



DIRECTION
DE LA SANTE

PROJET D'ETABLISSEMENT DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES DE POLYNESIE FRANÇAISE

METHODOLOGIE DE PROJET

DECEMBRE 2017

Elaboré par le Comité de coordination du projet :

Emmanuelle RUPP-TERRIS, assistante technique

Dr Philippe BIAREZ, chef de projet

Glenda MELIX, chef de projet adjoint

Dr Thierry BEYLIER

Le projet « Etablissement de Soins de Santé Primaires de Polynésie française » - Méthodologie de Projet

Synthèse

Contexte

Le projet « Etablissement de Soins de Santé Primaires de Polynésie française » fait suite à l'objectif prioritaire « Bâtir un établissement public polynésien de soins primaires » du Schéma d'Organisation Sanitaire de la Polynésie française 2016-2021, adopté par l'Assemblée de Polynésie française.

Calendrier

Le projet se compose de 3 phases distinctes :

- 2017 : Phase 1 : Phase de conception générale : le « volet santé » du projet
- 2018 :
 - Phase 2 : Phase organisationnelle (Elaboration du volet administratif et du volet budgétaire et réglementaire)
 - Phase 3 : Phase expérimentale

Démarche

L'ensemble du projet est basé sur une méthodologie de « recherche – action », et repose donc aussi bien sur une démarche progressive qu'une démarche participative de l'ensemble des acteurs de Polynésie française, impliqués directement ou indirectement, dans le domaine de la santé.

De manière globale, les activités principales du projet sont la réalisation d'états de connaissances, le développement de partenariats internationaux, la mobilisation territoriale, l'expérimentation, l'évaluation et la mobilisation de la population. Chaque phase du projet fait cependant l'objet d'activités spécifiques dont la description précise est disponible dans les documents afférents.

Mise en œuvre

La mise en œuvre de l'établissement de soins primaires débutera durant le 1^{er} trimestre 2019. Cette phase se caractérise par un déploiement progressif basé sur :

- Une présentation du projet structure par structure ;
- Une démarche volontaire de la part des structures ;
- Une démarche individualisée d'accompagnement par une prise en compte des caractéristiques et besoins de chaque structure.

Moyens humains

En termes de moyens humains, le projet est doté d'un comité de pilotage, d'un comité de coordination projet, d'une équipe projet « volet santé » et d'une équipe projet « volet administratif et financier ».

SOMMAIRE

1 :	CONTEXTE	4
1.1 :	PANORAMA DE LA POLYNESIE FRANÇAISE	4
1.2 :	LA SITUATION SANITAIRE EN POLYNESIE FRANÇAISE	5
1.2.1 :	LES PATHOLOGIES LIEES AUX COMPORTEMENTS A RISQUE.....	5
1.2.2 :	LES MALADIES TRANSMISSIBLES	6
1.3 :	LE SYSTEME DE SANTE EN POLYNESIE FRANÇAISE.....	8
1.3.1 :	LES STRUCTURES DE SANTE.....	8
1.3.2 :	LE REGIME D'ASSURANCE MALADIE	10
1.3.3 :	LES DEPENSES DE SANTE	10
1.4 :	LE SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE 2016 -2021.....	14
2 :	OBJECTIF ET METHODOLOGIE GENERALE DU PROJET	15
2.1 :	OBJECTIF	15
2.2 :	DEMARCHE PROJET ET ACTIVITES PRINCIPALES	15
2.2.1 :	UNE DEMARCHE DE « RECHERCHE-ACTION »	15
2.2.2 :	ACTIVITES	16
2.3 :	CALENDRIER GENERAL.....	19
2.4 :	MOYENS HUMAINS	20
2.4.1 :	LE COMITE DE PILOTAGE	20
2.4.2 :	LE COMITE DE COORDINATION PROJET	21
2.4.3 :	L'EQUIPE PROJET « VOLET SANTE »	21
2.4.4 :	L'EQUIPE PROJET « VOLET ADMINISTRATIF ET FINANCIER »	22
3 :	ANNEXES	23
3.1 :	ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISES DE MORTALITE,POLYNESIE FRANÇAISE, 1984-2010	23
3.2 :	COUVERTURE GEOGRAPHIQUE DE L'OFFRE DE SOINS DES SUBDIVISIONS DE SANTE	24
3.3 :	PROFIL DES MEMBRES DU COMITE DE COORDINATION.....	25
3.4 :	Liste des participants à l'équipe projet « Volet Santé » (2017)	26
3.5 :	Membres prévisionnels de l'équipe projet « Volet Administratif et Financier »	27
3.6 :	BIBLIOGRAPHIE	28

1 : CONTEXTE

1.1 : Panorama de la Polynésie française

Un territoire étendu et une population concentrée

La Polynésie française, composée de **118 îles** (dont 76 habitées), représentant 3250 km² de terres émergées, s'étend sur près de 5,5 millions de km², soit la superficie de l'Europe. Lors du dernier recensement datant de 2012¹, la Polynésie française comptait **268 207 habitants**, répartis de manière inégale sur l'ensemble des cinq archipels², 75 % de la population habitant les Iles-du-vent, et notamment **Tahiti et Moorea**. [1]

Une croissance de la population ralentie

Entre 2014 et 2015, la **croissance de la population** était de + 0,4 % par an, contre + 1,9 % en moyenne par an dans les années 90. Selon l'Institut de la Statistique de la Polynésie française (ISPF), ce phénomène s'explique par le recul de la natalité en lien avec la baisse de la fécondité et un important déficit migratoire. [2]

Une population vieillissante

Même si la population reste jeune (34 % de la population avaient moins de 20 ans en 2012), son **vieillessement est rapide**. L'âge moyen est passé de 24 ans en 1988 à 31 ans en 2012. Depuis 25 ans, l'espérance de vie a augmenté en moyenne de 5 mois par an pour atteindre **76 ans** en 2012. D'après les projections publiées en 2009 par l'ISPF, 17 % des habitants auront plus de 60 ans en 2027, contre 10 % en 2012. [3]

Le vieillissement rapide de la population se répercutera fortement sur les coûts de la santé mais aussi sur le financement des retraites.

Un contexte socio-économique difficile

D'après l'Institut d'Emission des Outre-Mer (IEOM) [4], « affectée par la crise économique mondiale et par une période d'instabilité politique, la Polynésie française a traversé une **longue récession**, le PIB réel chutant de 1,3 % en moyenne annuelle entre 2008 et 2013. Depuis 2014, la croissance est de retour [...]. Toutefois, la reprise n'est pas encore suffisante pour revigorer le marché du travail ». Entre 2007 et 2012, le **taux de chômage** a bondi de 11,7 % à 21,8 %. Le chômage touche davantage les jeunes de moins de 25 ans et les moins diplômés [2]. En 2015, le nombre de demandeurs d'emploi continue de progresser (+ 8,2 %, après + 1,8 % en 2014), porté par les contrats d'accès à l'emploi (CAE), instaurés en 2014. [4]

¹ Un recensement de la population a été réalisé en 2017. Les résultats sont en cours de parution.

² Du nord au sud : Archipel des Marquises, Archipel des Tuamotu, Archipel de la Société, Archipel des Gambier, Archipel des Australes

Une distribution inégalitaire des revenus

Selon l'ISPF, les **20 % des ménages** les plus aisés des Iles-du-Vent regroupent près de la **moitié du revenu total** de l'ensemble des ménages, tandis que les 20 % des ménages les moins aisés en reçoivent 6 %.

« La pauvreté monétaire relative est révélatrice d'une distribution très inégalitaire des revenus entre les ménages polynésiens : l'indice de Gini, un indicateur synthétique mesurant les inégalités monétaires, est de 0,40, un niveau d'inégalités comparable à celui de certains pays réputés à fortes inégalités, comme les Etats-Unis (0,41). Le niveau de l'indice est très supérieur à celui de la France métropolitaine (0,29) ». Selon l'Agence Française de Développement [5], l'indice de développement humain ³ de la **Polynésie française en 2010** serait celui de la **France métropolitaine de 1982**, soit 28 années d'écart.

1.2 : La situation sanitaire en Polynésie française

La suppression de l'activité de l'Observatoire de la santé, à partir de 2004, a limité la production d'analyse des données de santé.

1.2.1 : Les pathologies liées aux comportements à risque

Entre 1984 et 2010, le **taux de mortalité** en population générale⁴ a **diminué de 2,3 %** en moyenne par an, et celui par maladies infectieuses de 4,5 %⁵. Le taux de mortalité annuel standardisé moyen est de **567 décès pour 100 000 habitants** entre 2005 et 2010 [6].

Cependant, la situation sanitaire reste préoccupante, et en particulier pour les pathologies liées aux comportements à risque.

Sur la période 2005-2010, 7 253 décès sont survenus en Polynésie française, soit en moyenne 1 209 décès par an, avec une proportion plus élevée d'hommes (59 %). **Les maladies cardiovasculaires, les tumeurs et les causes externes de blessure (accident de transport, suicide, noyades...) ont été responsables de 6 décès sur 10.** La mortalité est deux fois plus élevée pour les maladies cardiovasculaires, 15 % plus importante pour les tumeurs et 40 % pour les causes externes, comparée aux taux de mortalité observés en France métropolitaine [6].

Sur cette même période 46 % des décès sont survenus prématurément avant l'âge de 65 ans. **Les pathologies chroniques** (diabète, obésité, hypertension artérielle, cancers, cardiopathies ischémiques, etc.) ont été responsables de **40 % de la mortalité prématurée**. Les **facteurs de risques** de ces pathologies, en grande partie évitables (habitudes alimentaires, sédentarité, obésité, tabagisme, alcoolisme) sont d'une **prévalence** particulièrement alarmante.

³Indice de développement humain (IDH) : Indice composite mesurant le niveau moyen atteint dans trois dimensions essentielles du développement humain : santé et longévité, accès à l'éducation et niveau de vie décent - Programme des Nations Unies pour le Développement.

⁴Toutes causes confondues. Taux ajusté sur l'âge, le sexe, les changements de classification et de codeur.

⁵Cf. Annexe : Évolution des taux standardisés de mortalité pour les six plus importantes catégories de causes de décès, dans les deux sexes, Polynésie française, 1984-2010

Selon une enquête de 2010 [7], **45 % de la population adulte** (18 à 64 ans) présente un risque majeur de développer une maladie non transmissible. Les résultats de cette enquête montrent que :

- La prévalence du **tabagisme** a augmenté passant de 36 % en 1995 à **41 %** en 2010. Les femmes fument significativement plus que les hommes (43,6 % versus 38,5 %), et les 18-24 ans plus que leurs aînés.
- Le niveau de consommation d'**alcool** se situe à un niveau moyen par rapport au reste du monde mais le phénomène d'alcoolisation massive est inquiétant (consommation moyenne par occasion : **10,8 verres** standards).
- Seuls **13 %** de la population consomment **au moins cinq fruits et légumes** par jour.
- La prévalence du surpoids et de l'obésité au sein de la population adulte est élevée : **40 % des adultes sont obèses et 30 % en surpoids**, malgré une stabilisation depuis 1995. *Selon des données internes de la Direction de la santé de 2014, 16 % des enfants âgés de moins de cinq ans sont obèses.*
- La prévalence de l'**hypertension artérielle** est de **27 %** en 2010, contre une prévalence estimée de 18 % en 1995. Seules 10 % des personnes connaissent leur statut d'hypertendu, et parmi elles, une sur deux (53 %) est traitée.
- Près de 75 % des personnes interrogées déclarent avoir déjà bénéficié d'une mesure de **glycémie** par un professionnel de santé et **10 % déclarent être diabétiques** ⁶. Plus des deux tiers des diabétiques connus (69 %) déclarent prendre un traitement antidiabétique.

La prise en charge des maladies chroniques représente des enjeux importants tant elles affectent la qualité de vie et la productivité des personnes et engendrent des coûts élevés en termes d'assurance maladie.

Par ailleurs, on dénombre :

- 27 personnes sont décédées sur les routes, au 26 décembre 2016. Plus de 60 % des accidents mortels sont liés à l'alcool et/ou aux stupéfiants. [8]
- 36 décès, en 2012, dus au suicide chez les adultes (âgés de 18 ans et plus), soit un taux de mortalité par suicide de 13,4 pour 100 000 habitants. [9]
- En 2004, 16 % de femmes (âgées de 15 ans à 59 ans) ont déclaré avoir subi des abus physiques ou sexuels par un partenaire. [9]

1.2.2 : Les maladies transmissibles

La Polynésie a connu une **diminution notable de l'incidence des maladies transmissibles** sur la dernière décennie grâce au développement du système de santé et à la politique d'immunisation. Néanmoins, il faut garder à l'esprit que du fait de la mondialisation, les maladies transmissibles restent un **risque permanent**. Une capacité de veille et de réponses aux phénomènes infectieux reste primordiale à travers le concept de sécurité sanitaire développé par l'OMS.

⁶ 5,8 % chez les 18-24 ans ; 6,9 % chez les 25-44 ans et 18,9 % chez les 45-64 ans.

En 2015, la Direction de l'environnement [10] a publié les données synthétisant les évolutions entre 2006 et 2014 pour les maladies transmissibles suivantes :

- **La leptospirose**
L'incidence annuelle de la leptospirose reste très **élevée**, entre 20 et 80 cas confirmés pour 100 000 habitants par an selon les îles, et probablement beaucoup plus de cas non déclarés. Elle entraîne entre 50 et 80 hospitalisations et 1 à 5 décès par an.
- **La dengue**
Le virus de la dengue continue à provoquer des épidémies régulières, avec alternance des sérotypes. Depuis 2006, 3 épidémies se sont développées. La maladie est à l'origine de milliers de cas à chaque épidémie, entraînant une forte morbidité aux conséquences économiques non négligeables, et pouvant occasionner des formes sévères voire des décès.
- **Le Zika**
La Polynésie française a connu en 2013 l'émergence d'un arbovirus rare, celui du Zika, transmis comme celui de la dengue par le moustique *Aedes aegypti*. Si la très grande majorité des cas n'a exprimé que des signes modérés, la maladie a probablement touché plus de la moitié de la population, entraînant plus de 30 000 consultations et un nombre élevé d'arrêts de travail. Surtout, cette épidémie, concomitante à celle de la dengue, a provoqué la survenue de formes neurologiques compliquées, dont 42 cas de Syndromes de Guillain-Barré ayant nécessité de nombreuses semaines d'hospitalisation et de rééducation.
- **La filariose**
La filariose est due à un parasite mais est également transmise par des moustiques. En 1950, de 30 à 50 % de la population était parasitée, avec une incidence de 10 % de l'éléphantiasis. Depuis 1957, avec le début des distributions de masse de Notezine®, le taux de prévalence parasitaire a régulièrement régressé, jusqu'à 1,5 % en 1983. L'arrêt des campagnes a provoqué une remontée dans les années 1990 et a nécessité la reprise d'un programme de prévention, avec 7 nouvelles campagnes de 2000 à 2007. L'évaluation faite en 2008 montrant des taux encore trop élevés, une nouvelle série de distribution par administration supervisée (POD) a débuté en 2010.
- **La tuberculose**
En 2016, le taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants s'élève à 19,7. [9]
- **Les Infections Sexuellement Transmissibles**
Les chiffres de 2014 – 2015 montrent une forte augmentation du nombre de tests positifs suite à une recherche de syphilis (+ 177 %), de chlamydie (+ 100 %), et de gonococcie (+ 130 %) en laboratoire. [11].

En parallèle, la couverture vaccinale en Polynésie française est supérieure à 95 % pour la majorité des vaccins [12].

1.3 : Le système de santé en Polynésie française

1.3.1 : Les structures de santé

Selon la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée, **la Polynésie française est compétente en matière de santé**. Elle assure donc elle-même l'organisation, le pilotage et la gestion du système de santé. L'autorité de santé est représentée par la Direction de la santé (service administratif). C'est également le principal prestataire public de soins curatifs et de prévention. Son organisation et ses activités prennent en compte les caractéristiques géographiques du territoire et la dissémination de sa population dans les archipels.

Le secteur public, seul chargé des archipels éloignés et de la principale structure hospitalière à Piraé (Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF), également appelé l'hôpital du Taaone), cohabite avec un secteur privé, surtout présent à Tahiti. [13]

1.3.1.1 : Le secteur public

Le Centre Hospitalier de la Polynésie française (Etablissement Public Administratif) est le dernier recours pour la Polynésie mais également le premier recours pour la plupart des habitants de l'archipel de la Société. Il assure des missions qui ne peuvent, en raison de leur coût, de la technicité et des équipements requis, être supportées par d'autres établissements. D'après le rapport de présentation du budget primitif de 2017 [14], le CHPF connaît une forte croissance de son activité dans tous les secteurs : + 32 % entre 2010 et 2016 pour l'activité d'hospitalisation et plus 51 % si on tient compte en plus de la radiothérapie et de la dialyse. Ces évolutions sont en partie imposées par l'environnement humain et médical du pays.

Directement rattachées à la Direction de la santé, **121 structures publiques de proximité** sont réparties dans 58 îles et **45 des 48 communes** pour assurer des soins sur la plus grande partie du territoire. On dénombre 7 centres de consultations spécialisées, 20 centres dentaires, 13 centres médicaux, 17 dispensaires, 22 infirmeries, 43 postes de secours et 4 hôpitaux périphériques, implantés à Taravao (Tahiti-Est), Moorea (Îles du Vent), Raiatea (Îles Sous-le-Vent) et Nuku Hiva (Marquises) ⁷ [13].

En 2013, près de 533 574 consultations au total ont été réalisées, toutes spécialités confondues (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et infirmiers) dans les structures publiques du Pays (hors CHPF).

(Données internes de la Direction de la santé)

Ces **quatre hôpitaux périphériques** ont vocation :

- À répondre aux besoins d'hospitalisation de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (hôpitaux de Raiatea et de Nuku Hiva) ;
- À assurer des soins de santé primaires (hôpitaux de Nuku Hiva, Moorea et Taravao) ;
- Et répondre aux besoins d'hospitalisation en soins de suite et de longue durée (hôpital de Taravao).

⁷ Cf. Annexe : Couverture géographique de l'offre de soins des subdivisions de santé en Polynésie française en 2010

Selon le Schéma d'Organisation Sanitaire de Polynésie française (2016), ces hôpitaux périphériques sont aujourd'hui confrontés à plusieurs problématiques de gestion, de gouvernance, de sous-financement et d'absence de stratégie. Ils subissent des contraintes structurelles relatives à leur desserte, à leur attractivité et à la taille du bassin d'attraction. Leur activité est déclinante et leur productivité faible : le taux d'occupation en hospitalisation des hôpitaux périphérique est très faible [15].

Ces moyens sont complétés par un **réseau inter-îles de médecins**, qui organise des consultations spécialisées auprès des patients éloignés. Selon la Cours des comptes (2011), « *ce réseau ne permet pas, toutefois, de faire l'économie d'un dispositif d'évacuation sanitaire (EVASAN), qui prend en charge le flux des patients transportés dans le cadre de l'urgence ou devant bénéficier d'examen spécialisés ou d'hospitalisations programmées, tant en Polynésie française qu'en métropole et en Nouvelle-Zélande, pour les cas les plus graves.* » [13]

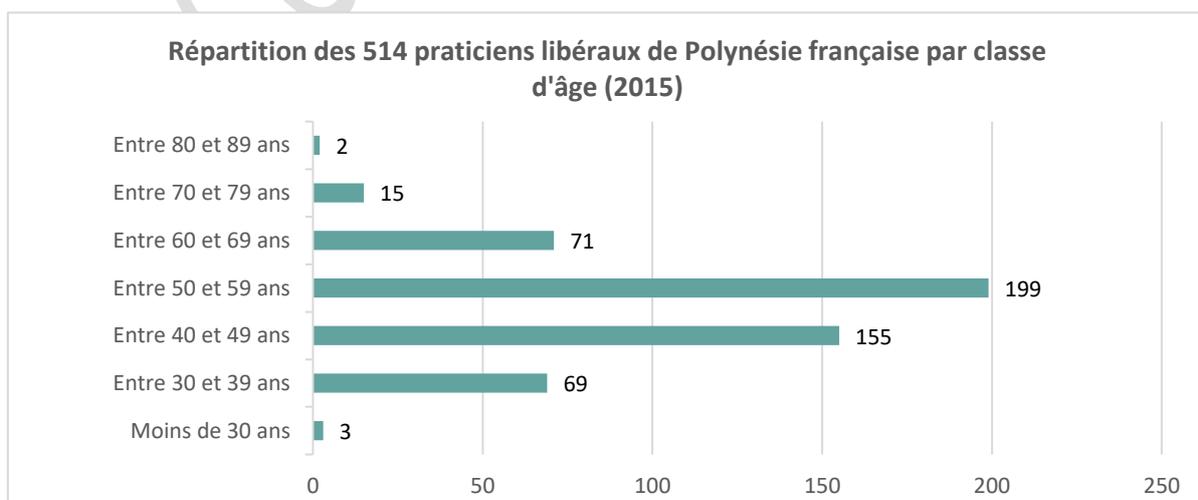
1.3.1.2 : Le secteur privé

Les établissements du secteur privé sont au nombre de 4, concentrés à Tahiti, et notamment dans la zone urbaine [15] :

- La Clinique Cardella et la Clinique Paofai (Papeete), qui ont une activité d'hospitalisation complète en court séjour et d'hospitalisation partielle ;
- Le Centre médical Mamao, centre de consultation et de chirurgie ambulatoire, qui a une activité d'hospitalisation partielle ;
- Et le Centre de Rééducation Fonctionnelle Te Tiare, qui reçoit des malades qui requièrent pour une durée déterminée, des soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

Cette concentration de l'offre de soins se constate également pour les **praticiens libéraux**. En effet, en 2015, sur les **514 praticiens** du territoire, seuls 8 sont aux Australes, 14 aux Marquises, et 12 aux Tuamotu. Parmi les médecins, seuls 29 généralistes sur 167 et 5 spécialistes ont une présence hors de Tahiti.

Par ailleurs, la pyramide des âges des professionnels libéraux est préoccupante : **287 praticiens sur 514 (soit 56%) ont plus de 50 ans, dont 88 ont plus de 60 ans**. Ce vieillissement concerne l'ensemble des archipels. Il est très marqué pour les généralistes et les dentistes.



Graphique 1: Répartition des 514 praticiens libéraux de Polynésie française par classe d'âge (2015)

1.3.2 : Le régime d'assurance maladie

Un régime d'Assurance maladie (géré par la Caisse de prévoyance sociale ou CPS) a été instauré en Polynésie française en 1974. A partir du 1^{er} juillet 1985, le « tiers payant » entre en application, selon le modèle métropolitain. Par le très haut niveau de ses indemnisations, la CPS joue à la fois le rôle d'une Caisse de base et celui d'une mutuelle complémentaire. Depuis 1995, la **Protection Sociale Généralisée (PSG)** étend les droits à une couverture sociale généralisée aux familles les plus démunies qui remplissent les conditions de 6 mois de résidence en Polynésie française.

En 2015, la CPS couvre 99 % de la population polynésienne dans le cadre de la PSG contre 72 % en 1995.

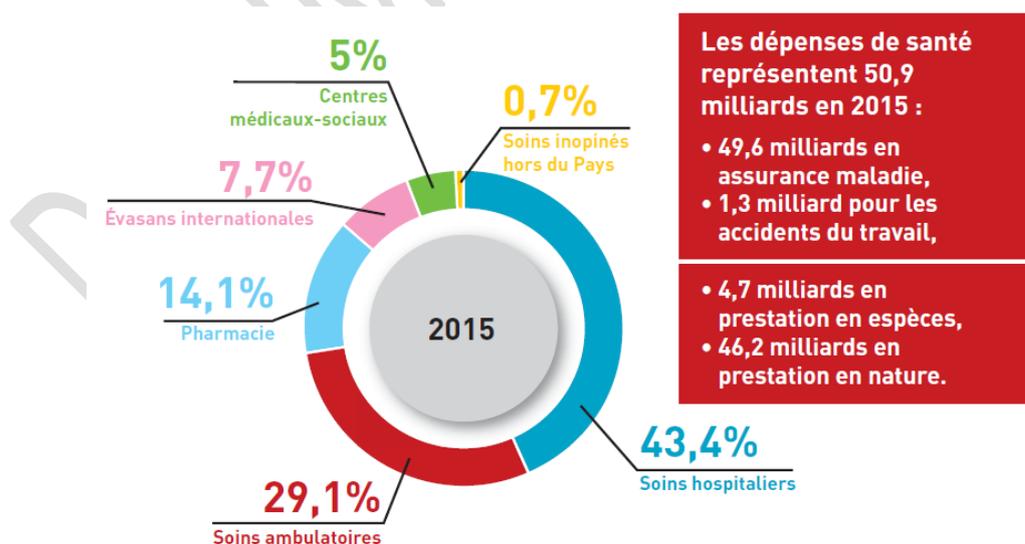
A ce jour, la CPS rembourse à un taux élevé les frais médicaux. La prise en charge des prestations en nature s'effectue à **70 % du tarif de responsabilité** et à **100 % du tarif** pour la majorité des prestations en rapport direct avec la longue maladie (Affections de Longue Durée -ALD), les actes en rapport avec la maternité ou les accidents du travail, l'hospitalisation, les évacuations sanitaires, l'appareillage après entente préalable et les frais dentaires. Par ailleurs, le système garantit aux patients le libre choix de son médecin (généraliste et spécialiste) et de son lieu d'hospitalisation, public ou privé, auquel il peut accéder directement. [16]

1.3.3 : Les dépenses de santé

L'évolution du recours aux soins, le développement de l'offre de soins (libérale et hospitalière), la hausse constante de la prévalence des maladies chroniques et le vieillissement de la population entraînent une augmentation significative des dépenses de santé.

1.3.3.1 : Les dépenses de l'Assurance maladie

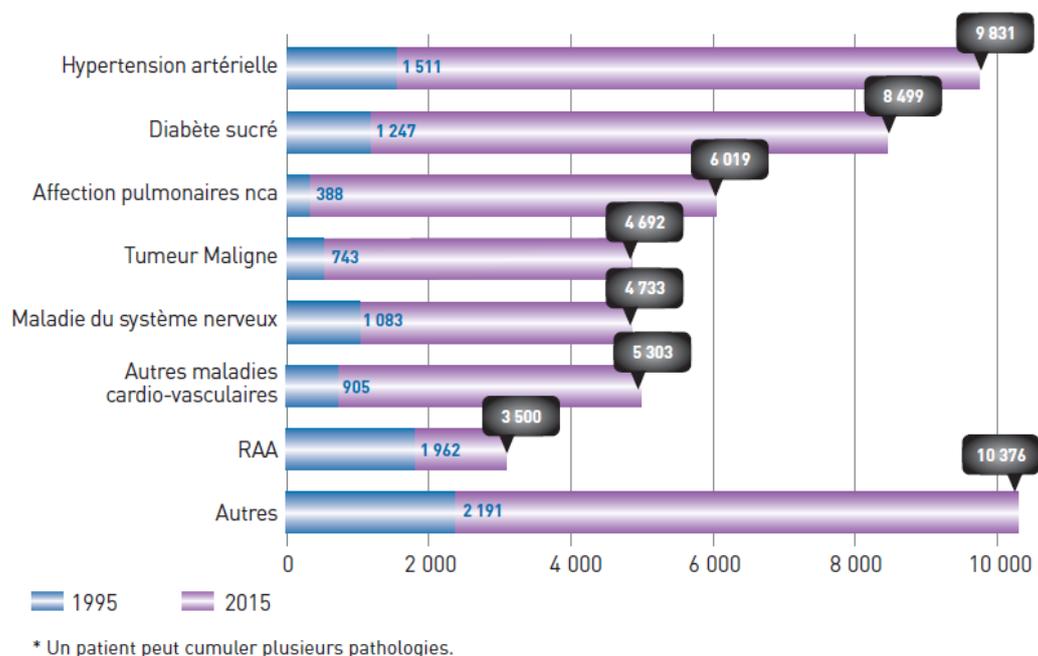
Depuis l'instauration de la PSG, les dépenses de santé n'ont cessé d'augmenter pour atteindre en 2015, **50,9 milliards F CFP**, dont 43,4 % pour les soins hospitaliers [17].



Graphique 2 : Les dépenses en nature de l'Assurance Maladie de la PSG en 2015 (Source : CPS)

Plusieurs facteurs contribuent à expliquer cette tendance :

- Une concentration croissante des **remboursements** de l'assurance maladie ;
- Une évolution des **volumes de soins** de ville proportionnelle à la croissance de la population ;
- Une évolution des **comportements** et des **modes de vie** des patients ;
- Une facilité croissante et de la **propension** à se faire soigner ;
- Et une part importante des dépenses consacrées à la **prise en charge de maladies lourdes et chroniques**, avec une très forte dynamique des maladies cardio-vasculaires.



Graphique 3 : Evolution des pathologies des patients* en longue maladie en 2015 (Source : CPS)

Le nombre de personnes en longue maladie a très fortement augmenté depuis 1995, passant d'1 habitant sur 22 en 1995 (soit 9 781 personnes) à 1 sur 7 en 2015 (soit 38 971 personnes).

De plus, la Polynésie française a été confrontée à une dégradation du contexte économique à partir de 2008, ayant comme impact :

- Une **forte augmentation** de la population bénéficiaire du **Régime de solidarité** (RSPF) (+ 55,5 % entre 1995 et 2015).
- De 1995 à 2015, le financement de la PSG a reposé principalement sur les **régimes contributifs**. Les cotisations représentent plus de 2/3 des ressources de financement de la PSG contre 60 % en 1995.
- Entre 2008 et 2013, **la masse salariale** a diminué de -12 milliards F CFP, puis une progression moyenne par an de +1 % en 2014 et 2015.

Selon la CPS, « **Face à la pression de la demande et la croissance soutenue des coûts, le financement grandissant des soins, sera de plus en plus difficile à assurer, surtout dans un contexte à faible croissance économique.** » [16]

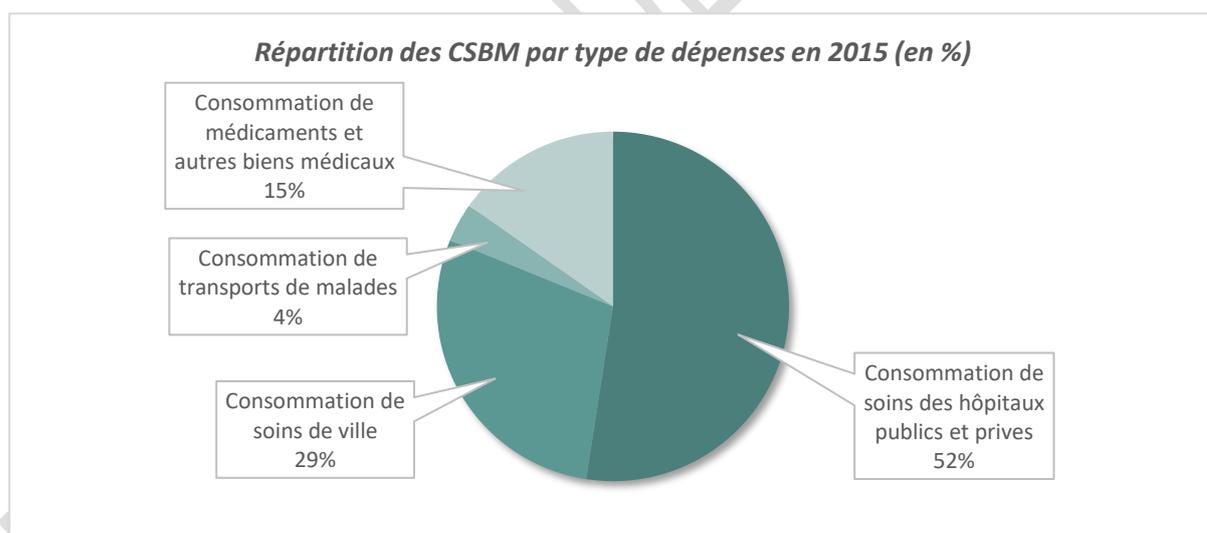
1.3.3.2 : Les comptes de la santé 2010 – 2015

L'ensemble des données ci-dessous sont issues de la présentation « Premiers résultats des comptes de la santé de 2010 à 2015 » de la Direction de la santé et du Ministère des solidarités et de la santé en charge de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille (2017). [18]

1.3.3.2.1 : Consommation de soins et biens médicaux

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) ⁸ s'est élevée à **66,4 milliards F CFP en 2015** contre 63,1 en 2010, soit une augmentation moyenne de 500 millions de F CFP par an. Les principaux éléments à retenir sont :

- **L'augmentation des dépenses des soins hospitaliers** qui représentent 52,5 % des dépenses totales en 2015 contre près de 50 % en 2010 ;
- La **forte augmentation des dépenses de transports des malades** (+ 42 %), essentiellement due au transport aérien inter îles, qui a atteint 1,4 milliard F CFP en 2015 (pour près de 30 000 évacuations) ;
- **L'augmentation** de 57 % en 5 ans du coût des **traitements ambulatoires des insuffisants rénaux**, qui a atteint 1,4 milliard F CFP en 2015 ;
- La **baisse** de plus de 400 millions F CFP pour les dépenses de soins hors territoire, en lien avec le développement du plateau technique du Centre hospitalier de Polynésie française, en oncologie.



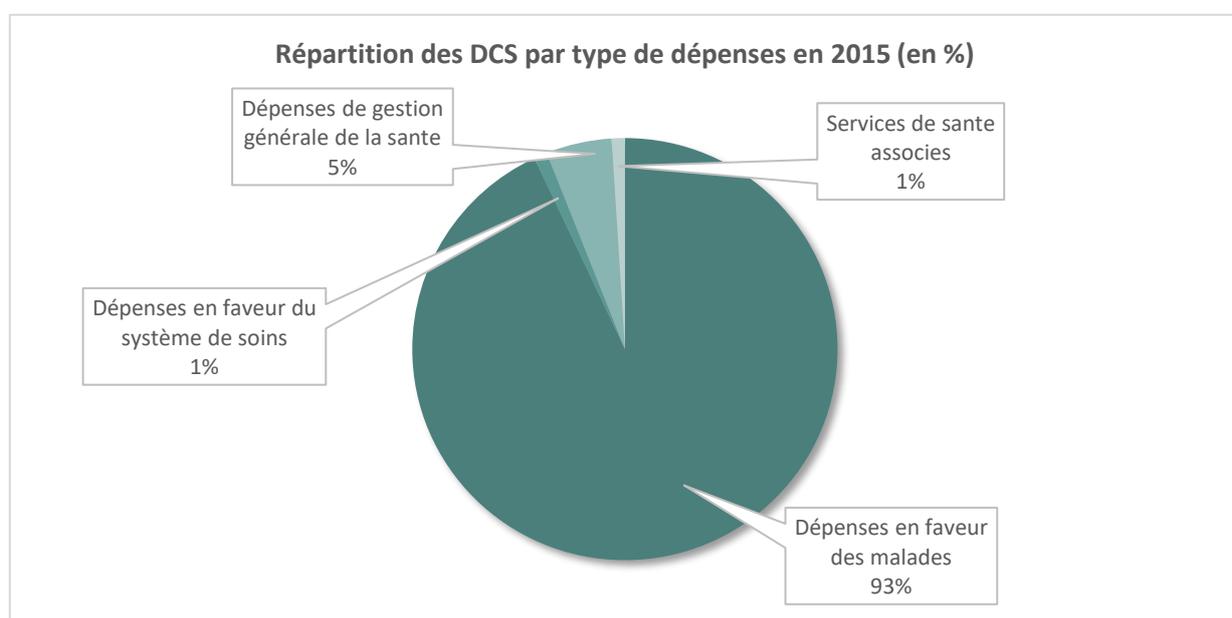
Graphique 4 : Répartition des CSBM par type de dépenses en 2015 (en %)

La CPS est le principal financeur de la CSBM avec 80 % des recettes. Cette recette de la CPS provient principalement des cotisations patronales et salariales, de la participation du Pays sous forme de subvention, de la fiscalité affectée du Pays, de l'Etat et de la sécurité sociale.

⁸ Elle comprend les soins hospitaliers publics (CHPF et Direction de la Santé) et privés, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, ...), les transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte que les consommations de soins et biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Aussi en sont exclues les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement.

1.3.3.2.2 : Dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) ⁹ a également augmenté sur la période 2010-2015 pour s'élever à **79,4 milliards F CFP**, notamment au niveau des dépenses en faveur des malades.



Graphique 5 : Répartition des DCS par type de dépenses en 2015 en %

En 2015, la DCS représente **14,4 % du Produit intérieur brut (PIB)**. Son financement est assumé par :

- La CPS (77,3 %) ;
- Le Pays (10 %) ;
- L'Etat (3,6 %) ;
- Les ménages (6,3 %) ;
- Et « Autres » (mutuelles ou encore redevances des professionnels) (3,6 %).

En valeur absolue, la DCS par habitant en Polynésie française est restée relativement stable de 2010 à 2015 à une moyenne de **287 000 F CFP**. En comparaison, en 2012, la DCS par habitant est 36 % plus faible en Polynésie française (283 000 FCFP) qu'en métropole (444 000 FCFP).

⁹ C'est l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte : les soins aux personnes âgées en établissement (unités de soins de longue durée hospitalières et établissements d'hébergement pour personnes âgées), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé (correspondant à la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé), les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

1.4 : Le Schéma d'Organisation Sanitaire 2016 -2021

Le premier Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS), approuvé par l'Assemblée de la Polynésie française en 2002, puis prorogé en 2008, a été élaboré dans un contexte économique et social ne correspondant plus à la réalité actuelle. Afin de répondre aux enjeux majeurs de la santé, un **nouveau Schéma d'Organisation Sanitaire a été adopté pour la période 2016-2021.**

« Le nouveau SOS tire les leçons du précédent, se concentre sur les orientations structurantes et les fondations permettant un renouveau, prend en compte le contexte financier, tout en tenant compte de l'évolution de l'état de santé et des besoins nouveaux et pose comme une priorité le renforcement de l'unité territoriale »

Compte rendu du conseil des Ministres du 21 octobre 2015

6 axes majeurs

Le Schéma d'Organisation Sanitaire 2016-2021 se décline en **6 axes majeurs** [15] :

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

L'établissement public polynésien de soins primaires : Pilier du SOS

Un des piliers de ce SOS est de « **Bâtir l'établissement public polynésien de soins primaires** ». Pour ce faire, 3 sous-objectifs ont été définis :

- Objectif 1.2.1. : Regrouper l'ensemble des structures publiques de santé de soins primaires et de prévention dans un établissement public
- Objectif 1.2.2. : Organiser territorialement ce nouvel établissement public autour de subdivisions
- Objectifs 1.2.3 : Transférer à cet établissement public l'ensemble des moyens afférents

Les bénéfices attendus de l'établissement public polynésien de soins primaires

Les bénéfices attendus tels que rédigés dans le SOS sont :

- Le renforcement de la dimension des Soins primaires
- La mutualisation et l'augmentation des moyens disponibles par accroissement des possibilités de rotation
- La concentration des ressources sur un objectif principal plus resserré que l'hospitalier
- Les modalités de gestion quotidienne assouplies et une gestion plus réactive, à la fois centrale et locale
- La compétence des établissements sur une population, potentiellement répartie sur plusieurs territoires

En tant qu'élément central du SOS, l'établissement de soins primaires est impliqué directement dans l'axe n°2 « Améliorer la santé primaire dans les archipels » et notamment dans l'objectif 2.1.1 « Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'instauration de l'Établissement » (allocation des moyens plus ciblée et une réactivité plus forte afin de porter le renforcement des soins primaires vers les archipels).

2 : OBJECTIF ET METHODOLOGIE GENERALE DU PROJET

2.1 : Objectif

Le projet « Etablissement de Soins de Santé Primaires de Polynésie française » a pour objectif général de mettre en œuvre l'objectif 1.2 du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016-2021 de la Polynésie française, c'est-à-dire « **Bâtir un établissement public polynésien de soins primaires, et permettre sa mise en œuvre opérationnelle d'ici 2019** », en tenant compte de l'ensemble des recommandations et objectifs du SOS 2016-2021.

Le nouvel établissement de soins primaires :

- Devra intégrer l'ensemble des structures de santé sans hébergement de l'actuelle Direction de la santé à Tahiti et dans les archipels, leurs moyens et la mutualisation de leurs équipes.
- Devra prendre en charge les soins primaires et l'ensemble de la prévention.
- Devra être organisé en subdivisions pour faciliter rotations et mutualisations à un niveau territorial
- Se verra transférer l'intégralité des moyens actuellement consacrés à chaque structure qu'il intègre.

2.2 : Démarche projet et activités principales

2.2.1 : Une démarche de « recherche-action »

L'ensemble du projet est basé sur une méthodologie de « recherche – action », c'est-à-dire « *une transposition de connaissances théoriques dans le milieu naturel étudié pour en dégager des enseignements susceptibles de généralisation [...]* »¹⁰. Cette démarche, qui repose sur des collaborations synergiques entre acteurs, vise à transformer une situation concrète ressentie comme insatisfaisante par un individu ou un groupe et à dégager de cette expérience des connaissances immédiates et éventuellement utilisables dans d'autres contextes. [19]

Le projet repose donc aussi bien sur une démarche progressive qu'une démarche participative de l'ensemble des acteurs de Polynésie française, impliqués directement ou indirectement, dans le domaine de la santé.

« [...] Pour enrichir le débat, la recherche – et singulièrement la recherche-action - en matière de modèles organisationnels est essentielle. Particulièrement si elle peut assurer une analyse critique du fonctionnement du modèle de centre de santé intégré, et de la satisfaction des bénéficiaires et des prestataires. » [20] (Denis PORIGNON ¹¹)

¹⁰ Définition du dictionnaire LAROUSSE

¹¹ Denis PORIGNON, pour l'Organisation mondiale de la Santé, Département Gouvernance et financement des systèmes de santé, Genève

2.2.2 : Activités

Chaque phase du projet fait l'objet d'activités spécifiques dont la description précise est disponible dans les documents afférents.

De manière globale, les activités principales du projet « Etablissement de Soins de Santé Primaires de Polynésie française » sont la réalisation **d'états de connaissances, le développement de partenariats internationaux, la mobilisation territoriale, l'expérimentation, la mobilisation de la population et l'évaluation.**

2.2.2.1 : Etats de connaissances

Les états de connaissances nécessaires au projet sont réalisés au fur et à mesure des phases du projet en fonction des besoins identifiés. Il s'agit de mettre à jour les connaissances via des recherches bibliographiques de qualité, l'analyse des données existantes en Polynésie, etc.

2.2.2.2 : Développement de partenariats internationaux

Le développement de la collaboration internationale a pour objectif d'accroître la connaissance des modèles et organisations des soins de santé primaires existants (tant sur l'aspect pratique que théorique), de compléter et d'asseoir les données et ressources bibliographiques privilégiées, et d'échanger avec des experts et professionnels en la matière.

Les partenaires internationaux, initiés et/ ou consolidés, du projet sont :

- **L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**, et la représentante de l'OMS pour le Pacifique. (*Identification de deux experts en cours*¹²).
- **Le centre Besroul** (Québec), qui a pour mission d'encourager la collaboration et les échanges internationaux en vue de faire avancer la médecine familiale à l'échelle mondiale ;
- Le Département de médecine de famille de **l'Université McGill, Québec** ;
- Le Département de Santé publique de la **faculté de médecine de Rennes** ;
- L'Ecole de santé publique de **l'Université de Lorraine, Nancy**.



¹² Sous réserve : Denis PORIGNON

2.2.2.3 : Mobilisation territoriale autour du projet

La mobilisation territoriale, initiée dès la phase 1 du projet (août 2017), a pour objectif de sensibiliser un ensemble d'acteurs, de connaître l'acceptabilité du projet et de préparer les futures collaborations opérationnelles. Cette mobilisation se traduit par des présentations du projet, de son avancée, des besoins en lien avec les acteurs rencontrés, etc., via des réunions collectives ou de rencontres individuelles.

Exemple de structures rencontrées :

- La Caisse de Prévoyance Sociale ;
- La Direction de la Modernisation et des Réformes de l'Administration (DMRA) ;
- La Direction Générale des Ressources Humaines (DGRH) ;
- La commission Santé de l'Assemblée de Polynésie ;
- Le Conseil de l'Ordre des Médecins (COM) ;
- La Direction Générale de l'Education et des Enseignements (DGEE) ;
- Etc.

La mobilisation concerne également les professionnels de la **Direction de la Santé** et se traduit par :

- Des présentations aux équipes
- Des réunions de travail et d'approfondissement avec les membres de l'équipe projet
- Une formation de base en santé publique et soins de santé primaires (en e-learning et en présentielle) assurée par l'Ecole de Santé Publique de Nancy et à destination de 20 professionnels. (Septembre - Octobre 2017)

2.2.2.4 : Expérimentation

Il s'agit de « tester » et d'évaluer, à travers des sites pilotes ou des équipes volontaires, l'ensemble des outils et de la méthodologie de mise en œuvre proposé par le projet, permettant ainsi un réajustement de ces éléments, si nécessaire.

2.2.2.5 : Mobilisation de la population

Selon ROCHON [21], « *La mobilisation des ressources communautaires implique une participation active de la population à la définition des problèmes de santé et au choix des moyens d'améliorer le niveau de santé (...).* ». La mobilisation de la population est un processus primordial, et d'autant plus dans le contexte socio-culturel océanien. En effet, comme le spécifie Bruno SAURA, la prise de parole est importante dans la tradition polynésienne « *Il est très important que chacun exprime ce qu'il a à dire, ce qui sous-entend qu'il soit venu et donc qu'il ait été invité et qu'il se soit exprimé. [...] Sinon ils vont dire : ils ne nous ont pas demandé ce que l'on en pensait. « to matau fenua teie ». « Une fois que tout le monde s'est exprimé, que les oppositions et les voix fortes ou divergentes se seront exprimées, on va vers une position dominante, un consensus.* ».¹³ En terme opérationnel, il s'agit donc d'organiser des réunions, temps d'échanges et de paroles au niveau local, avec l'ensemble de la population (processus décisionnel local) et des leaders d'opinion (personne présentant « *un Mana, une influence, qui font qu'ils sont capables de rallier des gens* » - Bruno SAURA).

¹³ Extrait d'entretien entre Bruno SAURA et Docteur BIAREZ, décembre 2017

2.2.2.6 : Evaluation

Les activités d'évaluation, « *processus qui détermine le degré avec lequel des services ou des interventions effectués atteignent des objectifs définis* », [22] se déclinent en différents axes (processus, impacts, etc.), ce qui nécessite en tout premier lieu des travaux de préparation en collaboration avec des ressources externes, comme le Département de Santé publique de la faculté de médecine de Rennes et l'École de santé publique de l'Université de Lorraine, Nancy.

Il s'agit, à court terme, d'évaluer la méthodologie de projet et à long terme les impacts de la mise en œuvre du projet.

DOCUMENT DE TRAVAIL

2.3 : Calendrier général

Le projet se compose de **3 phases distinctes**, dans le temps et dans les objectifs :

- Phase 1 : Phase de conception générale : le « **volet santé** » du projet (2017)
- Phase 2 : Phase organisationnelle
 - Elaboration du **volet administratif** du projet (Janvier 2018 à Juin 2018)
 - Elaboration du volet **budgétaire et réglementaire** (Juillet 2018 à Décembre 2018)
- Phase 3 : Phase **expérimentale** (2018)¹⁴
 - L'identification, le suivi et l'évaluation de centres de santé expérimentaux volontaires. (Sites publics et/ou publics-privés)
 - Le développement d'outils standardisés de santé primaires
 - Le développement d'un plan de formation spécifique aux professionnels des centres de santé

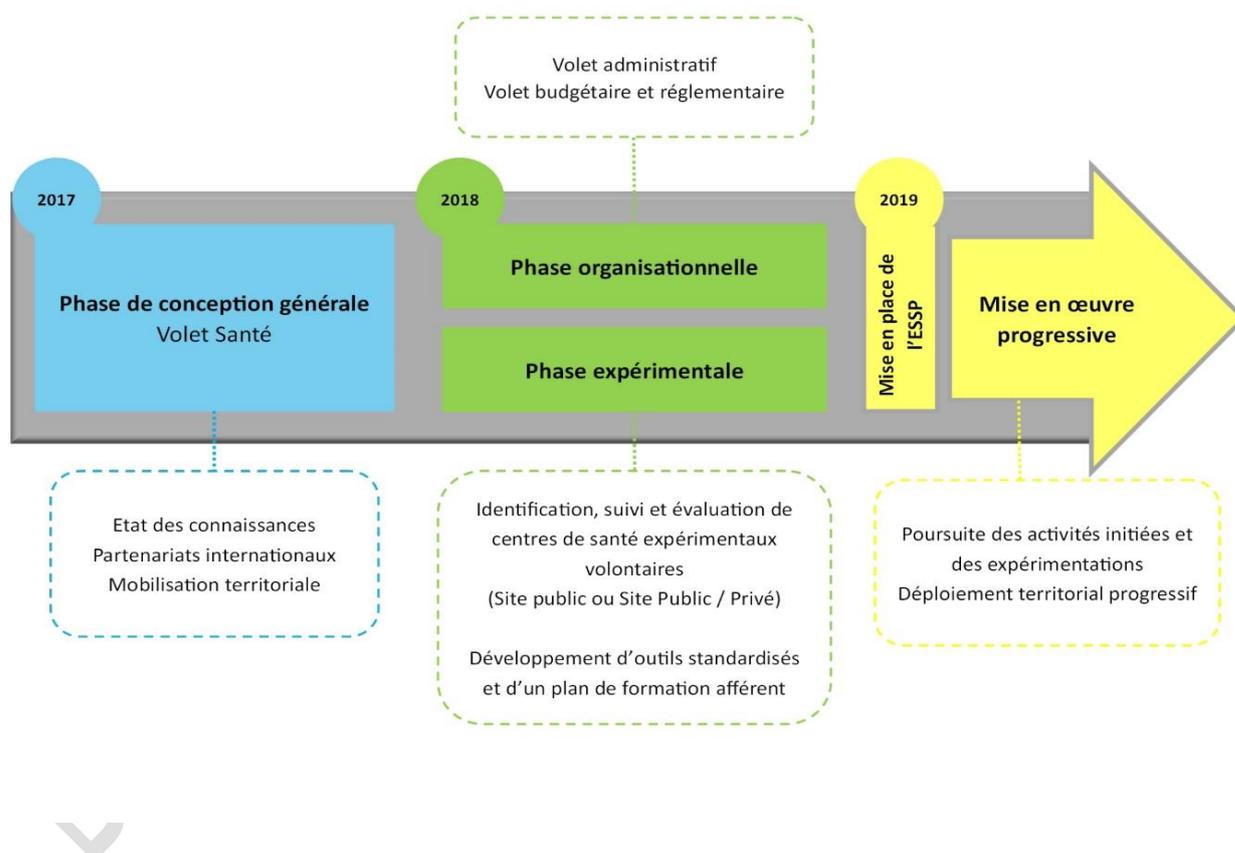


Figure 1 : Planification prévisionnelle du projet ESSP (2017-2019)

¹⁴ Le descriptif et l'organisation prévisionnelle de la phase expérimentale sont disponibles dans un document complémentaire.

La mise en œuvre de l'établissement de soins primaires débutera durant le 1^{er} trimestre 2019.

Cette phase se caractérise par un **déploiement progressif basé sur** :

- Une présentation du projet structure par structure ;
- Une démarche volontaire de la part des structures ;
- Une démarche individualisée d'accompagnement par une prise en compte des caractéristiques et besoins de chaque structure.

Cette méthodologie de projet, qui se veut progressive et participative, est essentielle à l'acceptation du changement et donc à la réussite de ce projet.

2.4 : Moyens humains

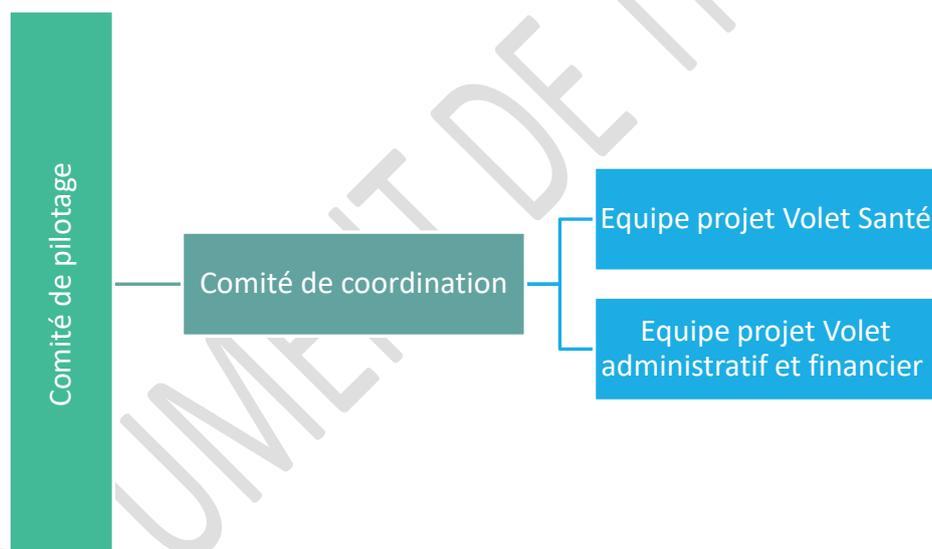


Figure 2 : Les acteurs de la démarche projet (2017)

2.4.1 : Le comité de pilotage

Le comité de pilotage du projet est composé :

- De la directrice de la santé ;
- Du comité de coordination du projet ;
- Du conseiller technique du Ministère de la Santé.

Le comité de pilotage s'est réuni à 2 reprises entre Mai et Décembre 2017.

2.4.2 : Le comité de coordination projet

Le comité de coordination projet est composé :

- **D'un chef de projet** : Docteur Philippe BIAREZ, médecin santé publique
- **Et de 3 membres d'équipe** :
 - Glenda MELIX, Ingénieur génie sanitaire ;
 - Docteur Thierry BEYLIER, Médecin ;
 - Emmanuelle RUPP-TERRIS, Consultante en Santé Publique.

Le comité de coordination s'est rencontré en moyenne 1 fois par semaine tout au long de la phase 1 « Volet santé » du projet

(Compléments dans l'annexe : Profil des membres du comité de coordination projet)

2.4.3 : L'équipe projet « volet santé »

La constitution de l'équipe projet « volet santé » est issue d'une démarche volontaire de ses membres, suite à des rencontres et échanges individuels avec le comité de coordination, au 1^{er} semestre 2017.

L'équipe projet « volet santé » est composée de l'ensemble des **responsables des structures de santé de terrain de la Direction de la santé**¹⁵ :

- 4 subdivisionnaires de santé et 3 responsables de formations sanitaires ;
- Un ou plusieurs représentants des centres de consultations spécialisées :
 - Centre de Consultations Spécialisées en Protection Maternelle et Infantile - CCSPMI
 - Centre de Consultations Spécialisées en Hygiène et Santé Scolaire – CSHSS
 - Centre de Consultations Spécialisées d'Hygiène Dentaire – CCSHD
 - Centre de Consultations Spécialisées des Maladies Infectieuses et Tropicales - CCSMIT
 - Centres de Consultations Spécialisées en Psychiatrie Infanto-Juvenile - CCSPIJ
 - Centres de Consultations Spécialisées d'Alcoologie et Toxicomanie - CCSAT
- 1 responsable du Centre d'Hygiène et de Salubrité Publique – CHSP ;
- 1 responsable du Département des Programmes de Prévention (DPP).

L'équipe projet « Volet santé » se réunit **mensuellement** (de manière présentielle ou par Skype® en fonction des contraintes et opportunités logistiques). D'**autres participants**, internes ou externes à la Direction de la santé, peuvent être conviés par les membres de l'équipe.

Les objectifs de l'équipe projet « volet santé » sont :

- De travailler de manière collégiale sur un ou plusieurs thèmes nécessaires à l'enrichissement du projet avec l'aide de l'assistante technique.
- De sensibiliser les agents sous leurs responsabilités au projet en cours, et d'identifier les propositions et les freins pouvant émerger au sein de leur service.

Pour le comité de coordination, cette mobilisation permet également de :

- Sensibiliser les membres de l'équipe projet « volet santé » aux soins de santé primaires de manière générale.
- Mobiliser les ressources et réseaux du territoire, via les membres de l'équipe projet « volet santé ».
- De préparer le changement d'organisation future.

¹⁵ Cf. Annexe : Liste des participants à l'équipe projet « Volet santé » (2017)

2.4.4 :L'équipe projet « volet administratif et financier »

L'équipe projet « volet administratif et financier » est composée des responsables et personnes ressources à compétences administratives et financières de la Direction et du Ministère de la Santé, et de l'Agence de Régulation d'Actions Sanitaire et Sociale (ARASS) ¹⁶. Les objectifs de l'équipe projet « volet administratif et financier » sont :

- Etablir les projets de textes réglementaires et juridiques nécessaires au fonctionnement de l'établissement de soins de santé primaires.
- Définir l'organisation sanitaire adossée à ce nouvel établissement, l'allocation des ressources humaines et matérielles par rapport à l'existant, ainsi que les nouvelles ressources à affecter.
- Elaborer le projet de budget de fonctionnement et d'investissement de cet établissement.
- Elaborer une programmation de mise en œuvre.

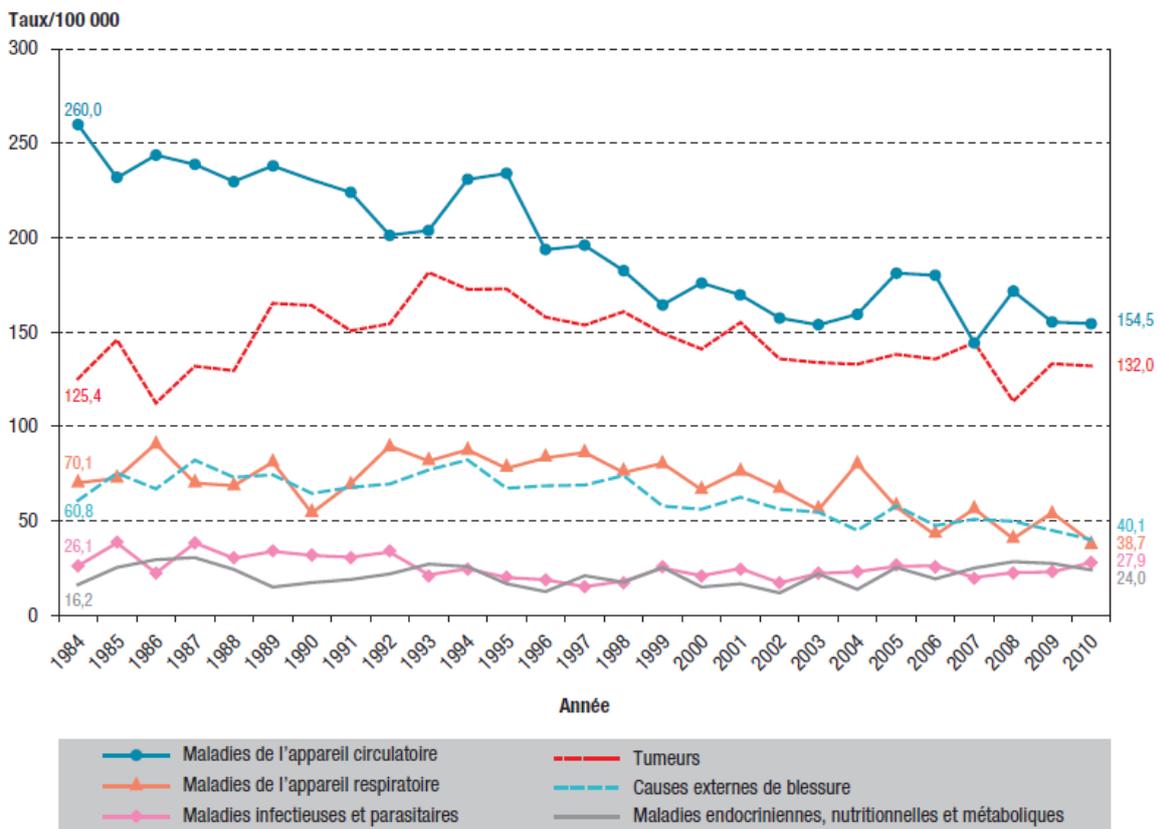
¹⁶ Cf. Annexe : Membres prévisionnels de l'équipe projet « volet administratif et financier » (identifiés en 2017)

3 : ANNEXES

3.1 : Évolution des taux standardisés de mortalité pour les six plus importantes catégories de causes de décès, dans les deux sexes, Polynésie française, 1984-2010

Figure 4

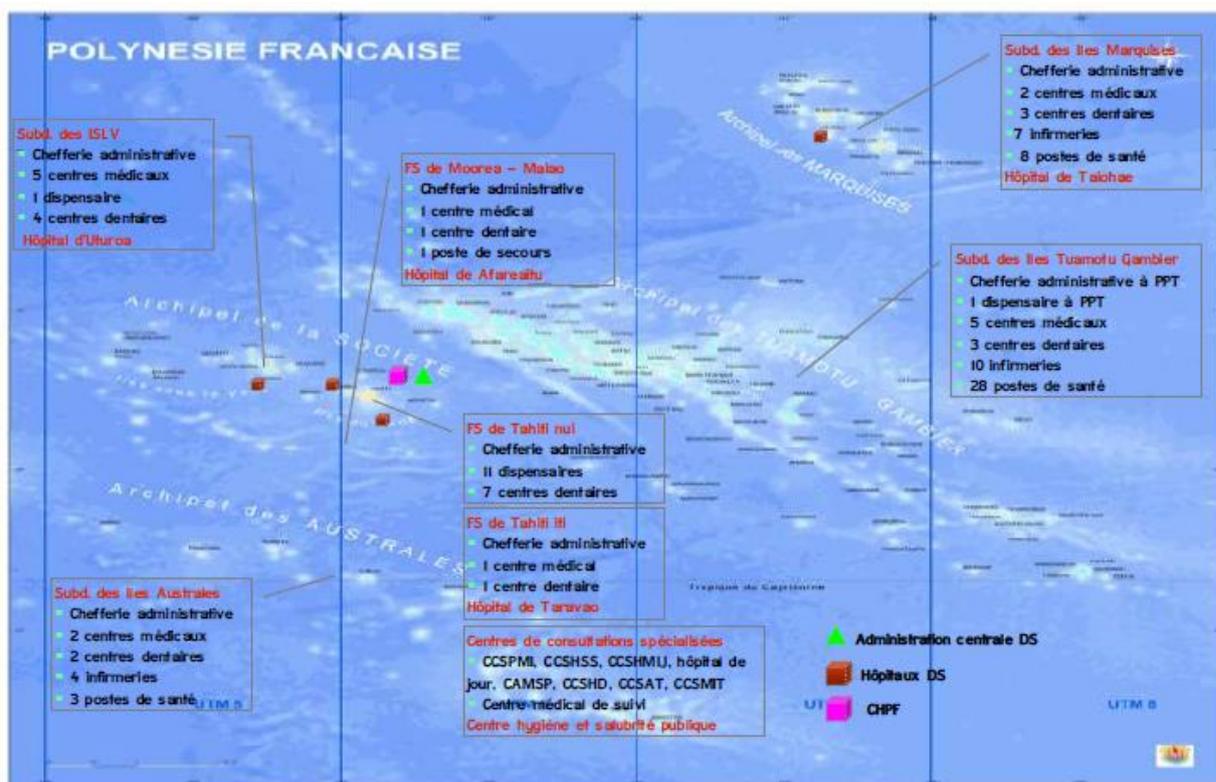
Évolution des taux standardisés* de mortalité pour les six plus importantes catégories de causes de décès, dans les deux sexes, Polynésie française, 1984-2010



* Taux standardisés sur la population mondiale pour 100 000 habitants.

Source : 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 Epidemiol Hebd. 2016;(10):183-95 [6].

3.2 : Couverture géographique de l'offre de soins des subdivisions de santé en Polynésie française en 2010



Source : Rapport d'activité de la Direction de la Santé de Polynésie française 2010 [23]

3.3 : Profil des membres du comité de coordination

Philippe BIAREZ

Docteur en médecine université de Grenoble France.

Master of public Health, University of Hawaii USA

Responsable des Formations sanitaires de Moorea Maïao

Responsable du centre de formation en soins de santé primaire insulaire

Direction de la santé Polynésie française

Thierry BEYLIER

Docteur en médecine université de Grenoble France.

Diplôme Universitaire de Santé publique et communautaire de l'École de santé publique de Nancy

Chef de projet DS "Réseau Inter-îles"

Chargée de mission

Subdivisionnaire santé des îles Sous-le-Vent

Direction de la santé en Polynésie française

Glenda MELIX

Diplôme d'études approfondies (DEA), BAC+5 spécialité « Physique et Chimie de l'Environnement » (Institut national polytechnique de Toulouse)

Formation spécialisée des ingénieurs du génie sanitaire-Diplôme de santé publique mention génie sanitaire (Ecole nationale de la santé publique (ENSP) de Rennes, actuellement dénommée Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique)

Ingénieur du génie sanitaire

Responsable du Centre d'hygiène et de salubrité publique

Directrice de la santé, par intérim : du 17 au 20/09/2009, du 23/04 au 05/05/2010 et du 05/09/2016 au 05/02/2017

Direction de la santé Polynésie française

Emmanuelle RUPP-TERRIS

Master 2 Santé publique et ingénierie des systèmes de santé de l'Université Aix-Marseille 2. Double spécialisation : Prévention et éducation pour la santé / Systèmes de santé dans les pays en voie de développement

Master 2 Sciences de l'information et de la communication, spécialisation média, santé et communication de l'École de journalisme et de communication de Marseille

Consultante en Santé Publique

Assistante technique pour le Projet « Etablissement Soins de Santé Primaires de Polynésie française » de la Direction de la santé Polynésie française

Enseignante vacataire (niveau Licence et Master)

3.4 : Liste des participants à l'équipe projet « Volet santé » (2017)

Nom Prénom	Fonction	Structures - Services
ABIHSSIRA Hélène	Médecin	CCSHSS
ALARCON Stéphane	Infirmier	CCSMIT
ANANIA Patricia	Responsable	Subdivision santé des îles Australes
BOURGES Marjorie	Responsable BMLV	DPP
BRUGIROUX Marie-Françoise	Responsable	CCSAT
CHANTEAU Sabrina	Responsable	CCSPMI
CHAUMEL Jean-François	Responsable	CCSHD
COJAN Bruno	Responsable	DPP
DEBACRE Jérôme	Responsable	Formations sanitaires de Tahiti Nui
DJEFFAL Laurent	Infirmier	Subdivision santé des îles Tuamotu Gambier
GIRAUD Patricia	Responsable	CCSPMI
HOATA Denis		Association Te Toea
HORACE Maire	Cadre de santé	Subdivision Santé des îles Tuamotu Gambier
NGUYEN Lam	Responsable	CCSMIT
PIN Anne-Claire	Chargée de projet	DPP
RONDEAU Lucie	Chargée de projet	DPP
ROURE Damien	Infirmier	CCSAT
SEGALIN Jean-Marc	Responsable du BPI	DPP
SEGALIN Valérie	Médecin	CCSPMI
SOUVERAIN Christelle	Cadre de santé	CCSHSS
SPAAK Francis	Responsable	Subdivision santé des îles Tuamotu Gambier
TAMARII Véronique	Responsable	Subdivision santé des Marquises
TEFAAFANA Marie-Pierre	Responsable	Formations sanitaires de Tahiti Iiti
TEHEI Hinatea		Association Te Toea
TEROROTUA Vaea	Responsable	CCSHSS
THERON Laurence	Directrice de la santé	
TROUCHE-BONNO Heimana	Médecin	CCSHSS
WALKER Ramon	Infirmier	CCSHSS

3.5 : Membres prévisionnels de l'équipe projet « volet administratif et financier » (identifiés en 2017)

Nom Prénom	Fonction	Structures - Services
BARBAS Caroline	Responsable	BRHF
MAO CHE Nancy	Responsable	DAF
MERVIN Merehau	Directrice adjointe	Direction de la Santé
<i>En cours d'identification</i>	Assistant(e) technique administratif	
RICHMOND Teama	Conseiller technique en charge du budget	Ministère de la Santé
TOOMARU Nick	Chargé de mission	Direction de la Santé
<i>En cours d'identification</i>		ARASS

3.6 : Bibliographie

- [1] Institut de la statistique de la Polynésie française, « Recensement de la population 2012 : principaux résultats ». nov-2013.
- [2] Institut de la statistique de la Polynésie française, « Institut de la statistique de la Polynésie française ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.ispf.pf/>.
- [3] Institut de la statistique de la Polynésie française, « Projections de population pour la Polynésie française à l'horizon 2027 », *Points forts de la Polynésie Française*, n° 3, 2009.
- [4] Institut d'Emission d'Outre-Mer, « Note expresse N° 206 - Panorama de la Polynésie française ». nov-2016.
- [5] Agence Française de Développement, « Quel niveau de développement des départements et collectivités d'outre-mer ? Une approche par l'indice de développement humain ». 2013.
- [6] L. YEN KAI SUN, G. REY, et W. GHOSN, « Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010 et tendances évolutives de 1984 à 2010. », *Bull. Epidémiologique Hebd.*, n° 10, p. 183-195, Avril 2016.
- [7] S. BERTRAND et A. L. BERRY, « Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. », *Bull. Epidémiologique Hebd.*, n° 28-29, p. 326-332, Juillet 2013.
- [8] Haut-commissariat de la république en Polynésie française, « Sécurité routière - Information médias ». 31-déc-2016.
- [9] Direction de la santé de Polynésie française, « Données internes - Direction de la Santé de Polynésie française ».
- [10] Direction de l'environnement de Polynésie française, « L'état de l'environnement en Polynésie française 2007/2014 », 2015.
- [11] Ministère de la santé et de la recherche de Polynésie Française, « Communiqué de presse de la Campagne de lutte contre les Infections Sexuellement Transmissibles du 1er au 31 Décembre 2016 ». 2016.
- [12] Direction de la santé de Polynésie française, « Evaluation de la couverture vaccinale des élèves scolarisés en PF année 2011 – 2012 ». 2013.
- [13] Cours des comptes, « Le système de santé en Polynésie française et son financement. Rapport public annuel 2011 », 2011.
- [14] Centre Hospitalier de la Polynésie Française, « Budget primitif 2017 du Centre Hospitalier de la Polynésie Française », janv. 2017.
- [15] M. de la santé et de la recherche Gouvernement de la Polynésie française, « Schéma d'Organisation Sanitaire de la Polynésie française 2016-2021 », Avril 2016.
- [16] Caisse de prévoyance sociale, « L'assurance maladie, un enjeu majeur pour la collectivité », *Caisse de prévoyance sociale*, 2013. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.cps.pf/la-cps-et-la-psg/presentation-de-la-cps/l-assurance-maladie-un-enjeu-majeur-pour-la-collectivite>. [Consulté le: 21-juin-2017].
- [17] Caisse de prévoyance sociale, « Les chiffres clés de la PSG - 2015 ».
- [18] Direction de la santé de Polynésie française et Ministère de la santé de la Polynésie Française, « Les comptes de la santé de la Polynésie française. Résumé des premiers résultats des comptes de la santé de 2010 à 2015 ».
- [19] M. PREVOST, « La recherche-action en maison médicale », *Santé Conjug.*, n° 30, oct. 2004.
- [20] D. PORIGNON, « Maisons médicales : un point de vue international », *Santé Conjug.*, n° 66, oct. 2013.
- [21] J. ROCHON, « La santé communautaire dans le système régional des services de santé et des services sociaux ». Annuaire du Québec 1975/1976.

- [22] Banque de données en santé publique, « Glossaire multilingue », *Banque de données en santé publique*. [En ligne]. Disponible sur: <http://asp.bdsp.ehesp.fr/Glossaire/>. [Consulté le: 22-juin-2017].
- [23] Direction de la santé de Polynésie française, « Rapport d'activités 2010 ». 2011.

DOCUMENT DE TRAVAIL