Priorité 5 : Mettre en place les nouveaux outils média pour la formation des professionnels de santé.....	57
Les stratégies supports : moyens et outils	58
• Encourager la recherche dans le domaine de la promotion de la santé.....	59
Développer la recherche interventionnelle.....	59
Mettre en place des études innovantes	59
Renforcer les études épidémiologiques.....	59
• L’observation, la surveillance et la sécurité sanitaire.....	61
Priorité 1 : Activer l’observatoire de la santé.....	61
Priorité 2 : Poursuivre la surveillance des pathologies.....	62
Priorité3 : Mettre à jour la cellule d’alerte sanitaire.....	62
Priorité4 : Renforcer la sécurité sanitaire (RSI)	62
• La démarche qualité.....	63

Priorité 1 : Identifier toutes les démarches de prévention, officielles ou non	63
Priorité 2 : Prioriser les programmes selon le nombre de patients, l’impact sanitaire et médico-économique, et le degré de maturité de la prévention des programmes (tableau de criticité)	63
Priorité 3 : Décliner les programmes de prévention et la démarche projet	63
Priorité 4 : Constituer une cellule qualité	63
• La formation des professionnels de santé	64
• L’évaluation	65
L’évaluation du schéma	65
Priorité 1 : Mettre en place une convention de collaboration	65
Priorité 2 : Mener des évaluations	65
Annexes	66
Annexe 1 : Le cadre de l’Organisation Mondiale de la Santé	67
Annexe 2: Etat des lieux en Polynésie française	71

ACRONYMES

APA	Activités physiques adaptées
CCLAT	Convention cadre pour la lutte anti-tabac
CCSAT	Centre de consultations spécialisées en alcoologie et toxicomanie
CESC	Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CHPF	Centre hospitalier de la Polynésie française
CHSP	Centre d'hygiène et de la salubrité publique
CIPPS	Comité interministériel pour la prévention et la promotion de la santé
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
DAS	Direction des affaires sociales
DGEE	Direction générale de l'éducation et des enseignements
DEQ	Direction de l'équipement
DIREN	Direction de l'environnement
DMRA	Direction de la modernisation et des réformes de l'administration
DPP	Département des programmes de prévention
DS	Direction de la santé
ETP	Education thérapeutique du patient
FAO	Organisation des nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
HAS	Haute autorité de santé
IFPS	Institut de formation des professions de santé
InVS	Institut de veille sanitaire
ISPF	Institut de la statistique en Polynésie française
IST	Infections sexuellement transmissibles
LAV	Lutte anti-vectorielle
MNT	Maladies non transmissibles
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PEN	Package for essential non-communicable diseases
PIB	Produit intérieur brut
PSG	Protection sociale généralisée
PST	Promotion de la santé au travail

RAA	Rhumatisme articulaire aigüe
RISP	Recherche interventionnelle en santé des populations
RSI	Règlement sanitaire international
SAU	Service de l'urbanisme
SIPF	Service de l'informatique
SOS	Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021
SSP	Soins de santé primaires
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

INTRODUCTION

La Polynésie française connaît une transition démographique accélérée s'accompagnant d'une modification de la structure d'âge de la population et des changements des causes de morbidité et mortalité, analogues à ceux des pays développés. On observe ainsi une baisse des taux de mortalité, une augmentation de l'espérance de vie, une baisse de la natalité, le recul des maladies infectieuses et l'émergence des maladies chroniques et dégénératives (dues aux modes de vie et aux comportements) qui deviennent les causes principales de décès.

Des programmes de prévention existent en Polynésie française depuis de nombreuses années. Certains programmes (santé de l'enfant, santé dentaire) offrent de bons résultats qu'il s'agira de maintenir. Cependant, les programmes sur la nutrition et la prévention des maladies non transmissibles ont des résultats limités et devront ainsi être révisés. Enfin, de nouveaux programmes devront être mis en place pour répondre aux besoins de la population, notamment dans le domaine de la santé mentale.

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 ; ceci nécessite une responsabilisation individuelle et des communautés ;
- de créer des environnements où les expositions aux divers facteurs de risque pour la santé sont réduites.

La stratégie de pilotage

UN COMITE INTERMINISTERIEL POUR LA PREVENTION ET LA PROMOTION DE LA SANTE

L'amélioration de l'état de santé de la population polynésienne et la réduction des inégalités sociales de santé dépendent de choix politiques qui ne relèvent pas uniquement du Ministère de la Santé. Le SOS 2016-2021 prévoit une organisation de la prévention en impulsant une collaboration interministérielle pour une vision partagée des priorités et des stratégies à mener. Il faudra veiller à ce que les politiques sectorielles hors du champ sanitaire et social, soient cohérentes avec les concepts et les objectifs de santé.

Action 1 : Créer un comité interministériel pour la prévention et la promotion de la santé

Le Comité Interministériel pour la Prévention et la Promotion de la Santé (CIPPS) doit être représentatif des différents secteurs concernés (Services du Pays, communes, associations, structures d'accueil d'enfants et des jeunes, société civile, secteur privé...). Il est un conseil stratégique, de validation des politiques publiques en termes de prévention et de promotion de la santé en Polynésie française. Il doit être le garant du cadre logique d'ensemble afin d'assurer une cohérence d'actions par rapport au schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française. Il s'appuie sur des informations factuelles (connaissances approfondies en matière d'actions menées, de pratiques, d'opinions collectées lors d'évaluation de programmes...) et scientifiques (surveillance, étiologie, preuves d'impact des interventions) fournies par les services techniques référents.

Le Président du Pays fixe les orientations budgétaires et les clés de répartition de l'ensemble des fonds dédiés à la prévention et la promotion de la santé (pleins pouvoirs).

Pilote	Direction de la santé				
Partenaires et acteurs associés	Services du pays, communes, associations, secteur privé, secteur libéral				
	2018	2019	2020	2021	2022
Un comité interministériel					

UN COMITE DE GESTION UNIQUE DES FINANCEMENTS PLURIANNUELS

Cinq ingrédients de la stratégie d'action de prévention et de promotion de la santé, soutenue par une gouvernance lisible, sont retenus :

1. des stratégies multisectorielles aptes à influencer sur les déterminants de la santé;
2. des soins de santé primaires axés sur la famille et le cadre local ;
3. la contribution de tous les partenaires au développement de la santé – dans les familles, à l'école, au travail, dans les collectivités locales et à l'échelle du Pays ;
4. une programmation par objectif dans une logique de résultat ;
5. un dispositif de gestion unique des financements pluriannuels par un comité de gestion coordonné par le département des programmes de prévention (DPP) de la Direction de la santé. Il rassemble les financeurs (Pays, CPS, Etat, Communes...) pour apporter une visibilité maximale aux actions et simplifier les procédures. Il centralise l'ensemble des financements de ces partenaires en matière de prévention et décide de l'affectation des enveloppes financières aux porteurs de projet. Par ailleurs, ce comité de gestion exerce une fonction d'expertise et de conseil auprès des pouvoirs publics ou organismes (la promotion des réflexions-études-recherches, l'évaluation des facteurs de risque et d'aggravation, la mise en œuvre des actions d'information, de promotion ou de prévention restent de la compétence du DPP).

Action 1 : Créer un comité de gestion et l'animer

Action 2 : Définir les critères de financement en fonction de la couverture géographique, de la qualité des projets en lien avec le but et la cohérence des projets

La mission principale de ce comité de gestion est d'arbitrer annuellement les appels à projets de prévention de tous les secteurs.

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Un comité de gestion					

COMMENT FINANCER LE SCHEMA DE PREVENTION ET DE PROMOTION DE LA SANTE ?

Afin d'assurer la mise en œuvre de ce schéma directeur, des moyens supplémentaires peuvent être envisagés via les recettes de la fiscalité indirecte (taxe nutritionnelle, taxe tabac, taxe alcool...). L'affectation ciblée des ressources fiscales vers la prévention multisectorielle de la santé doit être définie dans une loi en identifiant la structure de pilotage (cellule de gestion appliquant les directives du Comité Interministériel pour la Prévention et la Promotion de la Santé (CIPPS)). Le principal objectif de l'affectation des recettes fiscales pour la promotion de la santé est d'assurer une source régulière et continue de financement pour les programmes d'actions.

Comme le souligne l'OMS⁵, consacrer une partie ou l'ensemble des recettes fiscales pour améliorer le système de santé, peut amener le soutien du public et faciliter ainsi la mise en œuvre des taxes affectées. Les recettes peuvent être attribuées par exemple, au financement d'actions de promotion de la santé pour encourager une alimentation plus saine ou inciter à l'activité physique.

De nouveaux modèles financiers innovants public/privé peuvent également être étudiés dans l'optique d'un système contributif à la vie sociale. Certaines actions de prévention et/ou de promotion de la santé pourront à l'avenir faire l'objet de financements par des investisseurs privés.

Action 1 : Diriger les recettes des taxes nutritionnelles à la mise en œuvre du schéma de prévention et de promotion de la santé

Pilote	Direction de la santé				
Partenaires et acteurs associés	2018	2019	2020	2021	2022
Financement du schéma de prévention					

⁵ WHO. *Fiscal policies for diet and prevention of NCD*. Technical meeting report 5-6 may 2015, Geneva. 2016.

UNE DECLINAISON TERRITORIALE VERS LES EFFECTEURS

Le schéma de prévention et de promotion de la santé reconsidère plus que jamais le rôle des soins de santé primaire (SSP) dans le système de santé polynésien. Il s'agit pour le système de santé de limiter par ce moyen les tendances vers « l'hospitalocentrisme », la fragmentation des prestations de santé liée à l'absence de définition des priorités et la dérégulation de la « marchandisation » des soins, source d'inégalités sociales.

Cette démarche doit être menée au niveau stratégique. Elle permet de faire apparaître les synergies indispensables pour favoriser la cohérence d'ensemble et se donner les moyens d'atteindre les buts recherchés. L'augmentation des synergies constituent déjà en soit un gain financier important.

La déclinaison territoriale consiste en la mise en place de comités locaux, sous l'impulsion des cellules de promotion de la santé, dont la composition est à adapter selon les forces vives locales (communes, service de santé, associations...). Les axes d'actions chercheront à améliorer l'environnement de l'utilisateur polynésien en ciblant :

- les normes sociales (ce qui implique la participation des secteurs de l'éducation, de la culture, de la santé, de la jeunesse et des sports, de la CPS, des affaires économiques) ;
- l'accessibilité à l'activité physique grâce à l'équipement et l'aménagement urbain, la voirie, le logement, la jeunesse et les sports, la culture, la santé ;
- la qualité de l'offre alimentaire et la compréhension des produits pour le citoyen (ce qui nécessite une mobilisation conjointe des services de la santé, des affaires économiques, de l'industrie agro-alimentaire, de l'agriculture, des communes, l'éducation, les solidarités et la famille et le monde du travail).

Action 1 : Elaborer un modèle de convention du comité local de santé avec les centres de soins de santé primaires

Action 2 : Intégrer la mission de prévention au sein des comités locaux de santé

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé,</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Partenaires sociaux, communes</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Une déclinaison territoriale					

Les stratégies d'action

AXE 1 : FAVORISER DES ENVIRONNEMENTS PROPICES A LA SANTE DES POLYNESESIENS

La modification profonde du mode de vie des Polynésiens explique l'explosion des MNT en raison du passage d'une vie traditionnelle proche de la nature à l'ère de la mondialisation où les aliments transformés de qualité nutritionnelle médiocre sont accessibles et valorisés par de puissantes stratégies de marketing, et où les nouveaux styles de vie sont propices à l'inactivité physique et à la consommation de produits nocifs comme le tabac et l'alcool. Ces facteurs de risque sont les déterminants communs et majeurs des maladies chroniques.

Les défis futurs concernent des problèmes de santé dont les causes sont évitables et dues à des pratiques non adéquates, à des facteurs alimentaires et des modes de vie souvent néfastes.

L'objectif est de créer un environnement favorable à la santé afin que les choix bénéfiques à la santé soient facilités et les choix moins propices à la santé soient plus difficiles à faire.

Les acteurs du changement d'environnements en faveur de la santé sont issus de divers milieux et secteurs : décideurs politiques, élus et acteurs municipaux, intervenants en milieu scolaire ou dans les structures d'accueil et de garde, les managers et salariés dans les lieux de travail, les professionnels et les associations de jeunesse, de loisirs et de sports, les acteurs du système de santé, les médias, les leaders communautaires et associatifs, ceux qui influencent la mode, les tendances socioculturelles et les réseaux sociaux, etc. Il importe donc que tous partagent une vision commune des concepts et des objectifs liés à la création d'Environnements Santé.

OBJECTIF 1 : UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A UNE ALIMENTATION SAINE

Pour favoriser une alimentation saine, les mesures suivantes sont nécessaires :

- réduire les teneurs en graisses saturées et en acides gras trans, en sucre et en sel des produits existants ;
- développer et proposer des produits d'une plus grande valeur nutritionnelle, sains et d'un coût abordable pour les consommateurs ;
- donner aux consommateurs des informations claires, adéquates et compréhensibles sur les produits et la nutrition, basées sur des arguments sanitaires fiables ;
- avoir des pratiques de commercialisation éthiques ;
- fournir des informations transparentes sur la composition des aliments aux autorités.

Priorité 1: Mettre en place le processus d'engagements et des mesures pour inciter le progrès nutritionnel

Il est indispensable de mettre en place avec tous les acteurs concernés, un cadre et des dispositifs pour une commercialisation responsable d'aliments et de boissons saines visant la baisse de consommation d'aliments à haute densité énergétique et pauvre en nutriments.

En 2017, le Ministère de la santé en Polynésie s'est engagé dans une démarche de progrès nutritionnel et d'assurance qualité pour la sécurité alimentaire et la promotion de la santé. Cette démarche consiste à accompagner les entreprises et les commerces alimentaires vers l'amélioration de la qualité nutritionnelle des denrées fabriquées et/ou vendues. L'idée est d'engager une dynamique de progrès et de créativité permettant une offre alimentaire plus satisfaisante pour les Polynésiens. La finalité reste d'améliorer la qualité nutritionnelle des produits alimentaires fabriqués localement, en réduisant les teneurs en sel, en sucres, en matières grasses, en faisant la promotion des produits frais et sains, de plus grande valeur nutritionnelle, et de mieux identifier les normes et les perceptions des consommateurs vis-à-vis de la qualité des aliments et du bien manger polynésien.

Le secteur privé doit aussi jouer un rôle important dans la promotion de modes de vie sains. Les industries alimentaires et de la restauration, les agences publicitaires et de loisirs, les compagnies d'assurance et les groupes bancaires, les laboratoires pharmaceutiques et les médias, les industries d'équipements du sport et de loisirs, etc., peuvent être des partenaires

de l'action de la puissance publique, en faisant passer des messages cohérents et en collaborant aux objectifs et aux efforts collectifs déployés pour la politique de prévention et de promotion de la santé.

Action 1 : Instaurer des chartes d'engagement de progrès nutritionnel pour les entreprises et commerces alimentaires locaux

Action 2 : Collecter et développer les connaissances et les expériences allant dans le sens du progrès nutritionnel et de l'innovation alimentaire

Action 3 : Développer et accompagner le réseau des entreprises et des commerces alimentaires engagés dans une démarche de progrès nutritionnel

Action 4 : Valoriser les expériences et les résultats obtenus

Action 5 : Développer les cadres réglementaires nécessaires pour soutenir les objectifs du progrès nutritionnel en faveur de la santé des Polynésiens (bonus/malus pour les entreprises)

<i>Pilote</i>	<i>CIPPS</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Services du Pays concernés, communes, associations, industries et commerçants alimentaires</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Mettre en place le processus d'engagements et les mesures pour le progrès nutritionnel					

Priorité 2 : Collaborer avec les structures concernées sur des techniques de transformation des produits locaux

L'objectif est d'encourager le développement de méthodes de transformation agroalimentaires plus respectueuses des valeurs nutritives des aliments et de promouvoir les produits locaux.

Action 1 : Labéliser les produits locaux transformés qui respectent les recommandations nutritionnelles

Action 2 : Intégrer l'éducation au goût aux programmes d'éducation nutritionnelle

L'éducation au goût reste une discipline peu connue et peu pratiquée. Cette stratégie doit permettre de faire découvrir aux jeunes le goût des produits et leur apprendre à consommer des produits sains et équilibrés favorables à une bonne hygiène alimentaire, donc de les encourager à être attentifs à leur santé. En s'appropriant l'expérience sensorielle et en développant leur curiosité alimentaire, l'éducation au goût favorise chez les enfants la variété alimentaire.

Pilote	CIPPS				
Partenaires et acteurs associés	Services du Pays concernés, communes, associations, industries et commerçants alimentaires				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 2 : Transformation des produits locaux					

Priorité 3 : Adopter une réglementation pour un environnement sain

Action 1 : Réviser la liste des produits de première nécessité

Action 2 : Imposer l'étiquetage nutritionnel des produits commercialisés

Action 3 : Inciter les entreprises locales à s'engager dans une démarche de progrès nutritionnel

Action 4 : Encadrer la commercialisation et la distribution de produits jugés néfastes pour la santé dans les lieux publics

Action 5 : Encadrer la promotion et les parrainages des produits nocifs à la santé et favoriser celles des produits sains

Action 6 : Réglementer l'installation des distributeurs et établissements d'alimentation autour des écoles, crèches, garderies et centres d'accueil

<i>Pilote</i>	<i>Conseil interministériel pour la promotion de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Services du Pays concernés, communes, associations, industries et commerçants alimentaires</i>				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 3 : Règlementation pour un environnement sain					

Priorité 4 : Concevoir et mettre en œuvre la fiscalité comportementale

L'OMS préconise fortement aujourd'hui l'application des mesures fiscales en tant que levier prioritaire pour modifier les comportements et lutter contre l'épidémie mondiale de l'obésité. Cette fiscalité dite comportementale inclut l'ensemble des outils fiscaux utilisés par les pouvoirs publics pour influencer le comportement des personnes.

Dans les pays dotés d'une administration fiscale forte, les taxes calculées en fonction de la teneur en éléments nutritifs (exemple : taxes basées sur la teneur en sucres ajoutés) peuvent avoir un impact important. Elles différencient les choix en fonction de la teneur en nutriments dans une même catégorie de produits. Elles permettent d'orienter les consommateurs vers d'autres alternatives. Elles encouragent les producteurs à modifier les formules de leurs produits.

Le développement du profil nutritionnel des aliments est essentiel pour la mise en œuvre des politiques fiscales. Cet outil fournit au gouvernement des connaissances sur les teneurs en nutriments des produits à taxer, les normes et critères pour inclure/exclure des mesures de taxation.

En Polynésie, la taxe de consommation pour la prévention à l'importation (et la taxe à la production en régime intérieur) s'appliquant à la bière et aux produits sucrés (crèmes glacées, sucreries, confiseries, boissons sucrées) a été créée en 2004. L'ensemble des recettes sont actuellement versées pour soutenir financièrement le régime de solidarité de la protection sociale généralisée.

Action 1 : Mettre en place une taxation nutritionnelle progressive sur l'ensemble des produits sucre, sels, et graisses

Action 2 : Mettre en place les bonus/malus pour la taxation nutritionnelle

Action 3 : Valoriser les produits en fonction de leur qualité nutritive avec un indicateur visuel.

Action 4 : Mettre en place une taxe sur les publicités pour les produits sucrés, salés et riche en graisse

<i>Pilote</i>	<i>CIPPS</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Services du Pays concernés, communes, associations, industries et commerçants alimentaires</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 4 : La fiscalité comportementale					

OBJECTIF 2 : UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A L'ACTIVITE PHYSIQUE

L'OMS considère aujourd'hui que la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial. Environ 58,9% des Polynésiens pratiquent une activité physique. Ceci est en partie dû à l'installation récente de quelques zones propices à la pratique et accessible à tous. Cependant ces initiatives restent marginales et doivent être renforcées puisque le niveau d'activité physique moyen au sein de la population reste insuffisant surtout chez les femmes⁶.

Priorité 1 : Aménager les territoires : un levier pour la promotion de la santé

Il convient d'élaborer et appliquer des directives sur l'exercice physique favorable à la santé. Le transport actif est la façon la plus simple d'intégrer de l'activité physique au quotidien. L'aménagement sécuritaire des voies publiques et la réduction du volume de circulation sont des éléments essentiels pour encourager la population à utiliser des modes de déplacements actifs comme la marche et le vélo.

Action 1 : Elaborer un programme d'actions « sport santé bien-être »

Action 2 : Intégrer l'activité physique au quotidien par la promotion de l'urbanisme Santé

Action 3 : Collaborer avec les communes pour promouvoir l'activité physique

Action 4 : Soutenir les projets locaux favorisant l'accès à l'activité physique et développer des dispositifs innovants et itinérants (écotourisme, chemin de randonnée...)

Action 5 : Equiper les écoles d'espaces et d'installation sécurisés pour des récréations actives

Action 6 : Aménager les lieux de travail favorisant les déplacements

Action 7 : Mettre en place une stratégie de communication adaptée pour sensibiliser aux bienfaits de l'exercice physique par le biais des nouvelles technologies

Action 8 : Mettre en place un suivi des mesures visant à promouvoir l'activité physique

⁶ OMS (Bureau régional du Pacifique occidental), Direction de la santé de Polynésie française. Enquête santé 2010 en Polynésie française. Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Papeete.

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé, Direction de la Jeunesse et des sports</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>DS, DGEE, DEQ, SPJ, DTT, communes, contrat de ville, CPS, SPCPF, SAU...</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : L'aménagement des territoires					

Priorité 2 : Limiter la sédentarité à tous les âges

La sédentarité est un facteur de risque important susceptible de développer de nombreuses maladies chroniques. En Polynésie, la description de l'inactivité physique par domaine d'activité physique⁷ montre que :

- 48,0% de la population ne font pas d'activité physique de loisirs ;
- 40,9% ne font aucune activité physique pour se déplacer ;
- 32,8% ne réalisent aucune activité physique dans le cadre du travail.

Action 1 : Mettre en place une stratégie de communication pour limiter la sédentarité

Action 2 : Encourager l'activité physique en milieu scolaire

Action 3 : Assurer un accès à l'information concernant la pratique d'activité physique quotidienne

Action 4 : Mettre en place une stratégie de communication pour limiter le temps excessif passé devant les écrans de télévision / ordinateur et favoriser le temps passé à l'extérieur

Action 5 : Favoriser l'autonomie des seniors par des missions d'aide à domicile pour accompagner les seniors dans leurs déplacements actifs quotidiens

Action 6 : Mettre en place un dispositif ambulant proposant un bilan sport santé

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>DJS, DGEE, DAS, communes</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Limiter la sédentarité à tous les âges					

⁷ OMS (Bureau régional du Pacifique occidental), Direction de la santé de Polynésie française. Enquête santé 2010 en Polynésie française. Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Papeete.

OBJECTIF 3 : LA LUTTE CONTRE LE TABAC

La Polynésie française possède une législation de contrôle du tabac depuis 1982 à travers trois délibérations qui ont été remplacées par la Loi de pays 2009-4 modifiée relative à la lutte contre l'abus du tabac et le tabagisme. Cette loi de pays est essentiellement guidée par la convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé ratifiée par la Polynésie française via la France en octobre 2004. Cette convention propose des dispositions concernant la réduction de la demande de tabac (par le biais de mesures financières, fiscales, etc.) et visant à réduire l'offre de tabac.

La lutte anti-tabac est coordonnée par la Direction de la santé de Polynésie française. Bien que de nombreuses actions aient déjà été initiées (formations des professionnels, consultations anti-tabac, campagnes médiatiques, etc.), certaines mesures méritent d'être renforcées.

Priorité 1 : Elaborer un programme d'actions de lutte contre le tabac

En Polynésie, l'action de lutte contre le tabac n'est pas coordonnée. Elle doit être planifiée dans le temps de manière intersectorielle et doit poser le cadre des actions pour les années à venir. Un plan doit être rédigé dans le but d'améliorer et coordonner les actions de lutte contre le tabac dans tous les secteurs : protection maternelle et infantile, les écoles, les lieux accueillant du public, les lieux de travail, etc.

Action 1 : Fixer des objectifs quantifiés à atteindre en termes de réduction du nombre de fumeurs

Action 2 : Etablir des axes d'intervention multisectoriels

Priorité 2 : Maintenir et renforcer la hausse de la fiscalité à destination du tabac

La hausse du prix du tabac est un des leviers de la lutte contre le tabagisme actif reconnu efficace. Elle freine l'entrée dans la consommation régulière chez les jeunes et peut inciter les fumeurs réguliers au sevrage tabagique, le tabac devenant de moins en moins abordable et pesant dans les dépenses quotidiennes. La taxation des produits du tabac doit être suivie dans le temps et répétée, et la hausse du prix doit être massive à chaque fois. L'OMS préconise une hausse de prix d'au moins +70% pour influencer la consommation des produits tabagiques.

En Polynésie française, des mesures de taxation du tabac ont été appliquées avec des hausses de prix en 2006 et de façon répétée et significative en 2013 et 2014. Ces mesures ont eu des effets sur la consommation locale de tabac et les importations ont diminué en valeur, de 500 millions XPF en 2005 à 395 millions XPF en 2013. En 2017, le Pays renforce sa position avec une augmentation exemplaire du prix du tabac de 38,7% à compter du 1^{er} avril 2017. Il s'agit d'appliquer un tarif équivalent à celui de la Nouvelle Calédonie, la Polynésie étant le pays où le prix du tabac était le plus bas dans le Pacifique. Avec cette mesure, tous les paquets de cigarettes et de tabac à rouler vont franchir la barre des 1 000 XPF.

Action 1 : Renforcer la fiscalité à destination du tabac

Priorité 3 : S'assurer du respect de la réglementation

Action 1 : Faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs

Action 2 : Faire respecter l'interdiction de fumer dans les lieux publics

Action 3 : Renforcer les dispositifs légaux de contrôle et de constatation d'infractions et détailler le cadre de son inspection

Action 4 : Promouvoir les Chartes d'engagements d'établissements sans tabac

Priorité 4 : Accompagner et prendre en charge les patients

Action 1 : Instaurer une formation continue des médecins du secteur privé et public à de la consultation d'aide au sevrage tabagique de premier recours

Action 2 : Développer les consultations de sevrage tabagique

Action 3 : Organiser des relais de prise en charge (télémédecine) avec la consultation spécialisée de tabacologie pour les patients éloignés du centre

Action 4 : Ouvrir un centre de tabacologie

Action 5 : Faciliter l'accès aux substituts nicotiniques

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Associations, médecine du travail, congrégations religieuses, commerçants, DAS, DS, DGEE, Vice-présidence, sages-femmes, médecins libéraux, hôpital et cliniques, douanes, communes...</i>				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Adopter un plan de lutte contre le tabac					
Priorité 2 : Maintenir et renforcer la hausse de la fiscalité à destination du tabac					
Priorité 3 : S'assurer du respect de la réglementation					
Priorité 4 : Accompagner et prendre en charge les patients					

OBJECTIF 4 : LA LUTTE CONTRE L'ALCOOL

Priorité 1 : Elaborer un programme d'actions pour lutter contre l'alcool

Les objectifs sont de réduire l'offre et la consommation d'alcool particulièrement chez les jeunes, de protéger la population contre les pressions qui s'exercent sur elle, et de limiter les dommages liés à l'alcool.

Priorité 2 : Limiter l'accessibilité aux boissons alcoolisées

En Polynésie française, un certain nombre de mesures réglementaires⁸ ont été adoptées pour limiter la disponibilité et l'accessibilité des boissons alcoolisées dont les principales sont l'interdiction de vente ou de distribution aux mineurs, dans les établissements de loisirs et de jeunesse et lors de manifestations sportives et de jeunesse ; l'interdiction de consommer dans certains lieux publics et la restriction des heures de vente en fin de semaine dans certaines communes.

Action 1 : Faire respecter l'interdiction de vente aux mineurs et interdire le transport de boissons alcoolisées par les mineurs

Action 2 : Informer et sensibiliser les adultes de l'influence qu'ils ont sur la consommation de leurs enfants et des risques encourus pour ces derniers

Action 3 : Renforcer les dispositifs légaux de contrôle et de constatation d'infractions et détailler le cadre de son inspection

Action 4 : Séparer les étalages de vente des boissons alcoolisées et non alcoolisées

Action 5 : Poursuivre les contrôles dans les points de vente

Action 6 : Renforcer la lutte contre la production clandestine alcoolique (« Koma puaka ») en transformant la peine encourue en délit

Action 7 : Renforcer la lutte contre l'alcool au volant en collaboration avec les organismes locaux

Ces mesures d'actions doivent être mises en place en collaboration avec la Direction de la sécurité publique et la Direction des affaires sociales. Elles doivent être menées en parallèle

⁸ Délibération n° 7-1959 du 16 janvier 1959 modifiant le régime d'importation des boissons alcooliques

des mesures du Plan d'action polynésien pour la promotion de la famille et la reconstitution sociale (Action 5 Objectif 4).

Priorité 3 : Diminuer les pressions qui incitent à consommer

Un des moyens de protéger les jeunes contre les répercussions de la publicité en faveur de la consommation d'alcool consiste à contrôler efficacement la promotion des boissons alcoolisées. La législation prévue en Polynésie française prévoit l'interdiction de la publicité directe ou indirecte en faveur des boissons alcoolisées lors des manifestations sportives et des manifestations en faveur des jeunes.

Action 1 : Interdire la publicité directe et indirecte en faveur des boissons alcoolisées sur toute la Polynésie française et en toute circonstance

Action 2 : Interdire tout parrainage de manifestations culturelles, artistiques et sportives par les producteurs et distributeurs de boissons alcoolisées

Action 3 : Imposer des messages sanitaires de prévention sur le danger de la consommation d'alcool pour les femmes enceintes sur tous les contenants de boissons alcoolisées

Action 4 : Informer et sensibiliser la population en partenariat avec les services compétents (Police, associations, communes, soins de santé primaire).

Pilote	Direction de la santé				
Partenaires et acteurs associés	Associations, médecine du travail, congrégations religieuses, commerçants, DAS, DS, DGEE, Vice-présidence, sages-femmes, médecins libéraux, hôpital et cliniques, douanes, communes...				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Adopter un plan d'action de lutte contre l'alcool					
Priorité 2 : Limiter l'accessibilité aux boissons alcoolisées					
Priorité 3 : Diminuer les pressions qui incitent à consommer					

OBJECTIF 5 : LA SANTE MENTALE ET LA LUTTE CONTRE LES ADDICTIONS

Priorité 1 : Elaborer et mettre en œuvre un programme d'actions intégré et commun d'éducation en matière de lutte contre les addictions

Les problèmes liés à la consommation de drogue sont répandus dans la société. Ils affectent la santé publique, la vie familiale et sociale, l'économie, la sécurité, l'éducation ... et au sein de la santé publique, ils concernent la sécurité routière, la santé mentale, la santé de l'adolescent et les maladies transmissibles.

Le Centre de Consultations Spécialisées en Alcoologie et Toxicomanie (CCSAT) de la Direction de la santé offre une prise en charge des personnes en difficulté avec l'alcool et les drogues. Ce service propose une prise en charge ambulatoire et des actions d'intervention précoce.

Un renforcement du dispositif en place permettra de proposer à chaque personne la réponse la mieux adaptée aux différentes étapes de son parcours.

Action 1 : Poursuivre l'information et la sensibilisation aux dangers des addictions

Action 2 : Envisager des dispositifs de dépistage dans tous les milieux de vie (scolaire, travail, etc.)

Action 3 : Créer un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

Action 4 : Créer une unité d'hospitalisation en addictologie pour les sevrages hospitaliers

Action 5 : Mettre en place des équipes de liaison en addictologie pour soutenir et renforcer les actions dans les archipels éloignés et coordonner le parcours de soins du patient.

Priorité 2 : Elaborer et mettre en œuvre le programme d'actions pour la santé mentale

Peu d'études sur la santé mentale existent en Polynésie française. Ceci est lié à la difficulté de standardisation des outils et des méthodes d'enquêtes déclaratives.

L'axe 3.2 du Schéma d'Organisation Sanitaire met en avant l'offre de santé mentale. Le plan de santé mentale devra définir les orientations médicales du projet, commun entre les différents services et unités et s'articuler 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 et prenant en compte les archipels de la Polynésie française. Une collaboration devra s'établir entre les structures sociales, médico-sociales existantes et les soins de santé primaires.

Action 1 : Poursuivre la prévention du suicide

Action 2 : Mettre en place des études identifiant les facteurs de risque des pathologies mentales

Action 3 : Prévenir le déclin cognitif de la personne âgée

Action 4 : Développer une offre de soins de proximité en favorisant les consultations spécialisées avancées

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Associations, médecine du travail, DAS, médecins libéraux, hôpitaux et cliniques</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Lutte contre les addictions					
Priorité 2 : La santé mentale					

OBJECTIF 6 : L'HYGIENE DE L'ENVIRONNEMENT, DE LA CONSTRUCTION ET DE L'ALIMENTATION

Les risques sanitaires sont liés à des agents physiques (ex : nuisances sonores...), chimiques (ex : pesticides...) ou biologiques (ex : agents infectieux altérant la qualité de l'air, de l'eau..). Les milieux affectés impliquent une définition de la répartition des rôles des différents partenaires et une collaboration étroite pour une synergie de l'action.

Priorité 1 : Hygiène de l'environnement et des constructions

Action 1 : Appuyer la politique sectorielle de l'eau

Action 2 : Améliorer la gestion (collecte et traitement) des déchets d'activité de soins dans les îles

Action 3 : Former les acteurs publics (communes) et privés dans la mise en œuvre et le contrôle de l'assainissement individuel des eaux usées.

Priorité 2 : Hygiène alimentaire

En ce qui concerne l'hygiène alimentaire, il conviendrait de promouvoir le développement des infrastructures au niveau des quais de chargement et de déchargement et de favoriser les aides à l'équipement des structures et des établissements.

Action 1 : Promouvoir la maîtrise des températures de conservation des denrées alimentaires animales et d'origine animale

Priorité 3 : Amélioration de la connaissance des risques

Action 1 : Faire réaliser les études toxicologiques relatives aux polluants

Action 2 : Cartographier les risques de pollution et les populations exposées

Action 3 : Améliorer l'information de la population et promouvoir les bons comportements respectueux de l'environnement

<i>Pilote</i>	<i>Centre d'hygiène et de salubrité publique</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>DIREN, communes, professionnels du bâtiment, sociétés autorisées pour l'élimination des déchets d'activité de soins, direction de l'Education et des Enseignements</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Hygiène de l'environnement et des constructions					
Priorité 2 : Hygiène alimentaire					

OBJECTIF 7 : LA LUTTE ANTI-VECTORIELLE

Lors des dernières épidémies d'arboviroses, maladies infectieuses transmises par les moustiques et liées aux virus du Zika (2013-2014) et du Chikungunya (2014-2015), les entités publiques (le haut-commissariat, les communes et divers services du Pays) se sont mobilisées pour la lutte anti-vectorielle (LAV) afin de limiter la dissémination des arboviroses. Le Pays détient en effet la compétence de la gestion des problèmes de santé ; les mesures de LAV peuvent être déléguées aux communes, et enfin l'Etat intervient dans la protection civile en cas de crise sanitaire.

Une autre arbovirose due au virus de la dengue circule de façon endémique avec des poussées épidémiques lors de l'introduction d'un nouveau stéréotype.

Priorité 1 : Rédiger et mettre en œuvre un programme d'actions de lutte anti-vectorielle

Le plan de lutte anti-vectorielle doit identifier les partenaires concernés et identifier leurs rôles et missions. Il proposera les outils nécessaires à la conduite de l'ensemble des actions dans les domaines de la surveillance entomologique, de la démoustication, de la mobilisation sociale et de la communication.

Action 1 : Préciser la gouvernance de la LAV et renforcer le dispositif réglementaire

Action 2 : Renforcer les capacités des agents du Centre d'hygiène et de salubrité publique (CHSP), des partenaires en développant la formation et les supports d'information

Action 3 : Définir les actions de LAV en phase endémique : sensibilisation du public aux risques sanitaires liés à l'utilisation de biocides, rappel des règles de base en matière de LAV, rappel des mesures de protection individuelle

Action 4 : Définir les actions de LAV en phase épidémique : Elaborer un protocole «conduite à tenir en cas d'épidémie » précisant les mesures de lutte anti-vectorielle, de diagnostic et d'organisation des soins d'une part, les rôles des différents partenaires d'autre part (Pays, Etat, Communes, partenaires régionaux)

Action 5 : Elaborer un programme prospectif de dépistage de la circulation et de l'introduction des arboviroses chez les patients afin de mesurer l'abondance et la répartition géographique des vecteurs, de les caractériser et de les surveiller pour orienter les actions de lutte

Action 6 : Contrôler les points d'entrées internationaux (ports, aéroports, moyens de transport, marchandises) pour éviter l'exportation d'espèces autochtones et l'arrivée de nouveaux vecteurs sur le territoire. Encourager au respect du règlement sanitaire international (RSI).

Action 7 : Développer des nouvelles techniques de LAV qui permettent de lutter en même temps sur l'ensemble des maladies transmises par les moustiques, incluant toutes les maladies transmissibles par moustique existantes (dengue, Zika, Chikungunya, filariose) et celles à risque d'introduction (fièvre jaune...)

<i>Pilote</i>	<i>CIPPS</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Services du Pays concernés, communes, associations, douanes</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : La lutte anti-vectorielle					

OBJECTIF 8 : LES MALADIES INFECTIEUSES

La Polynésie française, comme les autres pays, est touchée par des maladies infectieuses endémiques, certaines pathologies ont une incidence plus élevée qu'en Métropole (RAA et tuberculose), d'autres sont plus spécifiques par le caractère tropical telles les maladies transmises par les moustiques (dengue, Zika, Chikungunya, filariose). Enfin, si les infections nosocomiales sont les pathologies entraînant la plus forte mortalité et morbidité des maladies infectieuses dans les pays développés, leur incidence est inconnue en Polynésie française.

La lutte contre les maladies infectieuses repose sur des programmes anciens qui ont fait la preuve de leur pertinence et de leur efficacité en faisant reculer ces pathologies en Polynésie. Il convient de les maintenir tout en les réactualisant et en utilisant des moyens modernes de gestion et de surveillance.

Priorité 1 : Les maladies endémiques :

- Action 1 :** Déterminer la prévalence des principales pathologies infectieuses en Polynésie française : l'hépatite B, l'hépatite C, le VIH-SIDA, les infections sexuellement transmissibles (chlamydiae, gonococcie, syphilis, HPV papilloma virus), le rhumatisme articulaire aigu (RAA), la tuberculose (résistante aux antituberculeux), la filariose, immunité rubéole et toxoplasmose chez les femmes enceintes...
- Action 2 :** Prioriser les actions de prévention selon les résultats de prévalence (tableau de criticité).
- Action 3 :** Actualiser le Programme Vaccinations et envisager les obligations vaccinales pour que les vaccins soient accessibles pour tous car non pris en charge par les caisses d'assurance maladie.
- Action 4 :** Toiletter le texte règlementaire relatif aux maladies à déclaration obligatoire et mettre en place des moyens modernes de gestions des alertes.
- Action 5 :** Elaborer les programmes d'actions pour lutter contre des maladies identifiées comme prioritaires.
- Action 6 :** Actualiser les programmes RAA, Filariose, IST, hépatite B, tuberculose en fonction des données et comportements et des recommandations internationales.

Action 7 : Mettre en place un programme de déclaration, de suivi et de lutte contre les infections nosocomiales

Priorité 2 : Les maladies épidémiques :

Le retour d'expérience des épidémies de grippe H1N1, du Zika, du Chikungunya incite à développer deux stratégies :

La détection de l'introduction au plus tôt des agents pathogènes à potentiel épidémique :

Action 1 : Mesures de LAV présentées dans l'Objectif 7

Action 2 : Mettre en place des campagnes de prévention saisonnières (grippe...)

La gestion d'une épidémie :

Action 3 : Elaborer un protocole « conduite à tenir en cas d'épidémie » précisant les mesures de prévention, de diagnostic et d'organisation des soins d'une part, les rôles des différents partenaires d'autre part (Pays, Etat, Communes, partenaires régionaux)

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
	<i>Pays, Etat, communes</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Les maladies endémiques					
Priorité 2 : Les maladies épidémiques					

AXE 2 : SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE

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.

OBJECTIF 1 : LA PERINATALITE

La période prénatale est un moment clé au cours duquel les futurs parents sont réceptifs aux informations. Cette période est donc importante pour la promotion et l'adoption d'habitudes de vie saines.

Une information de qualité (validée scientifiquement et mise à jour) par des intervenants qualifiés et un soutien approprié doivent être offerts à tous les futurs parents. L'information périnatale doit favoriser une expérience positive de la grossesse, de l'accouchement, des soins au nouveau-né, et promouvoir des habitudes saines et le bien-être des femmes enceintes et des familles pour renforcer les compétences parentales.

Priorité 1 : Mener un projet commun autour de la périnatalité et la petite enfance

Un projet commun autour de la périnatalité et de la petite enfance permettra la mise en place d'un travail en réseau et la responsabilisation des services de santé et sociaux et acteurs concernés. Il s'appuie sur une organisation moderne des services de périnatalité et de la petite enfance, qui devient un levier de déploiement sur le territoire. Une telle organisation assure la sécurité et le continuum des services périnataux et sociaux dans l'accompagnement du désir d'enfant, le suivi de la grossesse à la naissance, l'aide aux parents et aux familles dans leurs compétences. En Polynésie française, afin d'améliorer les habitudes de vie de la femme enceinte et de sa famille et éviter l'obésité et les maladies non transmissibles, les mesures suivantes doivent être considérées:

- une alimentation saine ;
- la lutte contre le tabagisme passif et actif ;
- la prévention des méfaits de la consommation d'alcool ;

- la lutte contre la drogue (cannabis notamment) ;
- un mode de vie physiquement actif ;
- l'amélioration du suivi de la santé physique et mentale de la femme enceinte ;
- l'adoption de comportements sexuels responsables ;
- et l'amélioration de la sécurité à domicile.

Les programmes en faveur du développement optimal des enfants dès leur naissance jusqu'à l'entrée dans la scolarité, doivent se concentrer sur les objectifs suivants :

- augmenter le taux et la durée de l'allaitement et accompagner la diversification alimentaire (pour prévenir le surpoids, les carences et les allergies) ;
- développer et renforcer le lien d'attachement parents-enfants ;
- augmenter et renforcer les compétences parentales ;
- stimuler le développement cognitif (incluant le langage), affectif, social et psychomoteur des enfants ;
- améliorer les conditions de vie des mères, des familles et des enfants.

Action 1 : Organiser le réseau polynésien de périnatalité et de la petite enfance en prônant le continuum de services sociaux et de santé

Action 2 : Promouvoir la santé de la femme enceinte et prévenir les risques lors de la grossesse en mettant à jour le schéma obstétrical

Action 3 : Promouvoir la préparation à l'accouchement

Action 4 : Poursuivre la stratégie de vaccination en Polynésie française

Action 5 : Poursuivre le programme allaitement et alimentation saine

Action 6 : Consolider et assurer la continuité des interventions en lien avec la santé sexuelle

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé, Réseau de périnatalité et de la petite enfance</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Tous les secteurs</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : La périnatalité et la petite enfance					

Priorité 2 : Repérer et soutenir les parents en situation de vulnérabilité

Les facteurs de vulnérabilité pour certains parents sont souvent liés à des caractéristiques socioéconomiques telles que la pauvreté, le faible niveau d'instruction, la monoparentalité, l'isolement social, le jeune âge. Le cumul de ces facteurs engendre la perte de confiance, l'indisponibilité des parents aux soins et à l'éducation de l'enfant, la tension dans la famille qui peuvent dégrader en situations plus traumatisantes. Les enfants qui naissent et grandissent dans des familles vivant dans de tels contextes, sont plus exposés aux retards de développement, aux problèmes de santé et psychosociaux (y compris les situations d'abus) et à la mortalité.

La dimension familiale et éducative doit être intégrée dans l'ensemble des actions publiques. Ainsi les actions de prévention destinées aux parents et aux enfants doivent être menées en collaboration avec la Direction des Affaires sociales et suivre l'objectif stratégique 2 du Plan d'orientation stratégique pour la mise en œuvre d'une politique publique pour la famille⁹.

Action 1 : Détecter et prévenir le plus précocement possible les facteurs de vulnérabilité (pauvreté, grossesse chez les adolescentes, monoparentalité, prématurité, anomalies congénitales, violences, troubles mentaux, toxicomanie ...)

Action 2 : Assurer la protection des enfants exposés à des situations de vulnérabilité, la prise en charge des addictions

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé, Réseau de périnatalité et de la petite enfance</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Tous les secteurs</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 2 : Les parents en situation de vulnérabilité					

⁹ Cet objectif stratégique est dédié au socle familial solide avec des parents responsabilisés et une enfance protégée.

OBJECTIF 2 : LA VIE SCOLAIRE

En continuité des interventions en petite enfance, la promotion de la santé doit continuer dès l'entrée à la maternelle jusqu'au début de l'âge adulte. Un ensemble d'actions intégrées et coordonnées doit être conduit par des collaborations entre les milieux scolaires et d'enseignement, les services d'accueil de la jeunesse et de soutien aux familles, les services de santé et des affaires sociales, visant à la fois le soutien au développement des compétences psychosociales et à leur réussite éducative.

La création des comités d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) par l'arrêté n°2072 du 16/12/2015, pouvant être communs aux établissements du 1^{er} et du 2nd degrés en Polynésie française, est une opportunité pour mettre en œuvre de telles approches. Le périmètre des actions du CESC s'attache aux priorités de la Polynésie française, à :

- l'éducation à la santé et la prévention des comportements à risque liés au surpoids et aux conduites addictives (tabac, alcool et drogue) ;
- l'éducation en matière de santé sexuelle ;
- l'éducation à la citoyenneté (estime de soi, développement psychosocial...) ;
- la prévention de la violence ;
- le soutien aux parents en difficulté.

Priorité 1 : Faire de l'école un lieu promoteur de la santé et du bien-être des enfants et des jeunes

Action 1 : Mettre en œuvre un programme intégré et commun d'éducation pour la santé

Action 2 : Encourager les écoles à développer un environnement sain et sécurisant pour les élèves dans l'enceinte et aux abords des établissements

Action 3 : Accompagner les établissements scolaires dans la mise en œuvre de leur comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) en intégrant des objectifs de la politique de santé de la Polynésie française

Action 4 : Former le corps enseignant et administratif dans les établissements scolaires aux approches de l'éducation à la santé et d'Ecoles en Santé

Action 5 : Promouvoir le label Ecoles en santé auprès des établissements scolaires de la Polynésie française

Priorité 2 : Promouvoir un comportement responsable et prévenir des risques

L'éducation à la sexualité en milieu scolaire contribue à l'apprentissage d'un comportement responsable, dans le respect de soi et des autres. Il s'agit d'une démarche éducative qui vise à :

- apporter aux élèves des informations objectives et des connaissances scientifiques ;
- identifier les différentes dimensions de la sexualité : biologique, affective, culturelle, éthique, sociale et juridique ;
- développer l'exercice de l'esprit critique ;
- favoriser les comportements responsables individuels et collectifs ;
- faire connaître les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et à l'extérieur de l'établissement.

La prévention des infections sexuellement transmissibles consiste à informer les adolescents sur les risques qu'ils encourent et sur les moyens de se protéger. Ces informations peuvent être diffusées lors des enseignements de sciences, des séances annuelles d'éducation à la sexualité ou des actions éducatives qui permettent une approche transversale de la prévention des risques.

La prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'inscrit dans une démarche globale d'éducation à la citoyenneté et à la santé à l'école. Cette politique de prévention s'inscrit dans une continuité éducative de l'école jusqu'au lycée. Elle passe par :

- des connaissances relatives à leur santé et leur bien être, notamment dans le domaine des addictions ;
- des connaissances sur les produits (tabac, alcool, cannabis), leurs effets et sur la législation en vigueur ;
- une mise à distance critique des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation ;
- les moyens donnés aux élèves pour demander de l'aide, dans et hors des établissements scolaires.

Pour ce faire, tous les membres de la communauté éducative doivent participer à la construction individuelle et sociale des enfants et des adolescents. Ils contribueront à développer chez les élèves le respect de soi, de l'autre et l'acceptation des différences.

Action 1 : Mettre en œuvre un programme intégré et commun qui met l'accent sur l'estime de soi et la dignité de la personne, le respect de soi et de l'autre

Action 2 : Mettre en œuvre un programme intégré et commun d'éducation pour la santé en matière de prévention des conduites addictives

Action 3 : Mettre en œuvre un programme intégré et commun d'éducation pour la santé en matière de santé sexuelle

<i>Pilote</i>	<i>CIPPS</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Services du Pays concernés, écoles</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Faire de l'école un lieu promoteur de la santé					
Priorité 2 : Promouvoir un comportement responsable					

OBJECTIF 3 : S'INVESTIR DANS LA PROMOTION DE LA SANTE EN MILIEU DE TRAVAIL

Règlementairement, le chef d'entreprise est responsable de l'évaluation des risques et de la mise en œuvre des mesures de prévention au travers d'un plan de prévention (Code du travail).

Promouvoir la santé en milieu de travail permet d'agir sur les principaux facteurs à l'origine des maladies chroniques liés au mode de vie (tabac, mauvaise alimentation, alcool, sédentarité, stress). Toutes les actions de promotion de la santé au travail profitent à l'ensemble des personnes de l'entreprise, et celles atteintes de maladies peuvent gagner en santé.

Les programmes de Promotion de la Santé au Travail (PST) consistent en un ensemble d'actions et d'efforts des employeurs, des salariés et de la société civile pour enrichir la santé et le bien-être des personnes au travail. Ils s'inscrivent dans une approche globale qui reconnaît l'influence combinée des facteurs personnels, environnementaux, organisationnels et sociaux, sur le bien-être. Par des actions menées par l'entreprise, la PST vise à assurer le bien-être tout au long de la vie professionnelle, et prévenir des problèmes de santé liés ou non à l'activité professionnelle et les conséquences préjudiciables pour le salarié, sa famille et les communautés.

La Direction de la santé a initié en 2015 la démarche des « entreprises actives » pour la santé des salariés des secteurs publics et privés, en particulier pour promouvoir des modes de vie sains au travail et lutter contre le surpoids.

Priorité 1 : Mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé au travail

Action 1 : Fusionner les données concernant le poids, la taille et la tension artérielle des différents services de santé au travail.

Action 2 : Mener des enquêtes en partenariat étroit avec le Département de programmes de prévention- Direction du travail – Services de santé au travail pour connaître le poids de facteurs de risque.

Action 3 : Proposer aux personnes âgées entre 40-60 ans une consultation médicale et un acte biologique afin de prévenir des problèmes de santé.

Priorité 2 : Poursuivre le plan Entreprise active et Administration active

Action 1 : Mettre en œuvre des programmes intégrés de promotion des modes de vie sains en milieu de travail pour généraliser la démarche de PST

Action 2 : Faire adhérer le plus grand nombre d'entreprises privées et de services de l'administration à la Charte « Administrations actives - Entreprises actives » et au processus de mise en œuvre des lieux de travail promoteurs de la santé et du bien-être au travail

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé, Entreprises, Administration publique</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Secteur privé et secteur public</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Priorité 1 : Les programmes de promotion de la santé au travail					
Priorité 2 : Le plan Entreprise active et Administration active					

OBJECTIF 4 : LA PROMOTION DE LA SANTE DES SENIORS

Au dernier recensement de la population en 2012, les seniors de 60 ans et plus étaient au nombre de 27 150, soit +20% par rapport au recensement en 2017. La durée de vie étant plus favorable chez les femmes, les seniors de sexe féminin sont donc plus nombreuses. En 2012, une sur quatre des femmes âgées de 80 ans et plus vivaient seules¹⁰. L'offre de structures et de services dédiés aux personnes âgées reste nettement insuffisante pour aider dans la vie quotidienne, favoriser l'autonomie ou prendre en charge les difficultés et les maladies de la vieillesse¹¹.

La Polynésie française devra se préparer dès à présent à apporter des réponses face au vieillissement et aux besoins sanitaires et médico-sociaux actuels des personnes âgées, en considération de la grande diversité des situations sociologiques, socio-économiques et géographiques.

Le Conseil économique, social et culturel a dressé une série de préconisations dans son rapport en août 2011, afin de se préparer au vieillissement de la population en Polynésie française¹². Celles-ci restent d'actualité et le présent schéma reprendra les grandes mesures en précisant qu'elles doivent miser :

- la promotion du vieillissement en santé et l'épanouissement des seniors ;
- des environnements adaptés, y compris les milieux de soins de santé ;
- les solutions pour vaincre l'isolement social des personnes âgées ;
- la prévention des abus et de la négligence ;
- la réduction et la gestion des risques, des maladies (maladies épisodiques et chroniques physiques comme mentales) et des accidents.

Promouvoir le vieillissement en bonne santé est un processus qui vise à optimiser les chances d'une bonne santé physique, sociale et mentale et de permettre aux personnes âgées de prendre une part active dans la société, sans être victime de discrimination et de jouir d'une vie indépendante et de bonne qualité.

¹⁰ Données de l'ISPF (recensement de population 2012)

¹¹ CESC. *Les personnes âgées en Polynésie française*. Rapport n°147/CESC adopté en assemblée plénière le 23/08/2011

¹² CESC. *Les personnes âgées en Polynésie française*. Rapport n°147/CESC adopté en assemblée plénière le 23/08/2011

Priorité 1 : Mettre en œuvre le programme d'action des personnes âgées en Polynésie française en collaboration avec la Direction des affaires sociales

La promotion de la santé des personnes âgées met en œuvre un processus d'adaptation et d'acceptation des changements du mode de vie et un maintien de l'autonomie.

Les mesures proposées doivent prendre en compte les particularismes culturels et des modes de vie des Polynésiens selon les conditions d'habitat (zone urbaine et péri urbaine, îles éloignées). Elles doivent aider à améliorer leurs modes de vie et promouvoir des habitudes alimentaires saines, une vie physiquement active, le non recours à des substances addictives, et la prévention des accidents.

Les améliorations environnementales ont un impact direct sur la qualité de vie des séniors (qu'ils soient en bonne santé, à mobilité réduite ou handicapés) et des personnes aidantes. Ils doivent avoir accès à des environnements sans danger, stimulants, favorisant la mobilité et une vie sociale active : des espaces verts pour des promenades et la relaxation, des offres de distractions, des logements adaptés, des commerces et des transports à proximité des lieux d'habitation. Ainsi, il est important que les personnes âgées soient sollicitées dans l'élaboration des projets de promotion du vieillissement en santé ; leurs opinions sur la qualité et les méthodes d'interventions, l'expression de leurs besoins et attentes, leur participation active dans les phases de mise en œuvre avec les associations/organisations et services publics sont autant de manières d'associer les seniors.

Action 1 : Prévenir la dépendance des personnes âgées

Action 2 : Soutenir toutes les initiatives d'actions qui prônent la participation active des personnes âgées dans leur mise en œuvre et favorisent les liens intergénérationnels

Action 3 : Favoriser le maintien à domicile des personnes âgées

Action 4 : Intégrer dans les programmes de prévention et de promotion de la santé, des objectifs et des interventions spécifiques aux personnes âgées

Action 5 : Proposer des bilans de santé réguliers (incluant la santé cognitive)

Action 6 : Développer les métiers et les compétences d'aidants auprès des personnes âgées et des familles par des formations (initiales et continues) reconnues et réglementées

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé, Direction des affaires sociales</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Communes, associations, services du Pays</i>				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Programme d'actions des personnes âgées					

AXE 3 : INTEGRER DE NOUVELLES APPROCHES POUR ENCOURAGER DES COMPORTEMENTS INDIVIDUELS POSITIFS

OBJECTIF 1 : ADOPTER LES STRATEGIES REGIONALES DE LUTTE CONTRE LES MNT

La Polynésie française fait face à un challenge économique majeur en raison des coûts de santé des maladies non transmissibles. Plusieurs facteurs concourent à cette situation :

- l'explosion des comportements favorisant les MNT ;
- les diagnostics tardifs en raison de l'absence de symptômes initiaux et/ou de négligence de ceux-ci pour des raisons notamment culturelles ;
- une approche centrée sur l'organe malade et le spécialiste, et non pas sur le patient ;
- des recommandations de bonnes pratiques basées sur les faits mal suivis par les médecins ;
- une mauvaise adhérence des patients aux recommandations d'hygiène de vie ;
- une mauvaise adhérence des patients au suivi des traitements.

Action 1 : Tester la faisabilité et l'acceptabilité du programme PEN de l'OMS en Polynésie française

L'approche PEN (Package for essential non communicable diseases) participe point par point à la correction de chacun des facteurs cités ci-dessus. Ce concept a été créé spécifiquement par l'OMS pour les pays en développement en réponse à l'accroissement inquiétant des MNT. Bien que la Polynésie soit un pays développé, il y a eu un accroissement inquiétant de ces maladies. Il paraît donc cohérent de tester ce programme en Polynésie après l'avoir adapté au contexte local.

Action 2 : Intégrer le projet MANA pour le suivi de la lutte contre les MNT

Le projet MANA, porté par des organisations régionales telles que l'OMS et la Communauté du Pacifique, œuvre pour l'amélioration du suivi et de la surveillance des maladies non transmissibles (MNT) en Océanie. A travers la mise en place d'un tableau de bord pour chaque pays, ce projet permettra de suivre différents indicateurs retenus pour leurs pertinences en matière de lutte contre les MNT et d'effectuer des comparaisons entre les différents pays et territoires de la région, dans le but de favoriser le partage d'expérience et de bonnes pratiques.

Action 3 : Affirmer la mise en œuvre des soins de santé primaire

Les soins de santé primaires se caractérisent par un ensemble de valeurs :

- l'accessibilité géographique, financière, sociale et culturelle ;
- le centrage sur la personne ;
- la continuité des soins ;
- des soins intégrés à une organisation globale de santé ;
- l'efficacité et la sécurité ;
- le point d'entrée régulier dans le système de santé.

A côté de l'approvisionnement en eau saine, de la protection maternelle et infantile, de la prévention et contrôle des endémies, du traitement des maladies courantes, de la promotion de la santé mentale et de la fourniture des médicaments essentiels, l'OMS a inscrit au titre de soins de santé primaire la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles.

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Communes</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Objectif 1 : Intégrer les stratégies de lutte contre les MNT					

OBJECTIF 2 : PROMOUVOIR L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

La prise en charge précoce du surpoids dont les causes sont multifactorielles ne doit pas se focaliser uniquement sur une réduction pondérale mais aussi se reposer sur une approche pluridisciplinaire basée sur les principes de l'Education Thérapeutique du Patient (ETP). Les programmes ETP se développent au travers de synergie professionnelle afin de développer des compétences spécifiques à chaque patient identifié en surpoids pour gérer son état de santé et vise, en finalité, l'amélioration de sa qualité de vie et de son bien-être.

Action 1 : Former les professionnels aux concepts et techniques de l'éducation thérapeutique

Action 2 : Organiser la mise en place de l'ETP au sein des services

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Médecins du travail ; professionnels de santé</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Objectif 2 : Promouvoir l'éducation thérapeutique					

OBJECTIF 3 : PROMOUVOIR LES ACTIVITES PHYSIQUES ADAPTEES

Les activités physiques adaptées (APA) consistent en la pratique d'un sport ou d'une activité physique sous couvert médical et de manière adaptée, sécurisée et régulière. Il s'agit d'un dispositif transitoire dont l'objectif est de voir le patient reprendre une pratique régulière des activités physiques et sportives.

Les APA sont justifiées par les évaluations médico-économiques : l'économie moyenne est estimée à 250 euros par an pour un pratiquant par rapport à un sédentaire, ces économies étant démultipliées lorsqu'il s'agit d'un patient chronique.

Action 1 : Participer à l'expérience pilote

Action 2 : Appuyer la mise en œuvre du schéma directeur des APA

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la Jeunesse et des Sports</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Direction de la santé, IJSPF, CHPF, CPS, COSODA, COPF, ISPF, professionnels de la santé et du sport, Communes, associations...</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Objectif 3					
Action 1 : Expérience pilote					
Action 2 : Schéma					

OBJECTIF 4 : LUTTER CONTRE LE CANCER

La prévention primaire agit précocement sur l'histoire naturelle du cancer en évitant ou limitant le rôle de certains facteurs de risque - essentiellement les facteurs comportementaux ou environnementaux - ou en favorisant le rôle des facteurs protecteurs. Le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) a publié en février 2014 les derniers résultats concernant l'état des lieux de la pathologie cancéreuse dans le monde. Sa conclusion concernant la stratégie de prise en charge à adopter est très claire : « *La bataille mondiale contre le cancer ne pourra se gagner avec les seuls traitements. Il faut mettre en œuvre d'urgence des mesures de prévention efficaces pour éviter une crise du cancer*¹³. ».

Le but d'un plan cancer est l'identification des différentes mesures autour de grands axes que sont la prévention, le dépistage, l'organisation des soins et l'accompagnement du patient et de sa famille. L'axe 3 du Plan cancer en Polynésie française est consacré à la prévention des cancers. Le discours s'oriente sur la lutte contre le tabac, la lutte contre l'alcool, la lutte contre le surpoids et l'obésité, la promotion de l'allaitement maternel, la lutte contre les cancers d'origine professionnelle et les cancers d'origine infectieuse. L'axe 3 du Plan cancer considère également les nouvelles approches de prévention contre le cancer du col de l'utérus.

Action 1 : Appuyer la mise en œuvre du plan cancer¹⁴ dans son axe de prévention et de dépistage

Pilote	Direction de la santé, CHPF				
Partenaires et acteurs associés	Tous les secteurs				
	2018	2019	2020	2021	2022
Plan cancer (complet)					

¹³ <http://www.iarc.fr>

¹⁴ Disponible sur https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/07/Plan-cancer-polynésien-2018_2022_21juin.pdf

OBJECTIF 5 : INTEGRER LES NOUVELLES TECHNOLOGIES

Priorité 1 : Soutenir la mise en place du dossier patient

L'axe 6 du Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française se concentre sur l'espace numérique de santé polynésien. Actuellement, le CHPF dispose d'un système d'information lui permettant la gestion et mise à jour d'un dossier patient. La Direction de la santé et les subdivisions quant à eux 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.

Il devient important de mettre en place un dossier médical partagé du patient afin d'assurer une meilleure qualité de soins et de suivi des patients. Un partage de données permettra aussi des économies dans les actes et examens réalisées en double.

Action 1 : Collaborer avec les acteurs concernés pour la mise en œuvre du dossier partagé dans son axe de prévention

Action 2 : Identifier les indicateurs de prévention dans le volet de santé médicale

Priorité 2: Rédiger un guide de protocoles de dépistage

Afin d'accompagner et d'optimiser l'offre de soins de santé primaire, des outils de santé adaptés et pertinents doivent être élaborés et mis à disposition. Les protocoles de dépistage et de prise en charge thérapeutique sont indispensables pour assurer le fonctionnement d'un système de santé contraint par un contexte géographique particulier. L'utilisation de ces protocoles permettra de développer une vision commune forte et de standardiser l'approche médicale en suivant les recommandations et concepts de l'OMS.

Priorité 3 : Intégrer le numérique comme nouvel outil de la prévention et de la promotion de la santé (applications, réseaux sociaux, bracelets connectés...).

Les téléphones mobiles fournissent un nouveau canal de communication pour la promotion de la santé et la mobilisation de la communauté (utilisation de messages texte pour la promotion

de la santé ou pour alerter la cible de campagnes de santé). Par ailleurs les outils connectés (montre, bracelets, etc.) suscite l’engouement du public et peuvent être un moyen efficace pour promouvoir des messages de santé.

Priorité 4 : Soutenir la télémédecine dans son axe de prévention

L’amélioration de l’accès aux soins des populations des archipels est une priorité du Schéma d’Organisation Sanitaire de la Polynésie française. Actuellement, l’offre de soins est concentrée sur la zone urbaine de Tahiti. Afin d’améliorer l’offre des soins primaires à proximité du lieu de résidence du patient, il devient indispensable de mettre en place une télémédecine au service des soins primaires dans les archipels. Ceci permettrait de mailler l’ensemble du territoire et de limiter les évacuations sanitaires. Pour optimiser l’efficience de la télémédecine, il conviendrait que le dossier partagé du patient soit opérationnel (cf. Priorité 1).

Priorité 5 : Mettre en place les nouveaux outils média pour la formation des professionnels de santé

Les nouveaux instruments de technologies et communication permettraient aux professionnels de santé et acteurs concernés d’accéder aux formations de concepts et techniques des programmes de prévention. L’information et la sensibilisation des acteurs concernés, tels que les subdivisionnaires, médecins référents et professionnels de terrain pourraient se faire par visioconférence.

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>SIPF, CHPF, CPS</i>				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Le dossier médical patient					
Priorité 2 : Le guide des protocoles de dépistage					
Priorité 3 : Le numérique pour la prévention					
Priorité 4 : La télémédecine					
Priorité 5 : Les nouveaux outils pour la formation					

Les stratégies supports : moyens et outils

- **ENCOURAGER LA RECHERCHE DANS LE DOMAINE DE LA PROMOTION DE LA SANTE**

DEVELOPPER LA RECHERCHE INTERVENTIONNELLE

Bien que la plupart des études menées en santé publique reste encore sous l'emprise des approches « expérimentales » pour démontrer l'efficacité des interventions, la recherche interventionnelle (RI) se définit comme l'utilisation des méthodes de la recherche pour produire des connaissances concernant des interventions. Elle a pour objectifs de démontrer l'efficacité des interventions, d'analyser les leviers à mobiliser, les mécanismes des interventions, leurs conditions et modalités de mise en œuvre, leur reproductibilité et durabilité. Elle repose sur l'expérimentation et sur la capitalisation des innovations de terrain et pour cela fait appel à un large éventail de disciplines, de méthodes et d'outils scientifiques. À visée opérationnelle, la RI tend à produire des connaissances utiles à l'action et à la décision.

METTRE EN PLACE DES ETUDES INNOVANTES

Des compléments analytiques en direction de la population polynésienne pourraient être utiles, en particulier la connaissance des profils de consommateurs, à l'appui des campagnes de marketing social et la répétition des enquêtes barométriques descriptives des comportements.

RENFORCER LES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES

Il conviendra d'établir un état des lieux de la santé des différents segments de la population afin d'identifier les causes de morbidité et établir des indicateurs de surveillance. L'état des lieux consistera à mener des enquêtes intégrant des questions sur la santé et le bien-être (de type connaissances, attitudes et pratiques) et d'analyser de manière croisée les données existantes issues des bilans sociaux, de l'assurance maladie du régime des salariés et autres sources. Le coût de ces études doit être inclus dans le budget de l'action évaluée.

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé,</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>Tout acteur concerné</i>				
	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Etudes épidémiologiques					

• L'OBSERVATION, LA SURVEILLANCE ET LA SECURITE SANITAIRE

Priorité 1 : Activer l'observatoire de la santé

La fonction d'Observation de la santé est essentielle pour décider du bien fondé des appels à projet et des financements. Elle nécessite le regroupement d'informations actuellement dispersées ainsi que le développement de nouveaux champs de collecte. La standardisation de la collecte des données, leur contrôle, et leur exploitation sont une nécessité.

Dans le contexte de la prévention, la Polynésie se doit d'œuvrer à l'amélioration du suivi et de la surveillance des maladies non transmissibles. L'Alliance océanienne réunit tous les Etats et territoires insulaires océaniques ainsi que les organisations et les réseaux régionaux et internationaux dans le but d'améliorer la coordination et l'intégration des activités de suivi de surveillance en cours dans le Pacifique.

Le comité de pilotage et l'équipe de coordination de l'Alliance océanienne travaillent actuellement à l'élaboration d'un tableau de bord pour le suivi de la lutte contre les MNT. Ce nouvel outil permettra aux pays de suivre facilement les progrès réalisés dans la mise en œuvre des principales activités de lutte contre les MNT prévues notamment dans la Feuille de route régionale relative aux MNT, le Plan d'action mondial de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la lutte contre les maladies non transmissibles et la Convention-cadre pour la lutte antitabac (CCLAT), y compris au regard d'autres indicateurs clés élaborés au niveau national et infrarégional.

Le tableau de bord s'appuie sur des outils et des données existants et n'exige donc pas la réalisation d'enquêtes supplémentaires. Il est constitué d'un ensemble d'indicateurs convenus relatifs à la lutte contre les MNT et comprend également des notes techniques sur les modalités d'évaluation de chaque indicateur, à des fins de cohérence, de comparabilité et de transparence.

Priorité 2 : Poursuivre la surveillance des pathologies

- Action 1** : Finaliser la mise en place du dispositif de déclaration et signalement obligatoire de certaines pathologies
- Action 2** : Développer une plateforme de télé-déclaration pour faciliter l'échange des données de surveillance
- Action 3** : Développer la surveillance géo-localisée de certaines maladies transmissibles
- Action 4** : Redynamiser le réseau des médecins sentinelles
- Action 5** : Mettre à jour la convention des surveillances des pathologies entre la Direction de la Santé et l'Institut Louis Malardé.

Priorité3 : Mettre à jour la cellule d'alerte sanitaire

- Action 1** : Mettre à jour les protocoles

Priorité4 : Renforcer la sécurité sanitaire (RSI)

- Action 1** : Mettre en œuvre la convention Etat-pays pour le règlement sanitaire international
- Action 2** : Elaborer un plan du règlement sanitaire international selon la stratégie Asie-Pacifique pour la maîtrise des maladies émergentes et la gestion des urgences publiques
- Action 3** : Mettre en œuvre le règlement sanitaire international et conduire une évaluation annuelle

Pilote	Direction de la santé				
	ILM				
Partenaires et acteurs associés	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Activer l'observatoire					
Priorité 2 : Surveillance des pathologies					
Priorité 3 : La cellule d'alerte sanitaire					
Priorité 4 : La sécurité sanitaire					

• LA DEMARCHE QUALITE

Si l'élaboration des programmes de prévention en Polynésie française repose la plupart du temps sur des initiatives louables, force est de constater l'absence de maîtrise de l'ensemble des programmes et le manque de cohérence. Leur hétérogénéité génère un manque de lisibilité tant des professionnels de santé que des partenaires, et de fait un manque d'appropriation.

Une standardisation de la forme des programmes de prévention, dans la mesure du possible, est attendue. Elle appelle la démarche qualité, processus mis en œuvre pour implanter un système qualité et s'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.

Priorité 1 : Identifier toutes les démarches de prévention, officielles ou non

Priorité 2 : Prioriser les programmes selon le nombre de patients, l'impact sanitaire et médico-économique, et le degré de maturité de la prévention des programmes (tableau de criticité)

Priorité 3 : Décliner les programmes de prévention et la démarche projet

Priorité 4 : Constituer une cellule qualité

Pilote	Direction de la santé,				
	Partenaires et acteurs associés				
	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Identifier les démarches de prévention					
Priorité 2 : Prioriser les programmes					
Priorité 3 : Décliner les programmes					
Priorité 4 : Constituer une cellule qualité					

• LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

- Action 1** : Promouvoir les thèmes de prévention dans les travaux des étudiants en cycle de formation (stages et travaux de fin d'étude des étudiants de l'IFPS, stages et mémoires pour le diplôme d'Etat de sage-femme, sujets de recherche...)
- Action 2** : Développer la formation à la prévention lors des stages de médecine générale
- Action 3** : Garantir la formation continue des professionnels de santé dans la mise en place des soins de santé primaires par un plan de formation à la Direction de la santé
- Action 4** : Créer un corps des professionnels de la promotion de la santé, en tenant compte des besoins, des départs à la retraite des agents d'EPS et des nouveaux outils de communication et d'éducation

<i>Pilote</i>	<i>Direction de la santé</i>				
	<i>IFPS, Université</i>				
<i>Partenaires et acteurs associés</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>	<i>2020</i>	<i>2021</i>	<i>2022</i>
Action 1 : Travaux d'étudiants IFPS et ESF					
Action 2 : Stage de médecine générale					
Action 3 : Formation continue des professionnels					
Action 4 : Corps des professionnels de la promotion de la santé					

• L'ÉVALUATION

L'ÉVALUATION DU SCHEMA

L'évaluation des interventions de santé publique consiste à réunir les arguments permettant de juger de l'opportunité de mettre en place des actions ou de modifier des programmes existants et d'en préciser les modalités afin d'émettre une proposition (la recommandation en santé publique) aux décideurs publics.

Les recommandations en santé publique produites par la Haute Autorité de Santé privilégient l'approche populationnelle des problèmes de santé appréciant le rapport bénéfices/risques des différentes interventions possibles à l'échelle de la population et intégrant de façon habituelle une évaluation économique et organisationnelle. L'analyse de l'organisation des soins s'attache à décrire les modalités de coordination des offreurs (aussi bien au niveau des établissements de santé que des soins ambulatoires ou des réseaux). Elle comprend également une étude des principes de financement et de tarification, ainsi des autres éléments incitatifs utilisés. Elle vise à proposer des solutions permettant d'améliorer l'articulation des offreurs, dans l'objectif d'accroître l'efficacité et de répondre à la demande de santé. Elle s'appuie sur les enseignements apportés par la littérature sur l'organisation des systèmes de santé au niveau international.

Priorité 1 : Mettre en place une convention de collaboration

Priorité 2 : Mener des évaluations

Action 1 : Mener l'évaluation sanitaire

Action 2 : Mener l'évaluation économique et évaluer l'efficacité des taxes nutritionnelles

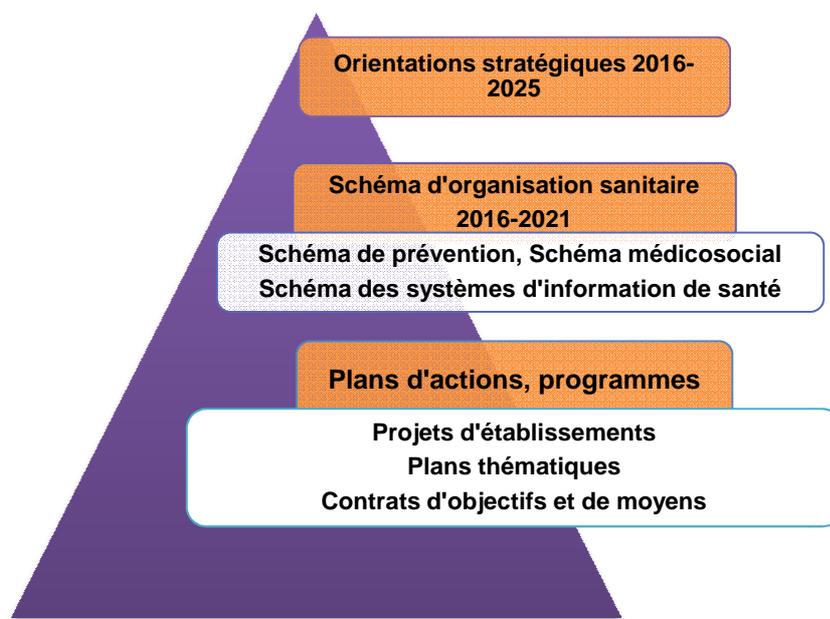
Action 3 : Evaluer la performance du schéma de prévention

Pilote	Direction de la santé,				
	Secteurs concernés				
Partenaires et acteurs associés	2018	2019	2020	2021	2022
Priorité 1 : Une convention de collaboration					
Priorité 2 : Des évaluations					

Annexes

ANNEXE 1 : LE CADRE DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Le Schéma de Prévention et de Promotion de la Santé de la Polynésie française est inscrit parmi les documents stratégiques de la politique de santé, dont le cadre de référence a été adopté le 16 février 2016 par le Gouvernement et l'Assemblée de Polynésie française.



Le schéma de prévention et de promotion de la santé préconise des modèles de prévention et de promotion de la santé basés sur l'approche globale de l'OMS sur des déterminants sociaux de la santé. En effet, la majeure partie du fardeau des maladies et les causes principales des inégalités en matière de santé découlent des conditions dans lesquelles les populations naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Ces conditions sont dénommées déterminants de la santé.

Les déterminants n'ont pas tous la même importance. Selon l'OMS, la répartition inégale des facteurs qui nuisent à la santé n'est en aucun cas un phénomène naturel. Le mauvais état de santé est dû à une répartition inégale du pouvoir, des revenus, des biens et des services, aux injustices qui en découlent dans les conditions de vie concrètes des individus (accès aux soins, éducation, conditions de travail, loisirs, habitat, communauté, ville) et leurs chances de s'épanouir. Ces déterminant structurels, considérés comme les plus importants, résultent des effets conjugués de politiques et de programmes sociaux insuffisants, de modalités

économiques injustes et de stratégies politiques mal pensées.¹⁵ L’OMS fonde l’action sur les déterminants sociaux de la santé sur trois grands thèmes :

- la réduction des inégalités en matière de santé ;
- l’amélioration de la santé et du bien-être, la promotion du développement et l’atteinte des objectifs en matière de santé en général ;
- l’action sur des priorités sociétales, au-delà de la santé, qui dépendent d’une meilleure équité en santé.

Les concepts classiques de prévention en prévention primaire, secondaire, tertiaire, ont aujourd’hui évolué. Cette conception est adaptée à des problèmes sanitaires tels que les accidents et les affections ayant une cause identifiable (maladies infectieuses surtout), et à des situations individuelles. Elle entraîne des confusions et des ambiguïtés lorsqu’on tente de l’appliquer à la prévention des maladies et des risques de santé complexes, liées à des causes multifactorielles, comme les maladies chroniques. Ces maladies représentent le principal fardeau sanitaire et économique d’aujourd’hui.

Apparaît alors un nouveau modèle basé sur le niveau d’intervention de l’action préventive primaire, plus approprié pour l’obésité, les maladies chroniques, les addictions et la santé mentale, toutes imputables aux comportements et aux modes de vie^{16,17,18}. L’OMS reprend ainsi ce concept en trois niveaux de prévention :

- la **prévention universelle** destinée à la population ou l’ensemble des membres de la communauté, quelque soit l’état de santé et des différences de risques. Elle applique les principes et les interventions de la **promotion de la santé**.
- la **prévention sélective/orientée** qui s’adresse aux sous-groupes de la population qui présentent des risques élevés de développer un problème de santé. Le but recherché est de développer une meilleure connaissance du problème dans ces groupes et de faire en sorte de développer leurs aptitudes à gérer plus efficacement les facteurs de risque présents.

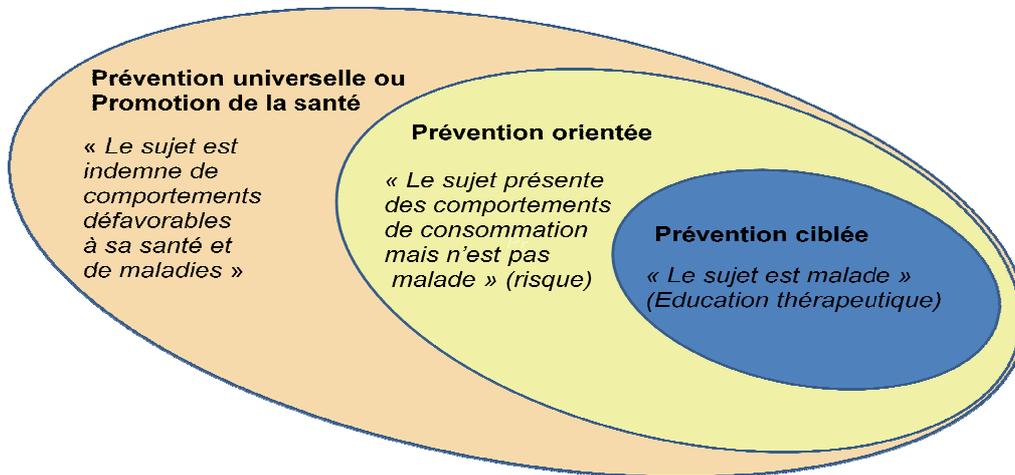
¹⁵ OMS, RASANATHAN K. *Comblant le fossé : de la politique à l’action sur les déterminants sociaux de la santé*. Document de travail OMS. 2011.

¹⁶ GORDON R. *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports. 1983 ; 98:107–109.

¹⁷ Institute of Medicine. *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. In: Mrazek PJ, Haggerty RJ, editors. Committee on Prevention of Mental Disorders, Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders. Washington, DC: National Academy Press; 1994.

¹⁸ P GILL T., *Key issues in the prevention of obesity*. British Medical Bulletin 1997;53 (No. 2):359-388

- La **prévention ciblée** concerne les sujets identifiés à haut risque (par exemple les personnes en surpoids qui ne sont pas encore obèses, les jeunes qui s'adonnent au *binge-drinking*). Elle propose des actions spécifiques individuelles d'aide et de prise en charge (programme d'éducation thérapeutique des enfants et des adultes en surpoids, programme de sevrage tabagique, etc.)



EFECT-2015, d'après San Marco et Lamoureux, *Traité de Santé Publique*. 2^{ème} édition. Paris : Médecine Sciences Flammarion, 2007/11, p. 194.

Le schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française s'intéresse ainsi à ces nouvelles approches. Ne seront que peu abordés, en conséquence, les aspects de la prévention classique dite secondaire, (correspondant à la prévention des complications chez les patients présentant déjà la maladie) et tertiaire (visant la stabilisation ou la diminution des incapacités, l'organisation des soins aux malades).

Le spectre des activités possibles du présent schéma s'étend aux quatre composantes suivantes généralement utilisées¹⁹ :

- la prévention clinique telle que le dépistage du diabète ;
- la protection de la santé : les interventions pratiquées à l'échelle organisationnelle (par exemple la politique des hôpitaux), locale, territoriale, nationale ou internationale qui réduisent les risques pour la santé en modifiant le milieu physique ou social dans lequel les personnes évoluent (programme de vaccination) ;
- la promotion de la santé : les interventions menées auprès de groupes ou de la population en général ;

¹⁹ GOLDSMITH L.J., HUTCHINSON B., HURLEY J. *Economic Evaluation across the Four Faces of Prevention: A Canadian Perspective*, Centre for Health Economics and Policy Analysis. Document 06-01. 2004.

- les politiques sectorielles favorables à la santé et au bien être ²⁰ qui comprennent les interventions sociales ou économiques qui agissent sur les déterminants de la santé et qui ont des effets sur la santé, sans que celle-ci soit le principal objectif.

Un renouveau des soins de santé primaires

« Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire »²¹.

Depuis 2008, pour faire face aux réalités contemporaines et aux défis sanitaires dans les sociétés en évolution rapide, l'OMS a préconisé un renouveau des SSP, vers lesquels les systèmes de santé doivent se réorienter de façon incontournable²². Ces réformes sont applicables aussi bien dans les pays à haut revenu (où les dépenses de santé sont élevées) que dans ceux ayant une croissance économique faible. Elles sont fondées sur des valeurs et des principes fondamentaux tels que la couverture sociale universelle, les soins centrés sur la personne, l'équité en santé, la justice sociale, des politiques publiques fiables favorisant la santé et le bien-être de la collectivité.



²⁰ OMS. Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques : vers une gouvernance partagée en faveur de la santé et du bien-être. Réunion internationale Adélaïde (Australie), 2010.

²¹ OMS. Déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Conférence internationale Alma Ata, 1978.

²² OMS. Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires - Maintenant plus que jamais. 2008.

Faits marquants de la démographie

La Polynésie française connaît une transition accélérée s'accompagnant d'une modification de la structure d'âge de la population et des changements des causes de morbidité et mortalité, analogues à ceux des pays développés. Le vieillissement de la population devient un enjeu majeur, du fait de ses répercussions fortes sur les coûts de santé, le financement de la retraite, la demande d'emplois et le besoin en nouveaux logements.

Selon une projection de la population à l'horizon 2027 réalisée par l'ISPF,²³ la population devrait continuer de croître pour atteindre entre 290 000 et 320 000 habitants. La structure des classes d'âges serait modifiée profondément : le nombre de personnes âgées serait multiplié par 5,6 ; le nombre d'actifs augmenterait de 23% ; la population de jeunes de moins de 20 ans baisserait régulièrement mais resterait nombreuse.

La natalité est en baisse constante en 2015 (3 888 naissances, 273 en moins entre 2014 et 2015). En 2015, l'indice de fécondité passe sous le seuil de deux enfants par femme en âge de procréer (1,84 par femme), et est même inférieur à celui de la métropole. L'âge moyen des mères à l'accouchement continue d'augmenter ; 26 ans en 1990, 28 ans en 2015.

Cette transition démographique et épidémiologique résulterait d'un faisceau complexe de facteurs :

- des changements socio-économiques, politiques et culturels ;
- une amélioration générale des conditions de vie (accès à l'eau et aux disponibilités alimentaires, hygiène et salubrité des habitations, niveau d'instruction, évolution de la structure familiale...);
- le progrès de la médecine, l'accès aux soins et aux traitements.

Les signes de la paupérisation se manifestent

L'enquête sur le budget des ménages en 2015 montre une lente amélioration du niveau de vie en 15 ans. En 2015, 20% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté monétaire relative : le revenu mensuel moyen par unité de consommation est passé de 62 000 XPF en

²³ ISPF. *Projections de population pour la Polynésie française à l'horizon 2027*, N°3/2029.

2000 à 46 000 XPF en 2015 quand les dépenses des familles ont augmenté de plus de 50%. Les ménages ont perdu un tiers de leur capacité d'épargne²⁴. Le taux de chômage a quasiment doublé en cinq ans : 21,8% en 2012 contre 11,7% en 2007, soit 25 000 chômeurs contre 12500 en 2007²⁵.

L'alimentation est le premier poste de dépenses des ménages (19% des dépenses totales en 2000, 18% en 2015)²⁶. L'enquête du budget des familles en 2015 montre que les dépenses consacrées aux produits de base, riz, pâtes, cuisses de poulet surgelées (PPN), ont fortement progressé et la proportion de familles qui y ont recours a augmenté. Il s'agit d'un signe de paupérisation d'une partie de la population. Les transports sont devenus le second poste de dépenses des familles, suivi de celles de logement (du fait de la baisse des loyers). Les dépenses de santé des familles (résiduelles, hors remboursement) ont augmenté et correspondent notamment aux achats de médicaments non ou partiellement remboursés.

Les causes principales de décès et les facteurs de risque

Une analyse des causes de décès sur la période 2005-2010²⁷ montre que les maladies cardiovasculaires (28% des décès), les tumeurs (24%) puis les causes externes de blessure et d'empoisonnement (10%) sont les trois premières causes de mortalité en Polynésie française.

A elles seules, les pathologies chroniques (cancer, maladies cérébrovasculaires, cardiopathies ischémiques chroniques, maladies hypertensives, maladies chroniques de l'appareil respiratoire, diabète, obésité, insuffisance rénale chronique) ont été responsables de 40% de la mortalité prématurée en 2005-2010. Elles sont liées à des facteurs de risque pour une grande part évitables (mauvaises habitudes alimentaires, sédentarité, obésité, tabagisme, alcoolisme) particulièrement prégnantes dans la population.

²⁴ ISPF. [Etude budget des familles 2015](#). Points forts de la Polynésie française 02/2017

²⁵ ISPF - recensements de population - site : www.ispf.pf

²⁶ ISPF. [La Polynésie française 39 % plus chère que la Métropole](#). Points forts de la Polynésie française 06/2016

²⁷ YEN KAI SUN L., GHOSN W., REY G. *Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010 et tendances évolutives de 1984 à 2010*. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(10):183-95.

Diverses études menées en Polynésie française ont décrit l'influence et les conséquences des principaux facteurs de risques dans la population adulte.

Les habitudes alimentaires. En 1995, 80% des produits alimentaires provenaient des importations. L'alimentation était marquée par des apports énergétiques élevés et la place omniprésente des produits de première nécessité (le plus souvent des aliments gras, salés, sucrés). En 2010, deux adultes sur 3 ne consomment pas assez de fruits et de légumes ; les prix et les difficultés d'approvisionnement sont cités comme des freins majeurs à leur consommation. Un quart des adultes dit boire tous les jours des boissons sucrées (sodas, sirops, jus).

La sédentarité. La nature des activités physiques, au travail ou à la maison, a largement changé avec l'urbanisation et la modernisation. L'OMS recommande de bouger au moins 30 minutes chaque jour pour avoir des effets bénéfiques pour la santé. Une bonne proportion des Polynésiens (59%) dit avoir un niveau d'activité physique élevé. Mais ces proportions baissent avec l'âge et chez les femmes.

L'alcool. Les dépenses en boissons alcoolisées ont diminué de 11% en 15 ans (2000 à 2015), mais celle en bière n'a pas changé. Les comportements individuels vis-à-vis de l'alcool sont remarquables par le nombre élevé d'occasions de consommation (4 à 7 en moyenne dans le mois, selon l'âge) et la quantité bue par occasion (9 à 13 verres en moyenne, selon l'âge). Les conséquences sociales et sanitaires de l'alcoolisme sont lourdes ; c'est une cause majeure des accidents de la route, et il est associé aux phénomènes de violences, d'agressions sexuelles, d'insécurité, de pratiques sexuelles à risque (IST/VIH).

Le tabac. La prévalence du tabagisme est passée de 36% en 1995 à 41% en 2010. Elle est plus élevée chez les jeunes adultes de 18-24 ans (46% contre 35% chez les 45-64 ans) et chez les femmes (44%) en 2010. L'expérience de la 1^{ère} cigarette se situe entre 15 et 30 ans pour la moitié des fumeurs mais pour 42% des 18-24 ans, elle est entre 10 et 15 ans.

Le combat contre le sucre depuis 50 ans ²⁸

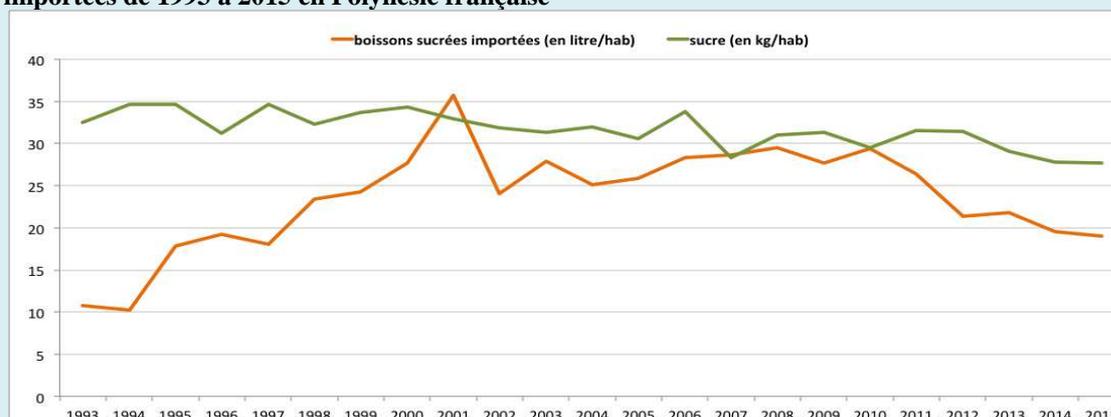
La santé publique en Polynésie française lutte contre la consommation excessive de sucre à travers des programmes de prévention de la carie dentaire, de l'obésité et du diabète.

La consommation de sucres de canne et de betterave importés a diminué depuis 1970 : elle passe de 52 kg/hab à 28 kg/hab en 2015. Les quantités de boissons sucrées importées sont en baisse depuis 2010. Mais la Polynésie française continue d'importer 2,4 fois plus de boissons sucrées qu'il y a 22 ans. En parallèle, les industries locales de boissons sucrées se sont largement développées (Jus de fruits de Moorea, Singapour, Brasserie de Tahiti, Tahitian Cola, etc). En 2015, la production locale de boissons sucrées est estimée à 16,5 millions de litres, et les importations à 5,2 millions de litres, soit une consommation par habitant de 80 litres par an. Les sources d'aliments sucrés se sont aussi diversifiées (confiseries, crèmes glacées, gâteaux et biscuits sucrés), favorisant encore la consommation quotidienne de sucre.

La taxe sur les produits et les boissons sucrés a été instaurée depuis 2004 (taxe à la consommation pour la prévention et taxe à la production). L'opinion publique n'y est pas défavorable en général, à condition que les recettes des taxes soient au bénéfice d'actions de prévention.

La taxation du sucre, en tant que levier prioritaire contre l'obésité, est fortement préconisée par l'OMS et les Nations Unies. Plusieurs pays se lancent dans cette stratégie comme le Mexique, la Finlande, la France, le Canada. Pour plus d'efficacité, elle doit être menée en parallèle d'autres interventions dans le cadre d'une action politique globale soutenue par les gouvernements.²⁹

Evolution de la consommation de boissons sucrées et de sucre par habitant, à partir des quantités importées de 1993 à 2015 en Polynésie française



²⁸ MOU Y., BOURGES M., *Un levier fiscal au service de la promotion de la santé : la taxe sur les boissons sucrées*. Document de travail, Direction de la Santé, novembre 2016.

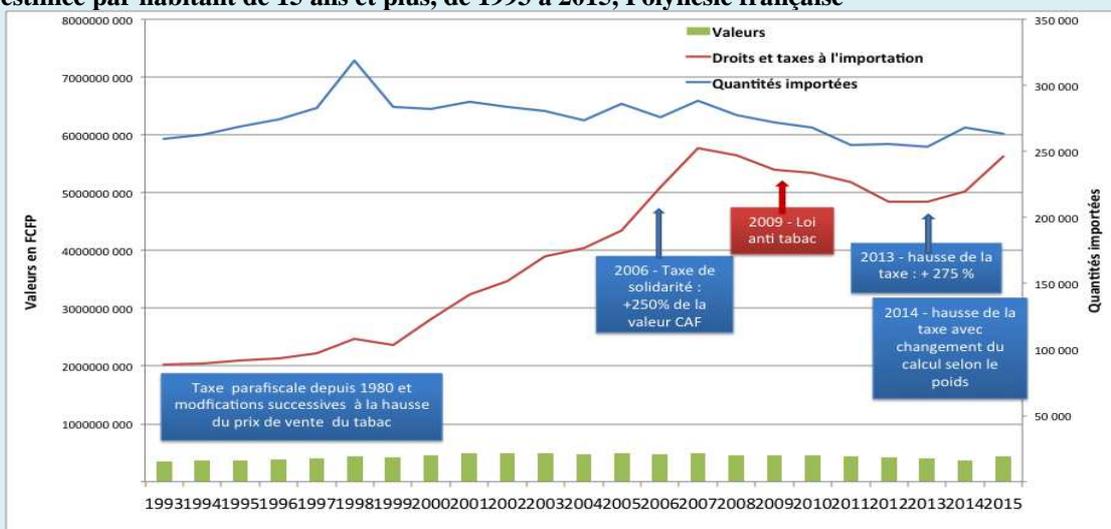
²⁹ WHO. *Using price policies to promote healthier diets*. Geneva 2015.

L'exemple de la taxation du tabac en Polynésie française ³⁰

Une baisse des quantités importées et de la consommation de tabac par habitant de 15 ans ou plus, consécutive à la taxe de solidarité créée en 2006, est observée. Le vote de la Loi anti tabac en 2009, et les mesures successives de taxation en 2013 et 2014 qui augmentent toujours le prix du tabac, maintiennent la pression sur la consommation de tabac.

La proportion de ménages qui consacrent une part de leur budget au tabac a diminué entre 2000 et 2015 (de 39% à 35% du total des familles). Les dépenses consacrées au tabac par les ménages qui consomment du tabac, ont augmenté (de 6 200 XPF à 7 600 XFP par mois en moyenne) en raison de la hausse importante du prix du tabac. ³¹

Evolutions des droits et taxes collectés sur le tabac, des volumes importés et de la consommation estimée par habitant de 15 ans et plus, de 1993 à 2015, Polynésie française



Les mesures de taxation du tabac découlent de la convention cadre de l’OMS anti tabac. L’OMS a démontré l’efficacité de la hausse régulière, répétée et de façon massive à chaque fois, du prix du tabac, sur notamment l’entrée dans le tabagisme chez les jeunes et sur la réduction du tabagisme chez les plus démunis (hausse des tentatives de sevrage, baisse de la consommation de tabac, baisse de la prévalence de fumeurs). ^{32,33}

Dans la région du Pacifique, une hausse de +70% du prix du tabac a été retenue pour ressentir les effets sur la consommation. ³⁴

³⁰ MOU Y., BOURGES M., *Un levier fiscal au service de la promotion de la santé : la taxe sur les boissons sucrées*. Document de travail, Direction de la Santé, novembre 2016.

³¹ ISPF. *Etude budget des familles 2015. Points forts de la Polynésie française 02/2017*

³² OMS. *MPOWER : un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie*. 2008

³³ OMS. *Earmarked tobacco taxes. Lessons learnt from nine countries*. 2016

³⁴ SPC. *A roadmap for responding to the NCD crisis in the Pacific*. OMS/SPC, 2014

Des conséquences et des enjeux dominants pour la collectivité

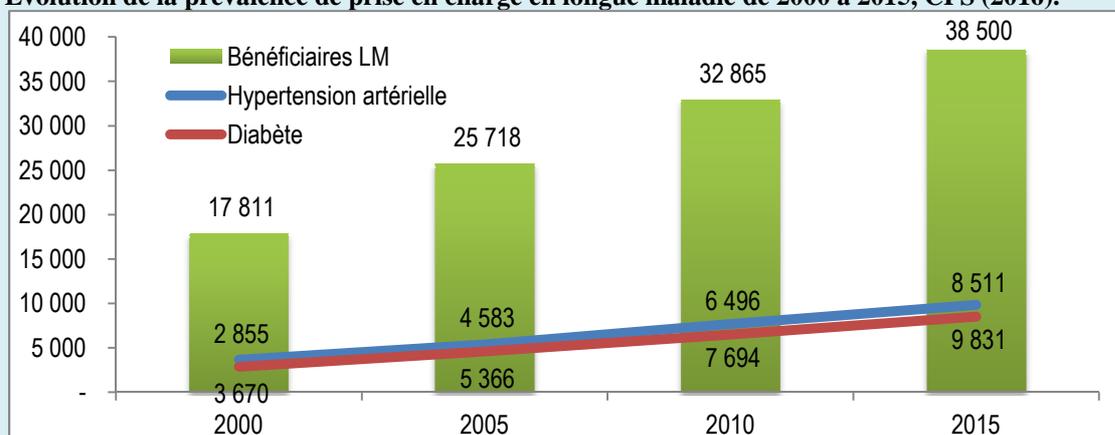
Les maladies chroniques sont des affections de longue durée évolutives, qui causent une dégradation de la qualité de la vie pour les personnes atteintes et entraînent des complications graves. A un niveau collectif, les MNT sont une menace pour l'équilibre financier du système de protection sociale généralisée (PSG) et en particulier sur l'assurance maladie, et sont facteurs de perte de la productivité du travail.

L'explosion des dépenses de santé dues aux maladies chroniques

Le poids des longues maladies (LM) se chiffre à 25 milliards XPF en moyenne par an (soit la moitié des dépenses de l'assurance maladie) ces cinq dernières années. En 2015, cette dépense concernait 14% de la population polynésienne.³⁵ Le nombre de personnes en LM a doublé en 15 ans et croît à un rythme annuel de 3,4% depuis 2010. La moitié d'entre elles en 2015 a plus de 60 ans. 80% des patients en longue maladie sont atteints de complications de l'hypertension artérielle, du diabète, de maladies cardiovasculaires, de cancers, d'affections pulmonaires.

L'hypertension artérielle et le diabète sont les deux premiers motifs de la LM et concernent la moitié des patients en LM (soit 18 350 au total sur 38 500 en 2015). De 2000 à 2015, le nombre d'hypertendus en LM est passé de 3 670 à 9 831 (multiplié par 2,7 en 15 ans) et celui de diabétiques de 2 855 à 8 511 (taux multiplié par 3). Le nombre de nouveaux patients (incidence) est de 572 pour le diabète et de 500 pour l'hypertension artérielle.

Evolution de la prévalence de prise en charge en longue maladie de 2000 à 2015, CPS (2016).



La croissance exponentielle des dépenses de la LM est liée à la propension importante à l'utilisation de ce dispositif très avantageux prenant en charge à 100% et en tiers payant (95% des consultations depuis 2011), l'impact des dépistages et du coût des soins et des traitements, le vieillissement des malades en LM et l'augmentation de la morbidité des maladies chroniques dans la population.

³⁵ A partir des données de l'assurance maladie de la Caisse de Prévoyance Sociale, de 1995 à 2015

La santé des jeunes

Les addictions en augmentation chez les adolescents

Le tabagisme

Entre 1999 et 2009, la part chez les 10-20 ans ayant expérimenté la cigarette a augmenté de 32% à 47%^{36,37}. Le **tabagisme quotidien** s'est aggravé, passant de 5% à 14% en 10 ans. Le nombre de jeunes commençant de fumer avant 12 ans est en hausse (de 33% à 50%). L'usage du tabac a augmenté dans toutes les classes d'âge et particulièrement chez les filles. Pourtant, la très grande majorité des jeunes (91% en 1999, 92% en 2009) pense que le tabac est dangereux. Parmi les facteurs associés au tabagisme, le tabagisme des parents et le mal-être (lié à un redoublement précoce, la perte d'un parent, la dépression, la vie en internat...) apparaissent comme des facteurs favorisant.

L'alcoolisation

Les conduites d'alcoolisation des jeunes se sont accentuées entre 1999 et 2009. L'expérimentation de l'alcool est apparue plus fréquente dans toutes les tranches d'âges et plus précoce. Chez les plus jeunes (10-11 ans), le taux est passé de 28% à 37% en 10 ans. L'expérimentation de l'ivresse s'est aggravée en 10 ans (de 32% à 44% des jeunes), devenant plus précoce (10-11 ans : de 6% à 11% ; 14-15 ans : de 30% à 39%). Elle est devenue plus fréquente chez les filles (25% en 1999, 45% en 2009) qui ont ainsi rattrapé les garçons en 10 ans.

La consommation régulière et l'ivresse dans l'entourage proche sont corrélées avec la consommation personnelle des jeunes. Le mal-être, l'absentéisme sont des facteurs associés à l'usage régulier d'alcool et au *binge drinking*. L'initiation précoce à l'alcool et la consommation excessive à l'adolescence sont des facteurs de risque majeurs de comportements problématiques ultérieurs. L'enquête sur la santé des 13-17 ans plus récente en 2016 semble confirmer ces conduites d'alcoolisation, avec 44% de consommateurs et 41% ayant déjà été ivres au cours du dernier mois. (*Données provisoires*)³⁸

³⁶ Direction de la santé. *Les jeunes, la drogue*. Enquête CAP chez les jeunes scolarisés de 10 à 20 ans en Polynésie française. Service d'alcoologie et de toxicomanie, mars 2000.

³⁷ INPES/Direction de la santé. *Les conduites addictives des adolescents polynésiens*. Enquête ECAAP. INPES collection santé, Saint Denis 2010.

³⁸ Direction de la santé/OMS/Center for Disease Control and Prevention. *Enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire en PF 2015-2016*. Données brutes provisoires.

La drogue

Une tendance à la hausse du taux d'expérimentation (de 24% à 29%) et de l'usage du paka (de 17% à 20%) est observée entre 1999 et 2009, notamment entre 14 et 18 ans. Parmi les garçons, l'expérimentation est passée de 30% à 33% et parmi les filles, de 18% à 26%. Les états dépressifs, les problèmes liés à la scolarité, l'absentéisme sont significativement associés aux usages à risque ou problématiques de paka.

Le mal-être des jeunes

L'enquête ECAAP en 2009 a établi une échelle de mesure de l'intensité dépressive (ADRS) chez les adolescents avec une classification en trois groupes. Elle a mis en évidence des prévalences de dépression plus élevées chez les filles (33% contre 22% des garçons) et chez les jeunes au-delà de 13 ans (un tiers contre 15% des plus jeunes).

Dans l'enquête en 2016 chez les 13-17 ans, le sentiment de solitude est présent chez 11% d'entre eux. Ils sont 12% à se dire inquiets la plupart du temps au point d'avoir des troubles du sommeil et 13% à exprimer une angoisse ou une déprime telle cela les empêche de réaliser leurs activités habituelles. Les filles ont tendance plus que les garçons, à exprimer davantage ces états de dépression. *(Données provisoires)*

Les jeunes qui déclarent des idées suicidaires sont nombreux : 21% des filles et 13% des garçons ont réfléchi à la manière de se suicider au cours des 12 derniers mois. Et 14% des filles contre 6% des garçons auraient fait une tentative de suicide. *(Données provisoires)*

La sexualité des jeunes, un sujet encore tabou ?

En Polynésie française, le nombre de naissances de mères mineures représente une part non négligeable de la natalité (457 en 2014 chez les 15-19 ans, soit 11% des naissances totales en 2014). Néanmoins, une tendance à la diminution est observée depuis 30 ans³⁹.

Le taux de fécondité à 15-19 ans baisse très progressivement mais demeure toujours élevé par rapport à la métropole (40 pour 1000 contre 7 pour 1000 en métropole)⁴⁰.

³⁹ Site ISPF www.ispf.pf

⁴⁰ ISPF. *Vahine en chiffres*, 2013.

Natalité et fécondité chez les mineures de 15-19 ans : tendances évolutives sur 30 ans

	Naissances vivantes de mineures	en % des naissances totales	Indice de fécondité (pour 1000 femmes)
1984	767	14,7	78,9
1994	492	9,6	49,2
2004	527	11,9	41,5
2014	454	10,9	41,5

L'enquête en 2016 sur la santé des jeunes de 13-17 ans montrent une sexualité très active de par la précocité du premier rapport sexuel et le nombre de partenaires notamment chez les garçons. Les filles comme les garçons ont des comportements sexuels à risque. Il apparaît que rien que le port du préservatif n'est pas acquis tel un réflexe pour se protéger ne serait-ce d'une grossesse involontaire ou d'IST (*Données provisoires*).

La grossesse chez l'adolescente est un facteur suivi attentivement car elle peut être un risque de mortalité (liée aux risques plus élevés de complications au cours de la grossesse et de l'accouchement) et de vulnérabilité de la mère et de l'enfant. Si certaines adolescentes planifient et désirent leur grossesse, pour un grand nombre, ce n'est pas le cas. L'éducation à la sexualité fait souvent défaut. Des entraves à l'accès aux contraceptifs (malgré des textes protecteurs) par les mineures sont encore observées. Et les adolescentes ne sont pas toujours en mesure de résister aux contraintes, et peuvent être victimes de pressions et d'abus sexuels menant à des rapports non protégés.

Les efforts consacrés à une santé sexuelle améliorée des jeunes ne doivent en aucun cas être relâchés surtout dans un contexte de précarisation liée à la crise économique de 2008.

La santé périnatale, un enjeu d'actualité face aux maladies chroniques

Avec l'amélioration du niveau de vie et les progrès du système de soins et de prévention, le nombre annuel de décès maternel est quasi nul. Les taux de mortalité maternelle et infantile ont fortement diminué durant les 20 dernières années.

Cependant les pathologies développées pendant la grossesse sont fréquentes (15% contre 8% en métropole). Le diabète gestationnel constitue la première pathologie rapportée pour plus de la moitié des cas de grossesses pathologiques (*versus* 2,6% en métropole). L'obésité et le

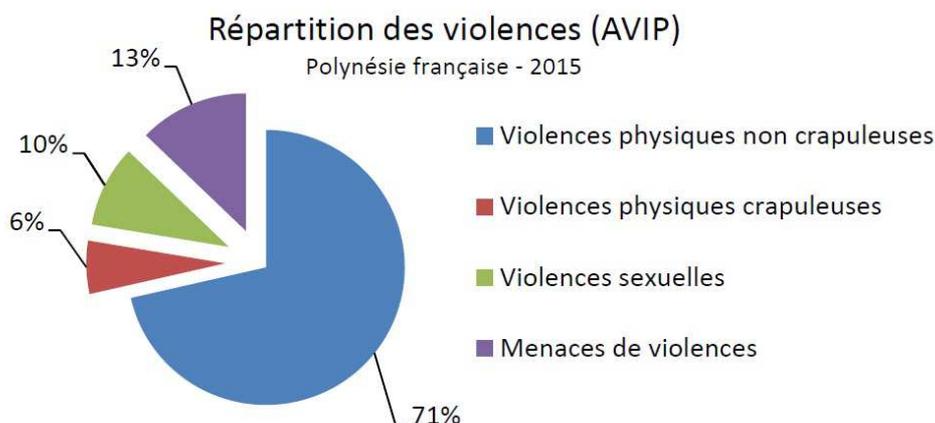
tabagisme des mères, très fréquents en Polynésie française, accentuent les risques sur la santé de la mère et de l'enfant, durant la période périnatale.

La santé sexuelle : un combat loin d'être gagné

Le combat contre les inégalités à l'égard des femmes, l'obtention des lois qui protègent l'accès à l'IVG et la planification familiale (éducation à la sexualité, prise en charge sociale de la pilule, accès à la contraception d'urgence et aux préservatifs...) et l'amélioration générale du niveau d'instruction ont pu progresser et avoir des effets positifs sur la santé sexuelle. Mais ce combat est loin d'être gagné et est plus que jamais d'actualité en Polynésie française.

Les violences intrafamiliales⁴¹

Les violences constatées en Polynésie française ont augmenté ces dernières années, en particulier les violences intrafamiliales dont les taux sont supérieurs aux moyennes nationales (en 2015 à 7,31 pour 1,000 habitants en Polynésie française contre 4,51 pour le taux national).



⁴¹ Haut Commissariat de la République en Polynésie française. *Plan de Prévention de la délinquance de Polynésie française 2016/2017*. 2016.

L'incidence des IST

Les données brutes provenant de diverses sources (hôpitaux, laboratoires, structures de santé publique) et de l'activité clinique des professionnels de santé, montrent une augmentation du nombre de cas de syphilis, de chlamydie et de gonococcie entre 2014 et 2015.

Plusieurs hypothèses peuvent être posées, notamment l'amélioration des techniques diagnostiques de laboratoire en Polynésie française qui permettent de rechercher systématiquement plusieurs agents responsables d'IST sur les prélèvements génitaux.

Un affinement des données est indispensable et repose sur des études de prévalence évoquées précédemment (cf. page 38, « Les maladies infectieuses »).

De toutes les IST, la progression de la syphilis serait la plus rapide. On observe au CHPF une augmentation des cas de séroconversions de la syphilis chez la femme enceinte (une vingtaine au premier trimestre 2016), cette situation n'avait plus été observée durant ces deux dernières décennies.

Cette réémergence possible des IST témoignerait d'un relâchement de la prévention chez les personnes. Les prises de risque existent à partir du moment où il y a un contact direct avec des lésions dues à une IST, par exemple :

- lors de rapports sexuels sans préservatif ;
- lorsque l'on ne connaît pas le statut sérologique de son (sa) partenaire sexuel ;
- lors d'un contact direct avec une lésion au cours d'une caresse ou d'un baiser.

Il est observé que les pratiques sexuelles à risques (multipartenaires sexuels, prostitution ponctuelle) non protégées, le plus souvent sous l'influence de l'alcool et/ou de la drogue, sont très fréquentes dans toutes les couches sociales. Le préservatif est souvent négligé, voire volontairement non utilisé dans des contextes à risque. La recrudescence des IST est accentuée dans des conditions de vie précaires où les problèmes d'hygiène et l'accès aux soins et aux moyens de prévention sont difficiles. Les groupes marginalisés (travailleurs du sexe, sans domicile fixe) sont à haut risque d'IST.

Devant cette situation, des mesures de santé publique et de prévention renforcées ont été prises en 2016 ⁴² pour réduire la transmission des IST dans la population sexuellement active.

Elles concernent :

- l'information et la sensibilisation du public et des groupes à risque sur les modes de transmission des IST et les moyens de prévention ;
- l'éducation à la sexualité chez les jeunes ;
- l'augmentation de l'accès du préservatif et la promotion de son usage de façon banalisée ;
- l'accès au dépistage des IST et le traitement des personnes infectées.

L'urgence de réponses aux besoins de santé des personnes âgées

La situation économique d'un bon nombre de seniors est aussi préoccupante car la chute des revenus à l'âge de la retraite et la paupérisation liée à la crise économique rendent les seniors encore plus vulnérables, malgré les aides sociales et le « minimum vieillesse » garanti.

L'offre de structures et de services dédiés aux personnes âgées reste nettement insuffisante pour aider dans la vie quotidienne, favoriser l'autonomie ou prendre en charge les difficultés et les maladies de la vieillesse ⁴³.

La Polynésie française devra se préparer dès à présent à apporter des réponses face au vieillissement et aux besoins sanitaires et médico-sociaux actuels des personnes âgées, en considération de la grande diversité des situations sociologiques, socio-économiques et géographiques.

⁴² Communication en Conseil des Ministres n°74/MSR du 27 octobre 2016 et annexe « Stop aux IST ».

⁴³ CESC. *Les personnes âgées en Polynésie française*. Rapport n°147/CESC adopté en assemblée plénière le 23/08/2011