



DIRECTION  
DE LA SANTE

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

**PHASE DE CONCEPTION VOLET SANTE**

**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

# Projet « Etablissement de Soins de Santé Primaires de Polynésie française » - Phase de conception Volet Santé

## L'établissement de soins de santé primaires, c'est :

### Une approche

Les Soins de Santé Primaires sont :

- Modernes ;
- Efficaces ;
- Basés sur une approche globale de l'individu et sa famille ;
- Continus en termes de lieu, de ressources et d'information.

### Un modèle de mise en œuvre

Le modèle de mise en œuvre des soins de santé primaires est basé sur des structures de **proximité** adaptées à la population, tenant compte des déterminants locaux de santé, dont les activités sont :

- **Des soins curatifs** de qualité centrés sur l'individu et sa famille ;
- Des actions de **promotion de la santé** au niveau local ;
- **De la médecine préventive.**

### Des modalités opérationnelles

La mise en œuvre du modèle des soins de santé primaires nécessite :

- **Un certain degré d'autonomie** des structures de proximité pour une organisation adaptée au contexte ;
- **Des managers** identifiés, formés, bienveillants, pour un bien-être au travail, et une efficacité du service public ;
- Des pratiques **professionnelles** harmonisées selon les **recommandations internationales** en santé, à travers des **outils** standardisés et un plan de **formation** afférent ;
- **L'évaluation** de l'ensemble des moyens pour une meilleure efficacité.

### De multiples bénéfices

La mise en œuvre de ce modèle :

- Permet le développement et la consolidation de **partenariats intersectoriels** pour une action globale en faveur de la santé ;
- Permet un travail en **équipe pluridisciplinaire**, source de plaisir, de qualité et d'efficacité du service public ;
- Représente une opportunité de **collaboration** entre le secteur public et le secteur privé.

# SOMMAIRE

---

<b>1 :</b>	<b>CONTEXTE .....</b>	<b>4</b>
<b>2 :</b>	<b>PHASE DE CONCEPTION : VOLET SANTE .....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 :</b>	<b>OBJECTIFS DE LA PHASE DE CONCEPTION : VOLET SANTE.....</b>	<b>6</b>
<b>2.2 :</b>	<b>ACTIVITES ET CALENDRIER DU VOLET SANTE (2017) .....</b>	<b>7</b>
2.2.1 :	ACTIVITES .....	7
2.2.2 :	CALENDRIER .....	10
<b>3 :</b>	<b>LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1 :</b>	<b>SYNTHESE DE LA REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>11</b>
3.1.1 :	LA SANTE ET LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES .....	11
3.1.2 :	LES SOINS (DE SANTE) PRIMAIRES ET MODELES ASSOCIES .....	14
<b>3.2 :</b>	<b>ETAT DE L'EXISTANT EN MATIERE DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE .....</b>	<b>20</b>
3.2.1 :	UN MODELE SINGULIER .....	20
3.2.2 :	MAIS PRESENTANT DES LACUNES SELON L'APPROCHE DE L'OMS DES SOINS PRIMAIRES ACTUELLES .....	21
<b>4 :</b>	<b>MODELE ET MISE EN ŒUVRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE ....</b>	<b>23</b>
<b>4.1 :</b>	<b>L'APPROCHE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES PROPOSEE EN POLYNESIE FRANÇAISE EN 2017 .....</b>	<b>23</b>
<b>4.2 :</b>	<b>MODELE DE MISE EN ŒUVRE .....</b>	<b>28</b>
4.2.1 :	UNE DEMARCHE PROGRESSIVE.....	28
4.2.2 :	ORGANISATION ET MISSION GENERALE.....	28
<b>4.3 :</b>	<b>ACTIVITES ET MOYENS NECESSAIRES .....</b>	<b>34</b>
4.3.1 :	RENFORCER LES MOYENS MATERIELS .....	34
4.3.2 :	RENFORCER LES MOYENS HUMAINS .....	35
4.3.3 :	PERMETTRE UNE ADAPTABILITE DES CENTRES DE SANTE .....	35
4.3.4 :	FAVORISER LE TRAVAIL EN RESEAU.....	35
4.3.5 :	DEVELOPPER LES PRATIQUES SELON L'APPROCHE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES ADOPTEE .....	36
4.3.6 :	DEVELOPPER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS.....	36
4.3.7 :	OFFRIR UNE SERIE D'OUTILS STANDARDISES EN SOINS DE SANTE PRIMAIRES .....	37
4.3.8 :	DEVELOPPER LA COLLABORATION PUBLIC - PRIVE .....	38
4.3.9 :	AUTRES MOYENS IDENTIFIES.....	38
<b>4.4 :</b>	<b>PERSPECTIVES.....</b>	<b>40</b>
4.4.1 :	SUIVI ET DE COORDINATION DE PROJET .....	40
4.4.2 :	EQUIPE PROJET VOLET SANTE .....	40
4.4.3 :	ACTIVITES DE LA PHASE ORGANISATIONNELLE .....	40
4.4.4 :	ACTIVITES DE LA PHASE EXPERIMENTALE.....	40
4.4.5 :	EVALUATION .....	41
<b>4.5 :</b>	<b>RYTHME PREVISIONNEL DES ACTIVITES - SYNTHESE.....</b>	<b>42</b>

<b>5 :</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>43</b>
<b>5.1 :</b>	<b>ABREVIATIONS.....</b>	<b>43</b>
<b>5.2 :</b>	<b>QUESTIONS DE RECHERCHE TRAITÉES PAR L'ÉQUIPE PROJET VOLET SANTÉ.....</b>	<b>44</b>
<b>5.3 :</b>	<b>CALENDRIER PRÉVISIONNEL DÉTAILLÉ.....</b>	<b>46</b>
<b>5.4 :</b>	<b>ÉTAT DES CONNAISSANCES .....</b>	<b>49</b>
5.4.1 :	LES DÉTERMINANTS DE SANTÉ .....	49
5.4.2 :	LES SOINS (DE SANTÉ) PRIMAIRES.....	62
<b>5.5 :</b>	<b>CONCEPT FÉDÉRATEUR DES ÎLES-SANTÉ POUR LES ÉTATS ET TERRITOIRES INSULAIRES DU PACIFIQUE. ....</b>	<b>70</b>
<b>5.6 :</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>71</b>

# 1 : 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**, adoptée par l'Assemblée de Polynésie française.

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

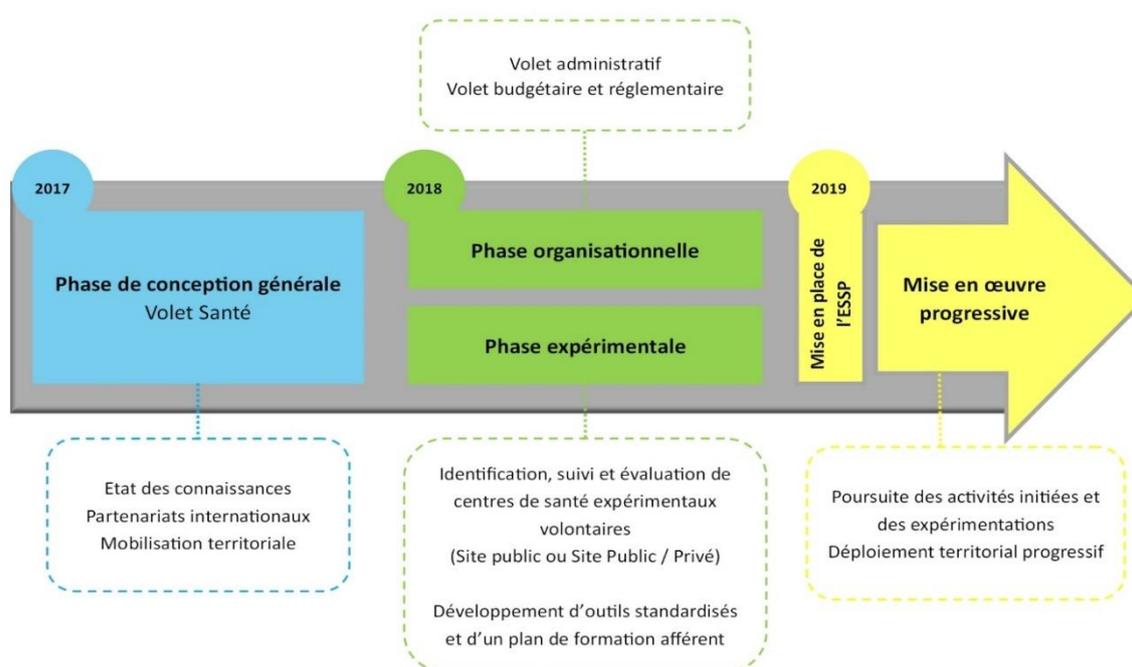


Figure 1 : Planification prévisionnelle du projet ESSP (2017-2019)

La **mise en œuvre** de l'établissement de soins de santé primaires est programmée pour le 1<sup>er</sup> 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.

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, la mobilisation de la population et l'évaluation. Chaque phase du projet fait cependant l'objet d'activités spécifiques dont la description précise est disponible dans les documents afférents.

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 ».

**La méthodologie générale du projet fait l'objet d'un document spécifique intitulé  
« Projet d'établissement de soins de santé primaires de Polynésie française –  
Méthodologie de projet ».**

## 2 : PHASE DE CONCEPTION : VOLET SANTE

### 2.1 : Objectifs de la phase de conception : Volet Santé

La phase 1 « construction du volet santé » du projet a pour objectif général d'**élaborer, d'ici décembre 2017, un projet institutionnel d'établissement public de soins primaires, adapté aux contraintes et spécificités de la Polynésie française, et permettant le démarrage de la phase de construction administrative et financière.**

Cette phase est composée des sous-objectifs suivants :

Objectif 1	Proposer un modèle d'établissement de soins primaires adapté aux contraintes et spécificités de la Polynésie Française, et validé par le Ministère de la Santé.	<p><b>Objectif 1.1 :</b> Réaliser l'analyse de la littérature sur les soins de santé primaires et les modèles d'organisation existants.</p> <p><b>Objectif 1.2 :</b> Réaliser un état des lieux des soins de santé primaires au regard de cette revue de littérature et proposer un modèle pour la Polynésie française.</p>
Objectif 2	Identifier les aspects opérationnels, ainsi que les freins et leviers associés, à mettre en œuvre pour atteindre le modèle d'établissement de soins primaires adopté.	<p><b>Objectif 2.1 :</b> Mobiliser l'équipe projet « volet santé » pour un travail d'approfondissement sur les aspects opérationnels à mettre en œuvre, ainsi que les freins et leviers associés, pour atteindre le modèle cible.</p> <p><b>Objectif 2.2 :</b> Mobiliser les acteurs et les institutions du pays, concernés directement ou indirectement par la santé, afin d'identifier avec eux les aspects opérationnels à mettre en œuvre, ainsi que les freins et leviers, spécifiques à leur domaine, pour atteindre le modèle cible.</p>
Objectif 3	Sensibiliser et mobiliser les acteurs et les institutions du pays, concernés directement ou indirectement par la santé, afin de développer une vision commune forte autour du projet d'établissement de soins primaires et établir des partenariats forts, débouchant sur des collaborations positives.	
Objectif 4	Légitimer la démarche du projet d'élaboration de l'établissement de soins primaires et les valeurs qui lui sont associées, afin de restaurer un réel leadership de santé primaire permettant d'émettre des avis pertinents et de peser sur les décisions administratives et financières.	<p><b>Objectif 4.1 :</b> Initier, développer et consolider des collaborations et partenariats internationaux avec des structures et institutions de références dans le domaine des soins primaires.</p> <p><b>Objectif 4.2 :</b> Mettre en place une formation sur les soins de santé primaires à destination des professionnels de la Direction de la santé (environ 20 participants).</p>

Tableau 1 : Objectifs 2017 de la phase volet santé du projet ESSP

## 2.2 : Activités et calendrier du volet santé (2017)

### 2.2.1 : Activités

Les activités du « volet santé », de Mars 2017 à Décembre 2017, se déclinent en trois grandes catégories :

- La réalisation d'un état des connaissances et d'un état de l'existant ;
- Le développement de partenariats internationaux ;
- La mobilisation territoriale autour du projet.

**L'ensemble de ces activités, menées par le comité de coordination, appuyé par les moyens humains mentionnés auparavant, ont permis d'aboutir à la proposition du projet d'établissement de soins de santé primaires, en décembre 2017, dans une démarche de co-construction et de participation globale des acteurs du territoires.**

#### 2.2.1.1 : Etat des connaissances et état de l'existant

**L'état des connaissances** porte sur **les soins de santé primaires et concepts associés**. Pour ce faire, une démarche de recueil et d'analyse de données bibliographiques a été réalisée, par le comité de coordination, de mai à octobre 2017.

**L'état de l'existant a porté sur les soins de santé primaires en Polynésie française**. Ces derniers n'ont pas fait l'objet d'étude directe sur le territoire. De ce fait, l'ensemble des données recueillies proviennent :

- D'éléments du diagnostic réalisé dans le cadre de l'élaboration du Schéma d'Organisation Sanitaire de Polynésie française (2016-2021).
- Des retours d'expériences et des constats des professionnels de la Direction de la Santé. Certains de ces éléments ont été complétés par un travail de recherche de terrain mené par l'équipe projet volet santé (exemples : les freins à l'accessibilité du point de vue des soignants, etc.) de Juillet à Décembre 2017<sup>1</sup>.

**Ce travail de recherche a permis l'élaboration des bases du modèle d'établissement de soins de santé primaires, validées par le comité de pilotage en Juillet 2017.**

---

<sup>1</sup> Cf. annexe : Questions de recherche traitées par l'équipe projet « volet santé »

### 2.2.1.2 : Développement de partenariats internationaux

#### **L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)**

Le partenariat avec l'Organisation Mondiale de la Santé s'est traduit par la venue du Dr Corinne CAPUANO, représentante de l'OMS pour le Pacifique, du 21 au 23 août 2017. A cette occasion, une première réunion interministérielle autour de la thématique « Santé » a été organisée. Suite aux visites des dispensaires de Bora-Bora et de Papara (Tahiti), durant lesquelles l'avancée du projet d'établissement de soins de santé primaires a été présentée aux équipes, ces structures ont été identifiées comme « **site pilote** » pour la phase expérimentale de 2018.



#### **Partenariat avec des professionnels de santé du Québec**

Une première rencontre par Skype® avec le Dr Maxine Dumas Pilon, ancienne présidente du Collège québécois des médecins de famille, en octobre 2017, a permis de mieux comprendre la place et l'organisation des soins de santé primaires au Québec, référent en la matière, et d'échanger de la documentation.



Suite à ce premier contact, différentes collaborations ont pu être initiées avec :

- **Le centre Besroul**, 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**, dont le directeur Monsieur Howard BERGMAN, est un des concepteurs du modèle des Groupe de médecine de famille (GMF).

#### **Partenariat avec le Département de Santé publique de la faculté de médecine de Rennes**

Pascal JARNO, Médecin de santé publique du Département de Santé Publique de la Faculté de médecine de Rennes, a mobilisé un certain nombre de ses collaborateurs autour du projet polynésien, dont le Département de médecine générale.

Cela s'est traduit par des échanges réguliers sur la base des documents d'avant-projet et par un travail de recherches complémentaires réalisé par deux internes en Santé publique (mise en perspectives des données sanitaires, exemple d'expérimentations de collaborations du secteur privé / public, etc.). Ce partenariat fera l'objet d'une officialisation par convention en 2018 (*en cours*).



### 2.2.1.3 : Mobilisation territoriale autour du projet

Dès Août 2017, l'avancée du projet a été présentée lors de réunions collectives ou de rencontres individuelles, à un ensemble d'acteurs afin de les sensibiliser, de connaître l'acceptabilité du projet et de préparer les futures collaborations opérationnelles.

Les **structures rencontrées** sont :

- Les représentants et élus communaux des Iles de la Société ;
- La Caisse de Prévoyance Sociale ;
- Le Centre Hospitalier de Polynésie française ;
- La Direction de la Modernisation et des Réformes de l'Administration (DMRA) ;
- La Direction des Affaires Sociales (DAS) ;
- 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 des Transports Terrestres (DTT) ;
- La Direction Générale de l'Education et des Enseignements (DGEE) ;
- Le syndicat des médecins libéraux ;
- Le syndicat des infirmiers libéraux.

La mobilisation a également concerné les professionnels de la **Direction de la Santé** et s'est traduite par :

- Des présentations aux équipes (Formation Sanitaire de Tahiti Nui, Cellules de Promotion de la Santé, CCSPMI, CCSHS et CCSHD) ;
- Des réunions de travail avec certains membres de l'équipe projet autour des questions de recherches et des outils standardisés.
- 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)

*Cette mobilisation territoriale, dont la méthodologie est appréciée par les partenaires, se poursuivra en 2018, avec la programmation de rencontres de structures telles que la Direction de l'agriculture, la Direction de la culture, la Direction de la Jeunesse et des Sports, etc.*

*Par ailleurs, de « jeunes » médecins libéraux seront mobilisés afin de connaître leur avis sur le projet et les améliorations possibles en termes d'attractivité (en cours 2017-2018).*

## 2.2.2 : Calendrier

(Le calendrier est détaillé dans l'annexe « Calendrier prévisionnel détaillé »)

La phase 1 « construction du volet santé » se déroule de **Mars 2017 à Décembre 2017**.

Objectifs	Activités	Calendrier
<p><b>Objectif 1.1</b> : Réaliser l'analyse de la littérature sur les soins de santé primaires et les modèles d'organisation existants.</p> <p><b>Objectif 1.2</b> : Réaliser un état des lieux des soins de santé primaires au regard de cette revue de littérature et proposer un modèle pour la Polynésie française</p>	Revue de littérature et analyse de l'existant	Mai - Octobre
	Analyse conjointe de l'existant, des objectifs du SOS et des données recueillies	
	Elaboration du modèle cible	
	Validation du modèle cible par le ministère de la Santé et la Direction de la santé	
<p><b>Objectif 2.1</b> : Mobiliser l'équipe projet « volet santé » pour un travail d'approfondissement sur les aspects opérationnels à mettre en œuvre, ainsi que les freins et leviers associés, pour atteindre le modèle cible.</p>	Constitution de l'équipe projet volet santé (interview des membres, mise à disposition de documentation, etc.)	Avril - Décembre
	Réunions de l'équipe projet (mensuelles)	
<p><b>Objectif 2.2</b> : Mobiliser les acteurs et les institutions du pays, concernés directement ou indirectement par la santé, afin d'identifier avec eux les aspects opérationnels à mettre en œuvre, ainsi que les freins et leviers, spécifiques à leur domaine, pour atteindre le modèle cible.</p> <p><b>Objectif 3</b> : Sensibiliser et mobiliser les acteurs et les institutions du pays, concernés directement ou indirectement par la santé, afin de développer une vision commune forte autour du projet d'établissement de soins primaires et établir des partenariats forts, débouchant sur des collaborations positives</p>	Rencontres individuelles de présentation du projet aux structures et institutions du territoire en lien avec la santé (CPS, CHPF, DMRA, DBF, DAS, représentants communaux, etc.)	Juillet - Décembre
	Communication au sein de la Direction de la santé pour présenter le projet (réunions collectives, interventions lors des réunions de service, etc.)	
<p><b>Objectif 4.1</b> : Initier, développer et consolider des collaborations et partenariats internationaux avec des structures et institutions de références dans le domaine des soins primaires.</p>	Identification d'une à plusieurs universités partenaires de santé publique	Mai - Décembre
	Prise de contact, développement et consolidation de la collaboration avec les partenaires identifiés	
<p><b>Objectif 4.2</b> : Mettre en place une formation sur les soins de santé primaires à destination des professionnels de la Direction de la santé (environ 20 participants).</p>	Identification d'un organisme à même de proposer une formation de santé publique/primaire de base	Avril - Novembre
	Finalisation du programme et du calendrier de formation santé primaire	
	Formation santé primaire de l'équipe projet santé	

Tableau 2 : Objectifs, activités et calendrier prévisionnel (phase volet santé - 2017)

# 3 : LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE

## 3.1 : Synthèse de la revue de la littérature

L'ensemble du recueil et de l'analyse de données bibliographiques, ainsi que leurs références, est disponible en annexe « Etat des connaissances »

Selon les objectifs du SOS 2016-2021, l'établissement de soins primaires devra prendre en charge les **soins primaires** et l'ensemble de la **prévention**.

La prévention se définit comme « des actions visant à réduire l'impact des **déterminants des maladies ou des problèmes de santé**, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences » ([1]). Il s'agissait dans un premier temps d'apporter des éléments afin d'expliquer l'**apparition des maladies**, puis d'explorer la notion complexe de « **soins primaires** ».

### 3.1.1 : La santé et les soins de santé primaires

#### 3.1.1.1 : « Pourquoi est-on en bonne santé ou pas ? » : Les déterminants de la santé et les inégalités sociales

En 1974, Marc LALONDE [2] fait émerger une nouvelle conception de la santé en identifiant quatre facteurs ou déterminants qui influencent l'état de santé d'une personne en interagissant entre eux de façon complexe : **les modes de vies, l'environnement, la biologie humaine et les organismes de soins de santé**.

En 1996, EVANS et al [3] cherchent à avoir une vision globale de l'ensemble des informations disponibles sur les déterminants de santé. Ils critiquent le modèle simple basé sur l'interaction « Pathologies » - « Systèmes de santé », qui accorde au contexte social et à l'environnement un rôle de facteur influant uniquement sur l'état pathogène d'un individu.

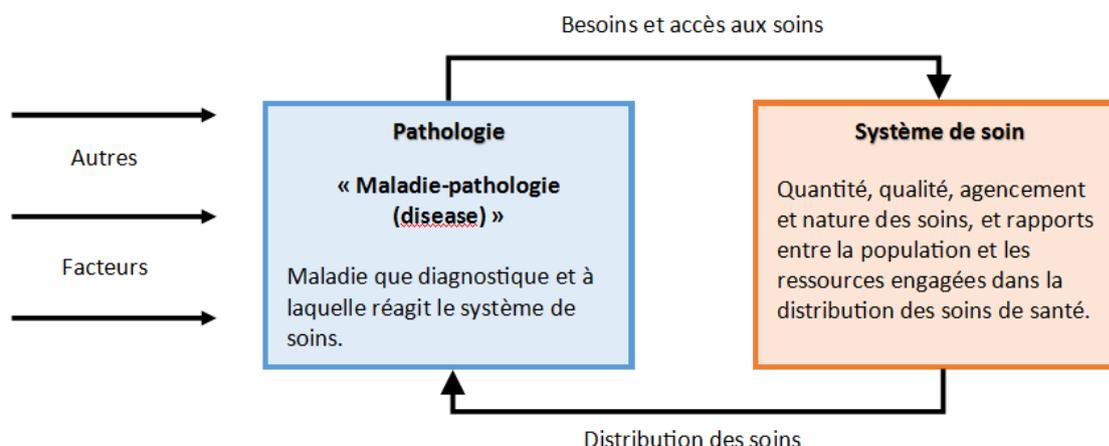


Figure 2 : Modèle de rétroaction simple entre la santé et le système de soins (Evans, 1996, p.43)

Ils y intègrent les grandes catégories de déterminants de santé et leurs interactions dans un modèle à **6 catégories de déterminants** (environnement physique et social, patrimoine génétique, réaction individuelle, prospérité et systèmes de soins) et **3 catégories liées à l'état de santé de la population** (pathologie, perception individuelle, bien être). **La santé devient donc multifactorielle et résulte de l'action combinée de déterminants de plusieurs catégories.**

Le rapport Black<sup>2</sup> [4] met en évidence que la position sociale d'un individu dans la société (âge, éducation, profession, niveau de revenu) est étroitement associée à son état de santé. Cela introduit la notion d'**inégalités sociales** de santé définies par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (InPES) comme « *des écarts de santé socialement stratifiés* ». Elles touchent de nombreux indicateurs de santé et reproduisent dans le milieu sanitaire les inégalités existantes entre les groupes sociaux [5]. **Plusieurs modèles** ont essayé d'expliquer ces inégalités de santé.

Le **modèle matérialiste** [6] considère que les inégalités de santé ont pour origine la combinaison :

- De conditions matérielles de vie et de travail défavorables ;
- D'un manque de ressources matérielles personnelles pour faire face à ces conditions ;
- Et d'un environnement social marqué par une insuffisance de ressources collectives.

Cependant, il a été observé que des populations avec un niveau de vie matériel faible avaient un meilleur état de santé que d'autres populations aux conditions de vie plus favorables [7] [8].

Dans le **modèle psychosocial**, les facteurs explicatifs sont à rechercher dans la hiérarchie et la distance sociale entre les individus. La perception de l'individu et son vécu concernant son propre statut dans la société, la comparaison avec des personnes jouissant d'une meilleure situation dans la société, sont des facteurs influençant négativement la santé. Au niveau de la communauté, les modèles hiérarchiques affaiblissent la solidarité sociale et provoquent de la méfiance envers les structures publiques (éducation, santé, aides sociales) [9]. Dans ce modèle, l'individu possède des **compétences psychosociales** (sociales, cognitives, émotionnelles) qui jouent un rôle important dans la promotion de la santé. Elles sont définies comme « *la capacité d'une personne à répondre efficacement aux exigences et épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien être mental en adoptant un comportement approprié et positif* » [10]. L'estime de soi et l'empowerment [1] y sont étroitement liées et favorisent un meilleur état de santé.

Le modèle d'EVANS et le rapport de Black mettent en avant la notion de **gradient social** : « *un individu aura toujours un meilleur état de santé qu'un individu directement au-dessous de lui sur l'échelle de santé et un moins bon état de santé qu'un individu situé au-dessus, peu importe le niveau du groupe social d'appartenance* » [5].

En 2009, l'OMS a synthétisé 40 ans de recherche sur les déterminants de santé dans son modèle axé sur les facteurs sociaux qui déterminent la façon dont « *les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent* » [11]. Il comprend 3 catégories de déterminants :

- Le **contexte socio-économique** et politique ;
- Les déterminants **structurels et le statut socioéconomique** ;
- Et les déterminants **intermédiaires** qui découlent de la stratification sociale et des facteurs individuels comportementaux et physiologiques [9].

---

<sup>2</sup> Cette étude est basée sur le suivi de plusieurs groupes de personnes issues de différents milieux sociaux en Grande Bretagne, pendant la mise en place du système de soins à accès universel. Les résultats de cette étude montrent que l'espérance de vie et la mortalité ont diminué dans tous les groupes mais que les différences observées entre les groupes, selon la position sociale, n'ont pas été atténuées.

### 3.1.1.2 : Le modèle du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec

En 2012, le ministère de la santé du Québec a proposé une carte de la santé et de ses déterminants, comprenant quatre catégories de déterminants : **les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes et le contexte global** [12]. Chaque déterminant a une dimension **temporelle**, car les déterminants évoluent, et une dimension **spatiale**, puisque l'importance relative d'un déterminant peut varier d'un lieu à l'autre [13].

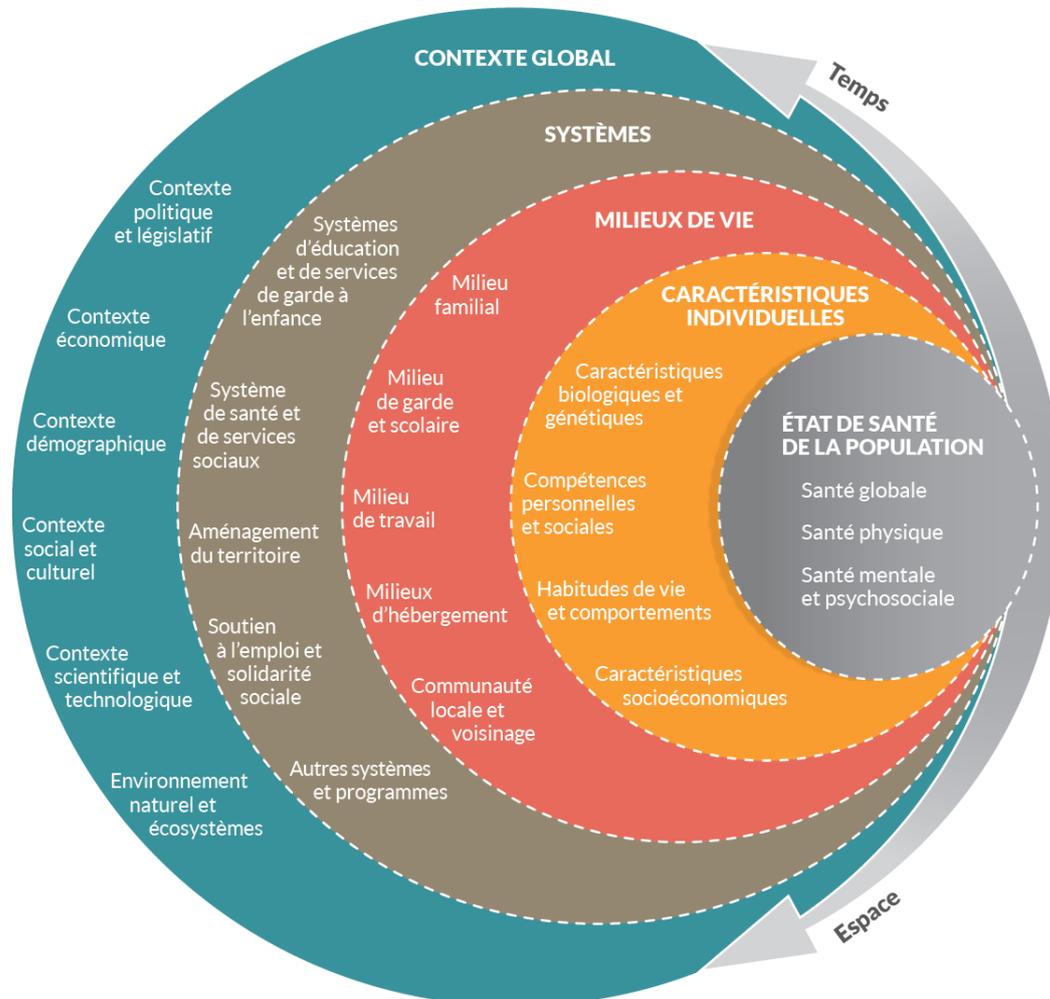


Figure 3 : Carte de la santé et de ses déterminants selon H. ANCTIL et al., 2012.

L'étude des déterminants de santé a mis en évidence que **40 % des causes de mortalité sont liées aux comportements individuels et aux habitudes de vie** [14]. Le poids des facteurs structurels est systématiquement plus important que le poids des facteurs comportementaux (56 % de l'état de santé peut être expliqué par des facteurs structurels et 14 % par des facteurs comportementaux [15]).

Comme le mentionne l'Agence de la santé publique du Canada « *L'apport de la médecine et des soins de santé est assez limité et accroître les dépenses en soins de santé n'apporte pas une amélioration importante de la population. Par contre il y a des indications nettes et de plus en plus nombreuses que d'autres facteurs comme les conditions de vie et de travail sont des éléments déterminants de la santé de la population* » [16].

## 3.1.2 : Les soins (de santé) primaires et modèles associés

### 3.1.2.1 : Les soins de (santé) primaires

Les soins de santé primaires sont un concept élaboré par l'OMS en 1978 dans la Déclaration d'Alma Ata. Ce sont des soins de santé basés sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologies appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé. Ils comprennent à minima :

- Une éducation concernant les problèmes de santé et leurs méthodes de prévention et de lutte ;
- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- La protection maternelle et infantile ;
- La vaccination ;
- La prévention et le contrôle des endémies locales ;
- Le traitement des maladies et lésions courantes ;
- La fourniture de médicaments essentiels.

Ce concept a été actualisé en 2008 par l'OMS. Les soins de santé primaires deviennent dès lors l'un des principaux **leviers d'action sur les déterminants de santé** que sont les inégalités de santé pour promouvoir une meilleure santé pour tous [17] [18].

Malgré une confusion régulière dans la littérature française, les termes de « soins de santé primaires » et « soins primaires » sont à différencier<sup>3</sup>. **Les soins primaires** sont un élément des soins de santé primaires. Ils sont plus que juste le niveau de soins<sup>4</sup> ou de *gate keeping*<sup>5</sup> : ils sont un processus clef dans le système de soins. Selon l'approche de l'OMS, les soins primaires se caractérisent par un ensemble d'éléments :

- Les soins primaires sont **centrés sur la personne** ;
- Les soins primaires sont **exhaustifs** ;
- Les soins primaires sont **intégrés** ;
- Les soins primaires sont **continus** ;
- Les soins primaires sont **efficaces et sûrs** ;
- Les soins primaires sont **accessibles**.

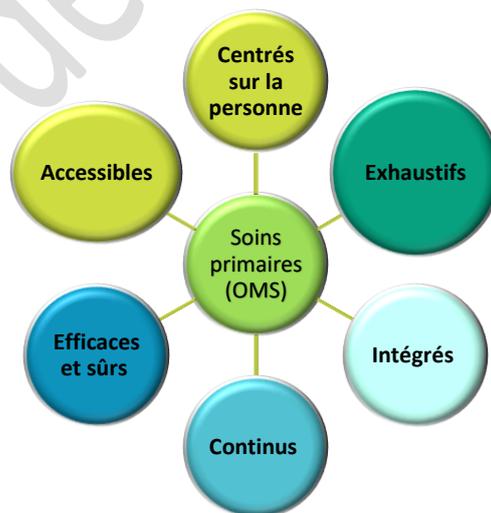


Figure 4 : Caractéristiques des soins primaires selon l'OMS (2008)

**Les soins de santé primaires incluent également la prévention, la promotion de la santé et des efforts pour cerner les déterminants de mauvaise santé locaux** [21] [17].

<sup>3</sup> On trouve régulièrement dans la littérature des traductions françaises de textes en anglais, où « primary care » est traduit par « soins de santé primaires » au lieu de « soins primaires ». [19]

<sup>4</sup> Selon l'approche par niveau de soins, les soins primaires sont « le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent (Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique). Ce niveau de soins est également appelé soins de « première ligne », « premier échelon », « premier niveau », « premier recours ».

<sup>5</sup> « Gate keeping » désigne la coordination de l'ensemble des soins par le médecin traitant, qui contrôle l'accès au second recours (les spécialistes et l'hôpital, etc.).[41] [21]

### 3.1.2.2 : Les modèles d'organisation des soins de santé primaires

Les soins de santé primaires ont fait l'objet d'une production importante de ressources scientifiques qui en ont souligné l'importance. De multiples gouvernements et organisations ont investi dans les soins de santé primaires. Cela a contribué à créer divers modèles d'organisation et d'application des soins de santé primaires. BOURGUEIL et al. distinguent **trois modèles d'organisation des soins primaires** dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord [22] [23].

Modèle	Descriptif
<b>Normatif hiérarchisé</b> (Espagne, Suède, Finlande)	Les pays appliquant ce modèle ont inscrit dans la loi l'organisation du système de santé, selon les principes des soins de santé primaires. Ils se basent sur des centres de santé publics avec des règles précises de planification, des coopérations interprofessionnelles fortement développées. Les professionnels de santé sont majoritairement salariés.
<b>Professionnel hiérarchisé</b> (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays Bas, Royaume Uni)	Ces pays n'ont pas défini un modèle complet de soins de santé primaires. Cependant, une place très importante est accordée aux médecins généralistes pivots du système, avec un rôle de « Gate keeping », des moyens de formation et de recherche conséquents et des missions populationnelles. La population est obligée de s'inscrire auprès des médecins généralistes et la rémunération est faite par capitation.
<b>Professionnel non hiérarchisé</b> (Allemagne, Canada, France)	Dans ce modèle, l'organisation des soins primaires est à l'initiative des acteurs. Elle répond à une partie des objectifs des soins primaires par son accessibilité, sa proximité, sa permanence. Elle inclut les soins ambulatoires composés à la fois de médecins généralistes et spécialistes avec une rémunération à l'acte.

Tableau 3 : Modèles d'organisation des soins primaires selon BOURGUEIL et al. (2009)

Le développement des soins primaires étant influencé par l'histoire, les caractéristiques, et les problèmes de santé de chaque pays, il n'existe pas une unique recette. Néanmoins, il est important de comprendre qu'elles sont les composantes qui constituent le cœur d'un système efficace de soins de santé primaires. Partant de ce constant, KRINGOS et al. ont proposé, après une analyse exhaustive de la littérature, un modèle regroupant les dimensions essentielles des soins de santé primaires dans un système complexe à trois niveaux. Chaque dimension regroupe **plusieurs éléments clés qui caractérisent les soins primaires** : [24]

- **La structure des soins de santé primaires**
  - La gouvernance des soins de santé primaires qui peut être résumée comme la vision et la direction des politiques de santé qui agissent à travers la régulation, la promotion de la santé, la collecte et l'utilisation d'informations ;
  - La dimension économique des soins de santé primaires ;
  - L'évolution des effectifs en soins primaires caractérisée par le type de professionnels impliqués et leur position dans le système de santé.
- **Les processus des soins de santé primaires**
  - L'accès aux soins de santé primaires ;
  - La continuité et la coordination des soins entre les soins primaires et les autres niveaux de soins ;
  - L'exhaustivité des soins primaires qui représente les services disponibles pour répondre aux besoins de santé du patient.
    - **Les résultats** (La qualité des soins ; l'efficacité des soins ; et l'équité en santé.)

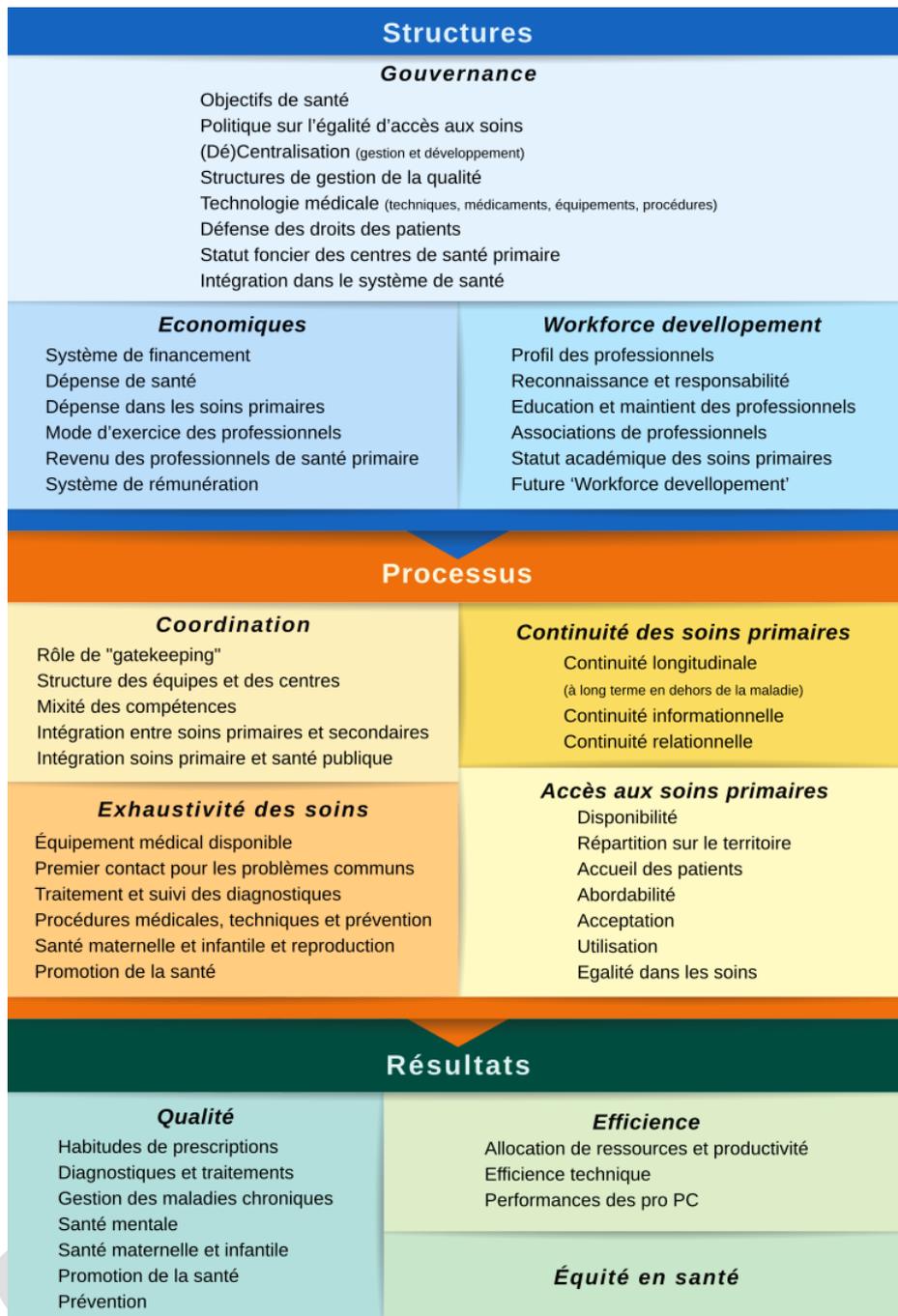


Figure 5 : Schéma regroupant les dimensions et éléments des soins de santé primaires, selon KRINGOS et al. <sup>6</sup>

L'évolution des différents modèles converge, en raison de défis similaires, vers un renforcement de la décentralisation territoriale et financière, une approche plus coordonnée des soins avec l'introduction de « *disease management* », et des **modèles mixtes de rémunération**.

<sup>6</sup> Schéma créé à partir de la revue de la littérature des soins de santé primaire en Europe de KRINGOS et al. [24]. Chaque dimension a des influences et associations spécifiques avec les éléments d'autres dimensions. Ce modèle a été utilisé par la suite dans deux autres revues évaluant la force et l'efficacité des soins primaires [25] [26].

### 3.1.2.3 : Efficacité des soins primaires

Plusieurs travaux, en particulier ceux de Barbara STARFIELD, James MACINKO, Leyu SHI et plus récemment de KRINGOS et al, ont montré un **impact positif**<sup>7</sup> des soins de santé primaires :

- L'importance accordée aux soins de santé primaires est inversement liée à la mortalité toutes causes confondues notamment celle des pathologies cardio-vasculaires [27].
- Les indicateurs de santé de la population sont améliorés, et notamment durant les premières années de vie. L'impact sur les personnes âgées dépend de la coordination entre soins primaires et les soins spécialisés [28].
- Le nombre de médecins généralistes en activité influence positivement les indicateurs de santé et le nombre croissant de spécialistes a un effet négatif une fois un certain seuil dépassé [27].
- Les taux d'hospitalisations potentiellement évitables sont plus faibles dans les zones ayant un meilleur accès aux soins de santé primaires [29] [30].
- Une couverture complète du coût des soins entraîne une augmentation des recours aux soins.
- Les actions de préventions agissant sur les comportements et les styles de vie visant certains groupes de la population sont efficaces et doivent être réalisées dans le cadre de la communauté [18]

Plus un pays possède un système de soins de santé primaires fort, meilleur sera l'état de santé de la population.

Dans un éditorial de 2014 [31], ROLLAND et NOLTE relèvent que les soins de santé primaires font partis de l'évolution nécessaire afin de répondre aux attentes des populations en matière et soins et de santé (vieillesse de la population, augmentation des patients pluri-pathologiques, etc.).

Pour ces auteurs, la médecine générale doit évoluer et avoir accès aux compétences et équipement d'équipes pluridisciplinaires afin de diagnostiquer et de traiter de la meilleure façon possible les patients. Cette évolution implique d'accorder une place importante aux soins de santé primaires dans les systèmes de santé, et une promotion des soins coordonnés entre les différents acteurs, via des nouvelles modalités de rémunération, du type « *bundles payments systems* »<sup>8</sup> [32] [33].

<sup>7</sup> Cet impact est par ailleurs influencé par la présence et la performance de services sociaux et d'un système d'éducation adapté.

<sup>8</sup> Les rémunérations « *bundles payments systems* » sont versées en même temps à différents acteurs pour couvrir des passages entiers de maladies (« *episodes of illness* »), ou pour organiser des réseaux de soins et des programmes de soins spécifiques pour certaines maladies.

Caractéristiques	Contributions
<b>Le centrage des soins sur la personne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atténuation de l'anxiété du patient et amélioration de la satisfaction du prestataire</li> <li>• Intensité accrue du traitement et meilleure qualité de vie</li> <li>• Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes du patient</li> <li>• Communication plus satisfaisante</li> <li>• Confiance améliorée du patient en ce qui concerne les problèmes sensibles</li> <li>• Confiance accrue dans le traitement et meilleure observance</li> <li>• Meilleure intégration des soins préventifs et de la promotion</li> </ul>
<b>Des actions globales et intégrées - Exhaustivité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meilleurs résultats sanitaires</li> <li>• Recours accru à des soins préventifs visant des maladies particulières (p. ex. dépistage de l'hypertension, mammographie, frottis vaginal)</li> <li>• Moins de patients hospitalisés à la suite de complications évitables de maladies chroniques</li> </ul>
<b>Point d'entrée régulier</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction accrue des services</li> <li>• Traitements mieux suivis et taux d'hospitalisation réduits</li> <li>• Moins de recours à des services spécialisés et d'urgence</li> <li>• Moins de consultations de spécialistes</li> <li>• Utilisation plus efficace des ressources</li> <li>• Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes d'un patient</li> <li>• Recours accru à des soins préventifs par les adolescents</li> <li>• Protection contre des traitements excessifs</li> </ul>
<b>Continuité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduit la mortalité toutes causes confondues</li> <li>• Meilleur accès aux soins</li> <li>• Moins de réhospitalisations</li> <li>• Moins de consultations de spécialistes</li> <li>• Recours moindre à des services d'urgence</li> <li>• Meilleure détection des effets indésirables d'interventions médicales</li> </ul>

Tableau 4 : Caractéristiques des soins primaires, selon l'approche des soins de santé primaires de l'OMS, et leur contribution (Source : Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. OMS)

### 3.1.2.4 : Les recommandations de l'OMS

*Extrait du « Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. » OMS [17].*

Pour transformer des services de santé conventionnels en soins primaires, c'est-à-dire pour faire en sorte que ces éléments soient dûment pris en compte, il faut les réorganiser. Une condition préalable est de faire en sorte qu'ils soient **accessibles** directement et en permanence, sans compter outre mesure sur le paiement direct mais avec la protection sociale offerte par des mécanismes de couverture universelle.

Mais une autre série de dispositions est capitale pour la transformation de soins conventionnels – ambulatoires et en établissement, généralistes et spécialisés – en réseaux locaux de centres de soins primaires :

- Rapprocher les soins des populations, à proximité immédiate de la collectivité et en relation directe avec elle, en déplaçant le point d'entrée dans le système de santé, le faisant passer des hôpitaux et des spécialistes à des généralistes proches des patients dans des centres de soins primaires ;
- Donner aux prestataires de soins primaires la responsabilité de la santé d'une population donnée dans sa totalité : les malades et les gens en bonne santé, ceux qui choisissent de consulter les services et ceux qui choisissent de ne pas le faire ;
- Renforcer le rôle des prestataires de soins primaires en tant que coordonnateurs de l'apport d'autres niveaux de soins en leur donnant l'autorité administrative et le pouvoir d'achat nécessaires.

## 3.2 : Etat de l'existant en matière de soins de santé primaires en Polynésie française

Dès les années 1970, la Polynésie française s'inspire des **soins de santé primaires**, comme définis dans la déclaration d'Alma Ata, avec, par exemple :

- La création des postes d'**auxiliaires de santé publique**, qui assurent les besoins sanitaires de base de la population au sein des postes de secours, créés dans les îles ou secteurs dont le nombre d'habitants est insuffisant pour établir une formation sanitaire plus importante ;
- La mise en place du **service d'hygiène dentaire** en charge du curatif et du préventif ;
- Ou encore la mise en place du régime d'**Assurance maladie**.

Cette approche de la santé se traduit encore aujourd'hui par un certain nombre d'éléments comme :

- La **protection maternelle et infantile** y compris la planification familiale (*Exemple : les activités du Centre de Consultations Spécialisées en Protection Maternelle et Infantile*) ;
- La **vaccination** contre les grandes maladies infectieuses (*En 2011, 99 % des enfants d'un an ont reçu au moins une dose de vaccination pour la rougeole [34]*) ;
- La prévention et le contrôle des **endémies** locales
  - *La stratégie de lutte antivectorielle du Centre d'Hygiène et de Salubrité Publique et des Subdivisions déconcentrées des Archipels ;*
  - *Le système de surveillance syndromique, basé sur un réseau sentinelle, la surveillance hospitalière, et celle par les laboratoires, dans le cas de la dengue.*
- L'adhésion au concept fédérateur des **îles-santé** pour les États et Territoires insulaires du Pacifique. (*Cf. Annexe : Concept fédérateur des îles-santé pour les États et Territoires insulaires du Pacifique.*) ;
- Etc.

Malgré ces éléments positifs, la dynamique en faveur des soins de santé primaires s'est essouffée au fil des années, pour de multiples raisons (évolution du contexte social, politique, économique, évolution des besoins, lacune en termes de formations des professionnels de santé, etc.).

Du point de vue des **soins primaires**, leurs organisations correspondent schématiquement à l'approche par **niveau de soin** et non à l'approche de l'OMS.

### 3.2.1 : Un modèle singulier ...

*Extrait du diagnostic élaboré dans le cadre du SOS 2016-2021- Données internes à la Direction de la Santé*

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

- Un **modèle de centre urbain** avec la double présence d'une médecine libérale et d'une médecine publique (dispensaires, centres de santé). Il concerne essentiellement Tahiti.
- Certaines **zones de Tahiti** (presqu'île notamment) relèvent d'un autre modèle car la présence de médecin généraliste est faible voire inexistante et les temps d'accès aux structures de santé sont

long. Certaines zones des ISLV (Raiatea, Bora-Bora...) se rapprochent du modèle de Tahiti avec une intensité moindre alors que d'autres zones se rapprochent d'autres Iles, plus éloignées ou la présence publique assure les soins quasi exclusivement.

- La Polynésie a développé un modèle propre **aux Iles** qui se distingue du modèle de Tahiti par la typologie de leur personnel (la part et le rôle des paramédicaux est plus importante dans les îles et surtout au TG), leur attractivité, leur activité (directement liée aux compétences sur place) et leur positionnement concurrentiel ou monopolistique (le plus souvent dans les îles). Ainsi, l'offre de santé primaire comprend des centres médicaux, des centres dentaires, des infirmeries et des postes de santé. Chacune de ces structures a un fonctionnement, une organisation, un personnel spécifique et un équipement (équipement, dispositif et médicament) adapté aux compétences médicalisées du centre et par conséquent une offre de soins variable selon les structures. Les missions des structures reposent en général sur :
  - La gestion des urgences
  - La prise en charge et le suivi des pathologies chroniques
  - Le suivi des femmes enceintes (majoritairement en collaboration avec le CHPF)
  - La prévention, notamment pendant la période scolaire
  - L'accueil des consultations délocalisées du CHPF

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

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

### **3.2.2 : Mais présentant des lacunes selon l'approche de l'OMS des soins primaires actuelles**

#### ***Un système de santé à sens unique et caractérisé par l'hospitalocentrisme***

- Globalement, le système de santé polynésien est très hiérarchisé, à sens unique, de la première ligne vers la troisième ligne. Les niveaux secondaires et tertiaires sont privilégiés en termes de reconnaissance, de financements, et de formation.
- D'après les données du diagnostic élaboré dans le cadre du SOS 2016-2021, « *la masse financière consacrée à la santé est fortement captée par l'offre hospitalière, concentrée à Tahiti, et de fait très peu orientée vers la prévention, les soins primaires dans les archipels. Or, la concentration des moyens en central a amené une politique d'évacuation et de transferts inter-îles nombreux, qui capte une part importante des ressources.* »
- Le leadership est assuré par le corps médical au détriment des professionnels de santé publique. Les leaders d'opinion médicale sont en général des médecins spécialistes hospitaliers.

## **La prévention, une priorité désinvestie**

Extrait du diagnostic élaboré dans le cadre du SOS 2016-2021 [35]

« Les initiatives en matière de prévention et de promotion de la santé sont nombreuses sur le Pays et couvrent un grand nombre de domaines. Toutefois, les outils d'évaluation de l'impact des programmes et actions menées sont encore peu développés. Le **manque de synergie** des structures et dispositifs existants (santé scolaire, PMI, santé dentaire, vaccination, etc.) avec les logiques territoriales, et notamment avec les entités légitimes pour coordonner les actions est préjudiciable. D'une manière générale, il semble essentiel d'adopter une vision élargie de la politique de prévention : à titre d'illustration, la lutte contre l'obésité ne peut rester sous la seule responsabilité de la DPP, et doit être étendue et coordonnée avec l'ensemble des acteurs compétents (établissements scolaires, associations sportives, etc.) dans une logique de vision transversale des déterminants de santé. »

### **Eléments identifiés par les professionnels de terrain**

- **Mauvaise adhérence** des patients aux recommandations d'hygiène de vie et suivi des traitements ;
- **Diagnostics tardifs** en raison de l'absence de symptômes initiaux et/ou de négligence des symptômes pour des raisons notamment culturelles ;
- Approche centrée sur **l'organe malade** et le spécialiste et non pas sur le patient dans sa globalité ;
- **Recommandations internationales** de bonnes pratiques médicales basées sur les faits, mal suivies par les médecins avec tendance à la surmédicalisation ;
- Faible prise en compte par les professionnels de santé des **déterminants de la santé** de la population malgré leur impact sur l'état de santé ;
- Difficultés de **recrutement** de professionnels de santé dans les structures publiques, notamment des archipels ;
- Nécessité d'adaptation au **contexte local spécifique** du système de santé polynésien, aujourd'hui basé sur un cadre conceptuel métropolitain ;
- Une **méconnaissance des soins de santé primaires** par les décideurs politiques et sanitaires et une très faible disponibilité de compétences en santé publique en Polynésie française.

## 4 : MODELE ET MISE EN ŒUVRE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN POLYNESIE FRANÇAISE

### 4.1 : L'approche des soins de santé primaires proposée en Polynésie française en 2017

La mise en place de la nouvelle entité « Etablissement de soins primaires », telle que mentionnée dans le SOS 2016-2021, est une véritable opportunité de développer un modèle ambitieux et novateur, répondant au contexte territorial.

**Le modèle proposé est basé sur les soins de santé primaires, qui sont des concepts, déclinés en valeurs, utilisés pour concevoir des modèles de santé adaptés à chaque pays ou communautés.**

C'est dans ce contexte que la Polynésie française propose une approche des soins de santé primaires, élaborée à l'issue d'un travail d'adaptation à l'échelon local des valeurs et principes des modèles internationaux (OMS, Québec) et d'un travail d'analyse et prise en compte de l'existant, des freins et des leviers.

**Cette approche des soins de santé primaires, adoptée par la Polynésie française, et développée ci-dessous, est évolutive en fonction des apports afférents au projet (études, collaborations, expérimentations, etc.).**

Les soins de santé primaires sont composés de :

- **De soins curatifs ;**
- **De soins de santé préventifs**, qui visent à « *réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences* » [1] ;
- **D'actions de promotion de la santé**, qui apportent « *aux individus et aux communautés la capacité d'accroître leur contrôle sur les déterminants de la santé et donc d'améliorer leur santé.* » [1] ;
- Et d'actions **intersectorielles** avec les **partenaires locaux** sur les **déterminants** de santé.

**Les soins de santé primaires reposent sur les 10 piliers :**

**1. Les soins de santé primaires sont en accord et suivent les valeurs et engagements en faveur du concept fédérateur des îles-santé<sup>9</sup>.**

La politique mondiale de développement élaborée par les Nations Unies est déterminée par les 17 Objectifs du Développement Durable (ODD) pour les années 2015-2030. Chacun de ces 17 objectifs est mis en œuvre par une des agences de l'ONU. Ces objectifs tous interdépendants, sont marqués par une vision globale de l'homme dans son environnement, et ont été confortés par les accords de Paris de la COP 21.

L'objectif n°3 : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être à tout âge » est mis en œuvre par l'OMS qui propose aux pays membre un accompagnement dans leurs politiques de santé afin d'atteindre cet objectif global. Pour cela l'OMS a organisé les indicateurs de l'observatoire mondial de la santé en 16 catégories de données permettant de suivre les progrès des objectifs spécifiques santé correspondant aux ODD. Vingt ans avant la mise en place des ODD par les nations unies, émergeait dans le pacifique le concept d'îles et santé qui plaçait déjà l'humain au cœur de son environnement.

En 1995, lors de leur première réunion organisée sous l'égide de l'OMS sur l'île de Yanuca aux Fiji, les ministres de la santé du Pacifique ont défini le concept d'îles- santé comme étant un lieu où :

- Les enfants se développent physiquement et spirituellement,
- L'environnement invite à l'apprentissage et aux loisirs
- Les gens travaillent et vieillissent dans la dignité
- L'équilibre écologique est source de fierté
- L'océan nourricier est protégé

En 1997, les ministres ont adopté la définition pratique suivante des îles-santé : « *La notion d'îles-santé suppose que l'on veille constamment à déterminer et à résoudre les questions prioritaires liées à la santé, au développement et au bien-être, en recommandant, en coordonnant et en permettant concrètement des interventions sur ces questions dans le cadre de partenariats entre communautés, organisations et organismes aux échelons local, national et régional* »

Ce concept, déjà moderne il y a 20 ans, définissait la santé comme la résultante de déterminants présents dans l'environnement insulaire maîtrisés par les interventions concertées de multiples partenaires de la collectivité, le tout relevant parfaitement de la définition des soins de santé primaire. Depuis 1995, ce concept, transformé en « vision », sert de dénominateur commun et de base aux travaux et actions de santé organisés par l'OMS et les pays insulaires du Pacifique.

---

<sup>9</sup> Cf. annexe : Concept fédérateur des îles-santé pour les États et Territoires insulaires du Pacifique.

## 2. Les soins de santé primaires sont centrés sur l'individu et sa famille.

Les soins centrés sur l'individu et sa famille incluent l'individu, et sa famille, en tant que participant actif aux soins. Les soins centrés sur l'individu et sa famille :

- Prennent en considération les besoins, les désirs, les points de vue et les expériences personnelles de **l'individu et de sa famille** ;
- Offrent à **l'individu (et à sa famille)** des occasions de donner son avis et de participer aux soins qu'il reçoit ;
- Approfondissent le partenariat et la compréhension de la relation « équipe de soins – l'individu » (et sa famille).

## 3. Les soins de santé primaires sont complets et globaux.

Les soins de santé primaires sont **complets et globaux**, à travers une offre de services répondant aux besoins de la population, à toutes les étapes de la vie, et aux besoins de la santé publique. Les soins **complets et globaux** englobent toutes les dimensions de la **personne** (biologique, psychologique et sociale), toutes les dimensions de la **santé** (la capacité fonctionnelle, la sensation et la cognition) et à toutes les étapes du continuum d'**intervention** (promotion, prévention, diagnostic, traitement et soins palliatifs) <sup>10</sup>.

## 4. Les soins de santé primaires sont continus.

Les soins de santé primaires **continus** sont des soins perçus par l'individu comme cohérents et reliés dans le temps. La continuité des soins est définie comme l'uniformité à long terme du lieu, de la manière et de l'instance responsable de répondre aux besoins de santé de chaque personne tout au long de sa vie [37] [36] [38].

## 5. Les soins de santé primaires sont accessibles.

Les soins de santé primaires sont **accessibles** à tous. Cette accessibilité comprend les quatre dimensions interdépendantes que sont la non-discrimination, l'accessibilité physique, l'accessibilité économique et l'accessibilité de l'information [39].

## 6. Les soins de santé primaires sont efficaces et pertinents.

Les soins de santé primaires sont **efficaces et pertinents**, c'est-à-dire qu'ils atteignent toute amélioration possible en termes de résultats sanitaires, correspondant aux besoins cliniques et sont basés sur des recommandations médicales fondées sur des données probantes, solides et actualisées [40].

---

<sup>10</sup> Inspiré de la définition canadienne de « Globalité des services » [36]

#### **7. Les soins de santé primaires sont intégrés dans un réseau de santé globale.**

Le **réseau de santé globale** se veut multidisciplinaire et multisectoriel, aussi bien dans le développement et la mise en œuvre, à l'échelle territoriale et locale, en vue de promouvoir et d'améliorer la santé des individus et de leur famille, de façon globale et cohérente.

#### **8. Les soins de santé primaires sont indissociables de la prise en compte des déterminants de santé et de leur effet sur la population.**

La prise en compte des déterminants de la santé et leur effet sur la population est fondée sur la reconnaissance de la globalité et de la complexité des situations vécues par les individus et leur famille.

#### **9. Les soins de santé primaires sont dispensés dans des structures permettant l'accueil et la formation des futurs professionnels de santé.**

Les structures de soins de santé primaires sont des sites de formation privilégiés pour l'apprentissage par l'expérience des futurs professionnels de santé et pour effectuer des recherches dans les domaines des soins de santé primaires, afin d'assurer une continuité quantitative et qualitative au niveau territorial.

#### **10. Les soins de santé primaires sont basés sur la collaboration des professionnels de santé, et notamment la collaboration entre le secteur privé et public.**

Une collaboration efficace en matière d'enseignement et de pratique entre les professions et les secteurs est nécessaire afin de relever le défi de la crise mondiale des personnels de santé et d'améliorer la santé dans l'exercice des soins de santé primaires<sup>11</sup>. Bien que construit dans un premier temps pour le secteur public, ce modèle des soins de santé primaires est applicable au secteur privé, qui est invité à s'approprier et à mettre en œuvre, cette approche.

---

<sup>11</sup> *Constat de l'Organisation Mondiale de la Santé (2006)*

## SOINS DE SANTE PRIMAIRES

Soins curatifs, Soins de santé préventifs, Actions de promotion de la santé, Actions intersectorielles sur les déterminants de santé



Figure 6 : Les 10 piliers des soins de santé primaires du modèle de Polynésie française (2017)

## 4.2 : Modèle de mise en œuvre

### 4.2.1 : Une démarche progressive

Le développement et la mise en œuvre du modèle des soins de santé primaires de Polynésie française se base sur l'**accompagnement du réseau existant des structures de proximité** de la Direction de la Santé vers un changement d'organisation et de pratiques. Ce processus se caractérise par un **déploiement progressif** via :

- 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.

### 4.2.2 : Organisation et mission générale

A terme, l'ensemble de ces structures seront réorganisées en un réseau de « **Centre de Santé** » (CS), organisés en « **Subdivision de Soins de Santé Primaires** » (SSSP), et géré par un « **Etablissement de Soins de Santé Primaires** » (ESSP), répondant ainsi aux directives et recommandations de santé publique établies par le Pays.

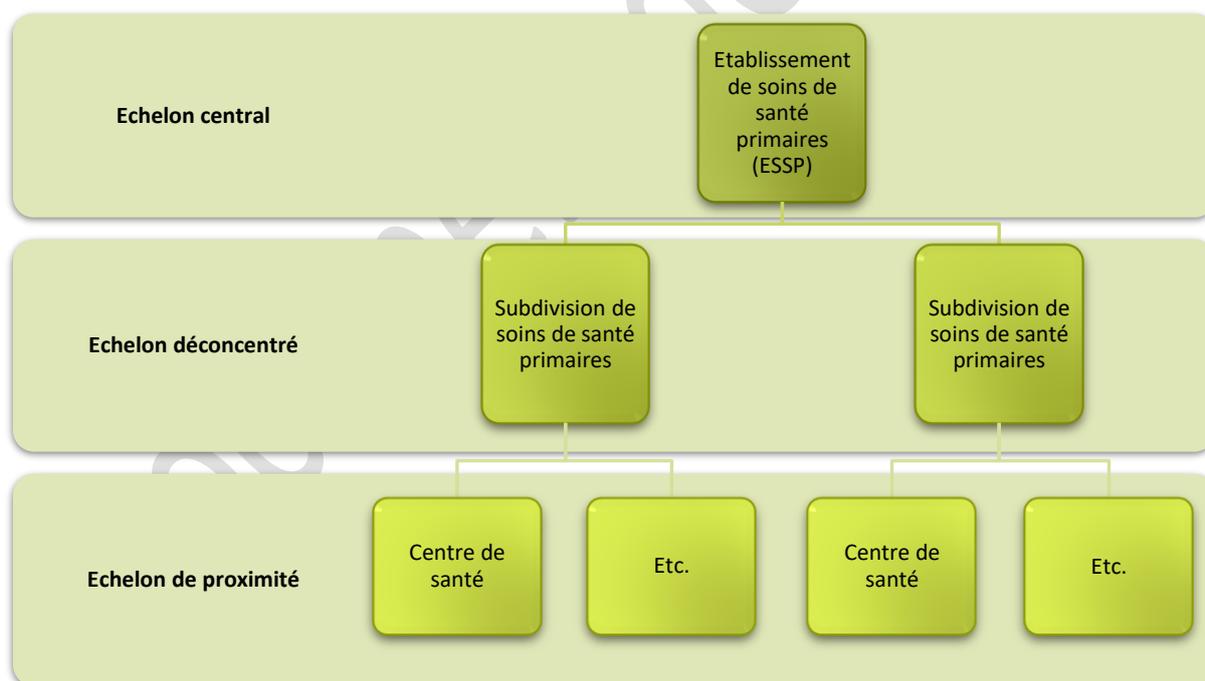


Figure 7 : Schéma d'organisation du réseau des structures de Soins de Santé Primaires en Polynésie française.

#### 4.2.2.1 : L'Établissement des Soins de Santé Primaires (ESSP)

L'établissement de soins de santé primaires et de prévention a pour missions générales de **gérer, coordonner et animer** l'ensemble du réseau des centres de santé et d'être un « **pôle de compétences** » (ou « structure référente ») en matière de soins de santé primaires. Afin d'accompagner les professionnels dans la mise en œuvre des soins de santé primaires, l'ESSP assure également la conception et la diffusion :

- D'outils **en santé selon une méthodologie d'élaboration établie** :
  - Analyse des politiques de santé, de l'existant, des besoins, etc. au niveau territorial ;
  - Etude des recommandations et des outils de l'OMS Pacifique et de la Communauté du Pacifique Sud ;
  - Adaptation au contexte local et élaboration de l'outil ;
  - Expérimentation de l'outil via des sites pilotes ;
  - Validation.
- Du **dossier patient partagé**, ciblé sur le partage d'information et l'élaboration de projets personnalisés de soins, en tenant compte des déterminants de santé, des capacités et des décisions des patients.
- Et d'un **plan de formation** afférents à ces derniers.

---

#### **Une démarche initiée ...**

*Un outil de détection et de prise en charge précoce des maladies cardiovasculaires, basé sur le modèle de l'outil « Package for Essential Non communicable diseases » (PEN) de l'OMS, est en cour d'expérimentation. L'objectif de cet outil est de donner aux professionnels de santé, non médicaux, les compétences et les moyens leur permettant :*

- *D'identifier les facteurs de risques cardiovasculaires ;*
- *D'évaluer le risque de maladie grave et de mortalité ;*
- *Et enfin de proposer, si nécessaire, un plan de réduction des risques adapté à chaque situation.*

*Les professionnels participant à cette démarche pilote ont été conviés à une formation, le 25 et 26 septembre 2017. Suite à cette première étape, l'outil sera expérimenté sur le terrain et évalué, entre Octobre 2017 et Mars 2018, afin d'y apporter l'ensemble des améliorations nécessaires avant un déploiement plus large.*

---

L'établissement des soins de santé primaires et de prévention **comprend** :

- Un **échelon central** composé
  - D'un **bureau de direction** (Directeur, directeur adjoint, secrétariat général) ;
  - Et de **4 départements** :
    - Le **département support** : finances, ressources humaines, informatique, infrastructures, pharmacie et biomédical ;
    - Le **département conception / évaluation** : recherche-développement, enseignement, expertise en soins de santé primaires, évaluation ;
    - Le **département de soins de santé préventifs** : expertise et avis spécialisés en protection maternelle et infantile, santé et dentisterie scolaire, personne âgée et handicap ;
    - Le **département opérationnel** : supervision des subdivisions et des centres de santé, logistique insulaire, réponse aux aléas, gestion des crises.
- Des **échelons déconcentrés** : les Subdivisions de Soins de Santé Primaires. Chaque subdivision comprend :
  - **1 cellule de supervision** et d'animation des centres de santé ;
  - Et **une cellule logistique**.

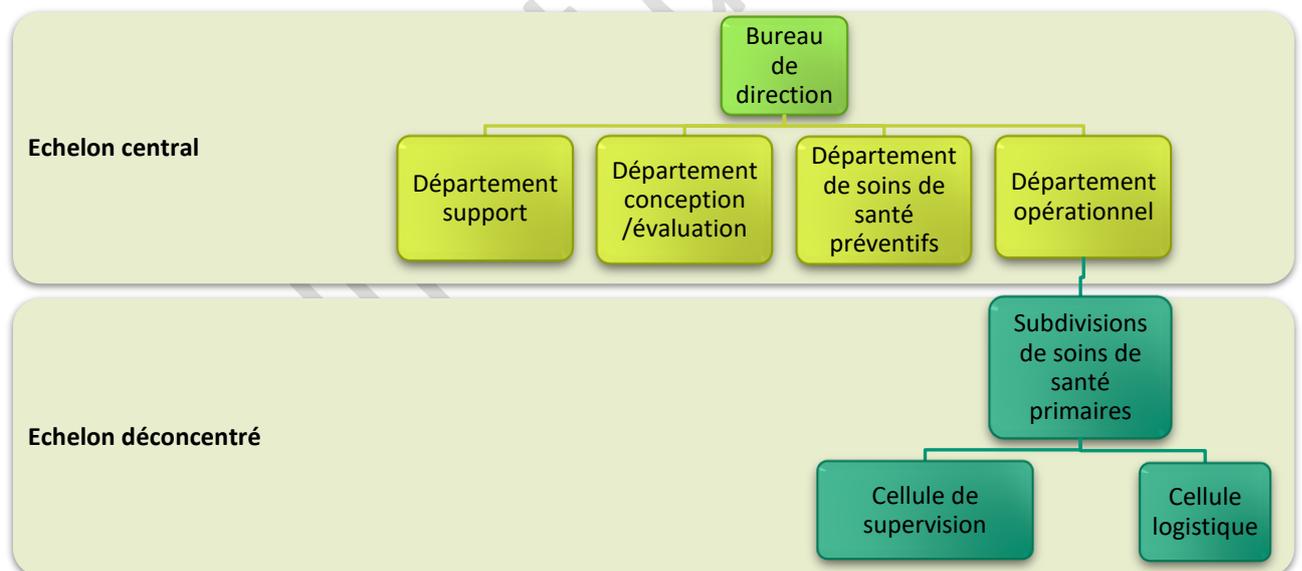


Figure 8 : Schéma d'organisation de l'établissement de soins de santé primaires de Polynésie française (2017)

#### 4.2.2.2 : Les Centres de Santé

Les Centres de Santé (CS), organisés en réseau, ont pour mission **de mettre en œuvre, à l'échelle locale, l'approche des soins de santé primaires** (soins curatifs, soins de santé préventifs, actions de promotion de la santé, actions sur les déterminants de santé) adoptée par la Polynésie française.

1. Offrir des soins de santé primaires centrés sur l'individu et sa famille
2. Offrir des soins de santé primaires complets et globaux
3. Offrir des soins de santé primaires continus
4. Offrir des soins de santé primaires accessibles
5. Offrir des soins de santé primaires efficaces et pertinents
6. Offrir des soins de santé primaires intégrés dans un réseau de santé globale
7. Offrir des soins de santé primaires prenant en compte des déterminants de santé et de leur effet sur la population
8. Etre des sites de formation pour les futurs professionnels de santé.
9. Etre des sites de collaboration entre le secteur privé et public

Figure 9 : Missions des centres de santé de Polynésie française (2017)

Le système de **zonage** des centres de santé est basé sur le système **communal** autant que possible. En fonction du contexte, ce zonage pourra être modifié : un centre de santé pour plusieurs communes, ou plusieurs centres par commune (cas des communes associées par exemple). Le réseau des centres de santé se compose donc approximativement de **48 centres**.

Chaque centre est **géré** par **un responsable** qui anime et supervise une équipe **pluridisciplinaire** médicale, paramédicale, et promotionnelle de santé. Cette équipe peut être complétée par des professionnels du domaine social et **des professionnels du secteur privé**.

Bien que construit dans un premier temps pour le secteur public, ce modèle des soins de santé primaires est applicable au secteur privé, qui est invité à s'approprier, et à mettre en œuvre, cette approche.

Afin de s'adapter au contexte local, chacun des centres bénéficie d'un certain degré d'autonomie organisationnelle et fonctionnelle, définis annuellement dans son **projet de structure**. Ce document, élaboré par chaque centre, est validé par les instances décisionnelles, dans une perspective de cohérence globale. Cette adaptation au contexte local peut, par exemple se traduire au niveau des horaires d'ouverture ou encore sur la répartition des équipes. En effet, en fonction du contexte local, **l'équipe** de chaque CS peut être regroupée dans un même établissement ou, si

nécessaire, dispersée dans différents sites reliés virtuellement (« lieux décentralisés d'accueil et de prise en charge du public »).

Par ailleurs, chaque centre de santé s'inscrit dans un **réseau de santé globale**. Au niveau local, il crée un **comité local de santé** regroupant les partenaires locaux nécessaires à la mise en œuvre des missions de soins de santé primaires, et présidé de préférence par le Maire de la commune (ou son représentant).

Action en lien avec le Schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022.

Les missions du comité local de santé :

- Elaborer un diagnostic de santé local ;
- Identifier les déterminants de santé impliqués, sur lesquels on peut agir ;
- Elaborer et coordonner des actions promotionnelles de la santé, agissant sur les déterminants de santé identifiés.

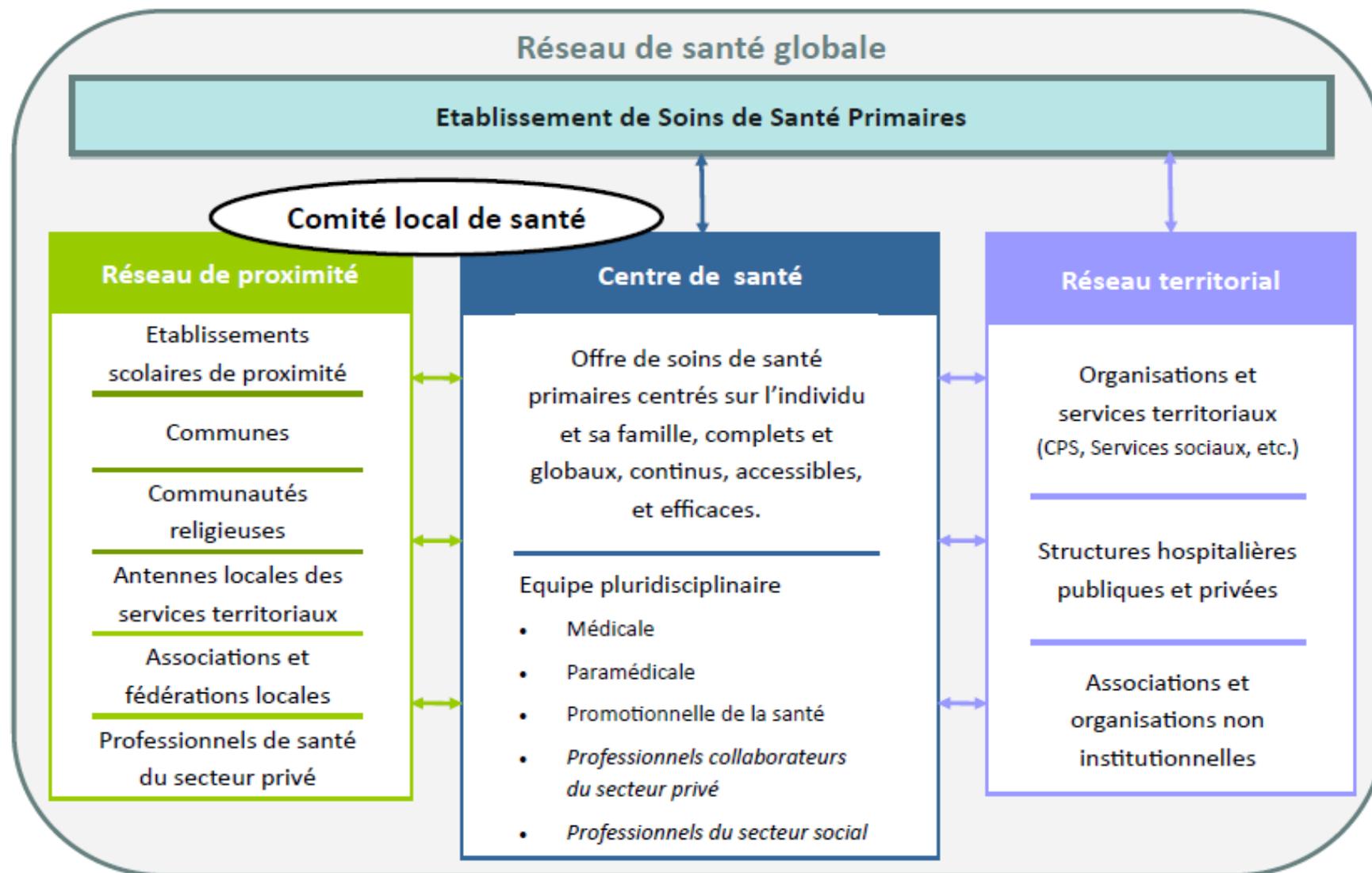


Figure 10 : Réseau de Santé Globale de Polynésie française (2017)

## 4.3 : Activités et moyens nécessaires

*Les facteurs qui favorisent l'émergence des modèles des réseaux de soins de santé sont l'aval des communautés, par le biais d'une approche participative, la réforme de la formation des professionnels de santé vers une meilleure adéquation aux besoins des populations et des systèmes de santé, la réallocation des ressources afin d'assurer des incitations suffisantes, la volonté politique pour soutenir les réformes, une meilleure adhésion des organisations professionnelles à travers un dialogue politique structuré, des pratiques professionnelles en équipes multidisciplinaires, une meilleure connaissance des besoins des gens à travers une définition plus claire des populations et territoires couverts, etc. Telles sont quelques-unes des pistes qui ont montré des résultats au niveau international.*

*Denis PORIGNON [41]*

L'ensemble des missions de l'ESSP et des Centres de santé nécessite le développement **d'activités transversales et interdépendantes**, ainsi que la mobilisation des moyens afférents, à différents niveaux :

- Renforcer les **moyens matériels**
- Renforcer les **moyens humains**
- Permettre une **adaptabilité** des centres de santé au contexte local, tout en garantissant la qualité, la sécurité et l'efficacité du service public
- Favoriser le **travail en réseau**
- Développer les **pratiques** selon l'approche des soins de santé primaires adoptée
- Développer la **formation** des professionnels
- Offrir une série **d'outils standardisés** en soins de santé primaires (et les formations afférentes)
- Développer la **collaboration** publique - privée

### 4.3.1 : Renforcer les moyens matériels

- Doter les centres de santé d'un **plateau technique** de proximité utilisant les technologies modernes et automatisées.
- Doter les centres de santé de **matériel informatique**, et d'un accès Internet, adéquats permettant la mise en œuvre de la télé-expertise.
- Doter les centres de santé de **matériel média** permettant la diffusion des informations sur les activités du centre et les messages de santé au sein de chaque centre de soins de santé primaires.
- Développer le **dossier patient standardisé**.
- Doter les centres de santé, en fonction des besoins locaux de santé, **d'unités modulaires optionnelles** (Unité d'accueil de conditionnement et de transfert d'urgence, Unité d'hospitalisation de proximité, Unité d'accouchement de proximité, Unité de traitement de proximité du cancer, Unité de long séjour, etc.). Chaque type d'unité modulaires optionnelle est alors intégré à un réseau de santé spécifique et fonctionne en collaboration avec l'établissement inter-hospitalier de Polynésie française.

### 4.3.2 : Renforcer les moyens humains

- Organiser la **ventilation des postes** de l'échelon central vers les centres de santé (une analyse de chaque poste actuellement affecté en central ou dans les centres de consultation spécialisés sera effectuée afin de déterminer la pertinence de son positionnement).
- Développer une **culture de la polyvalence** permettant la continuité des fonctions et des missions.
- Permettre une **délégation des compétences** pertinente et adaptée.
- Pérenniser les **ressources humaines** de chaque centre de santé.
- Développer un **nouveau métier** d'animateur de promotion de la santé, permettant d'apporter au sein des équipes des centres de santé, les compétences nécessaires à la mise en œuvre des comités locaux de santé, des actions de promotion santé et des actions intersectorielles sur les déterminants de santé. Chaque centre de santé sera doté, à minima, d'un animateur de promotion de la santé.
- Développer et consolider un **management efficace** au sein des équipes des centres de santé, permettant à chaque professionnel d'utiliser pleinement ses connaissances et ses compétences dans l'exercice de ses fonctions, ce qui implique :
  - L'identification d'un responsable et de sa formation en management ;
  - Une planification et un fonctionnement adaptés et optimisés ;
  - Une cohésion d'équipe et un soutien de la part du système.

### 4.3.3 : Permettre une adaptabilité des centres de santé au contexte local, tout en garantissant la qualité, la sécurité et l'efficacité du service public

- Permettre une **flexibilité des modalités de fonctionnement et d'organisation** de chaque centre de santé en fonction de ses contraintes et besoins, afin de s'adapter au contexte local :
  - Horaires d'ouverture
  - Mise en place de temps dédié à l'échange d'information
- Accompagner, dans les premiers temps de mise en œuvre du projet, chaque centre de santé dans la **rédaction de son projet de structure** définissant :
  - Les objectifs de santé locaux et les partenariats nécessaires à la réalisation de ces objectifs ;
  - Les modalités de fonctionnement et d'organisation du centre de santé ;
  - Les modalités de fonctionnement et d'organisation du comité local de santé.
- **Développer et diffuser** à tous les centres de santé, les **procédures et protocoles** de soins et de promotion de santé standardisés afin de garantir la qualité, la sécurité et l'efficacité du service public.

### 4.3.4 : Favoriser le travail en réseau

- Accompagner si nécessaire, dans les premiers temps de la mise en œuvre, chaque centre de santé dans la création et l'animation du **comité local de santé** regroupant **les partenaires locaux** nécessaires à la mise en œuvre des missions de soins de santé primaires.
- **Permettre l'identification** des centres de santé comme le carrefour pour la coordination et le suivi des renseignements portant sur tous les services médicaux dispensés à leurs patients dans tous les milieux de soins. (Communication territoriale, locale, auprès de la population, des professionnels, etc.).

- **Développer une culture du travail en réseau.** Ce réseau partenarial se veut multidisciplinaire et multisectoriel, aussi bien dans le développement et la mise en œuvre. La mise en place d'un réseau de santé globale effectif permettra des actions intersectorielles concertées et adaptées sur les déterminants de santé.

#### 4.3.5 : Développer les pratiques selon l'approche des soins de santé primaires adoptée

- Accompagner l'évolution des pratiques actuelles des professionnels vers des pratiques permettant :
  - La participation aux soins de l'individu et de sa famille et la prise de décisions partagée, par notamment la prise en compte de la **littératie en santé**<sup>12</sup> ;
  - La promotion, l'accompagnement et l'aide aux soins autogérés, (notamment pour les patients atteints de maladies chroniques) et aux changements de comportement ;
  - Une prise en compte des déterminants de santé et de leurs effets sur la santé ;
  - Le développement d'une **relation pérenne et de confiance** entre l'individu (et sa famille) et l'équipe de soins.
- Développer et mettre en œuvre un système homogénéisé d'**évaluation** de la qualité et de **rétroaction** des patients.
- Développer la **communication** au sein du lieu d'attente de consultation afin que celui-ci soit identifié comme un lieu de promotion de la santé, mais aussi de réflexion et de développement d'un projet de soins plus éclairé pour le patient.

#### 4.3.6 : Développer la formation des professionnels

- Elaborer et mettre en œuvre un **plan de formation continue** ambitieux et complets en lien avec les outils l'approche proposées par l'ESSP.
- Permettre aux centres de santé d'être reconnus comme lieu de prédilection de **formation** (initiale et continue) et de recherche communautaire sur la santé et l'efficacité des soins et des services, ce qui implique :
  - Une **reconnaissance et soutien** par les facultés de médecine et autres établissements de formation des professionnels de la santé ;
  - **Une approche et un environnement** de formation en adéquation avec les objectifs du cursus et permettant aux étudiants de les atteindre ;
  - Des **ressources et un financement** suffisant pour permettre à chaque centre de soins de santé primaires d'être un site d'enseignement qui répond aux besoins du corps professoral et aux exigences en matière de site.

La formation continue des professionnels est une des activités prioritaires à mettre en œuvre pour la réussite du projet.

<sup>12</sup> Littératie en santé : capacité d'une personne à trouver, à comprendre, à évaluer et à communiquer l'information concernant sa propre santé. [42]

### 4.3.7 : Offrir une série d'outils standardisés en soins de santé primaires (et les formations afférentes)

**Elaborer et expérimenter** avant diffusion les 16 outils, identifiés à partir d'une première analyse globale des besoins et des différents schémas et plans en matière de santé :

#### Procédures et protocoles de prise en charge

- Maladies chroniques
- Pathologies courantes
- Pathologies mentales courantes
- Prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées
  - *Procédure d'identification et de prise en charge des personnes âgées valides en cours de fragilité*
  - *Protocoles de prévention de l'iatrogénie pour les personnes âgées*
- Prévention des pathologies maternelles et infantiles
- Prévention des pathologies infantiles impactant la réussite scolaire

#### Guides de recommandations

- Soins de santé primaires et déterminants en santé
- Les déterminants sociaux et culturels des patients Polynésiens
- Ethiques et de droits des patients en Polynésie Française
- Délégations de compétences entre professionnels de santé en Polynésie

#### Guides pratique

- Projet et animation en promotion de santé globale
  - *Ecole primaire*
  - *Ecole secondaire*
  - *Population adulte en milieu associatif et professionnel*
- Elaboration de dossier patient partagé
- Management et organisation de centre de soins de santé primaire

#### 4.3.8 : Développer la collaboration public - privé

- Approfondir les différentes possibilités de **collaboration** avec le secteur privé en lien avec les organismes financeurs et les représentants des professionnels de santé (dont les jeunes médecins) :
  - Collaboration conventionnelle (les professionnels du privé participent aux activités des centres de santé) ;
  - Les Centres de soins de santé primaires privés sur le modèle des GMF du Canada et des maisons médicales françaises (financement public selon un cahier des charges de soins de santé primaires établi) ;
  - Création d'un groupe de réflexion de jeunes médecins sur les nouvelles pratiques professionnelles ;
  - Proposer des nouveaux **modes de rémunération** pour favoriser la collaboration.

#### 4.3.9 : Autres moyens identifiés

Les autres moyens nécessaires identifiés afin d'assurer un rayonnement territorial de l'ESSP et des CSSP sont :

- Des moyens de transport permettant la projection des équipes de professionnels sur le terrain
- Des moyens de transport collectifs permettant l'accès du public au centre de santé.

**L'ensemble des activités proposées sont en lien avec les Objectifs du Schéma  
d'organisation sanitaire de la Polynésie française - 2016-2021**

- 2.1.1 :** Permettre l'amélioration de la gestion humaine et financière par l'instauration de l'Établissement polynésien de soins primaires
- 2.1.2 :** Faire de l'infirmier en soins de santé primaire un pivot de la nouvelle organisation
- 2.1.3 :** Inciter et faciliter l'installation des libéraux dans les îles
- 2.1.4 :** Renforcer la coordination médicale et du parcours de soins, garantie de continuité de la réponse médicale
- 2.1.5 :** Mettre en place des dispositifs d'incitation à l'installation de médecins
- 2.4.4 :** Réduire les transports sanitaires
- 3.3.2 :** Expérimenter l'administration de la chimiothérapie
- 3.5.1 :** Faire du médecin-référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les ALD
- 3.5.2 :** Intégrer dans la convention d'installation des missions de service public
- 3.5.4 :** Expérimenter des modalités incitatives au regroupement en maisons de santé
- 4.2.1 :** Organiser les services de prévention en visant une polyvalence et une pluridisciplinarité...
- 4.2.3 :** Intégrer une approche coût-efficacité en prévention
- 4.2.4 :** Redonner aux communes un rôle dans la santé
- 4.3.1 :** Améliorer la connaissance de la population pour la compréhension des comportements de recours aux soins et des déterminants de santé
- 4.3.2 :** Adopter une stratégie de communication régulière et diversifiée et développer le marketing social
- 6.2.1 :** Imposer à tous les acteurs de suivre les orientations du Dossier médical partagé
- 6.3.1 :** Équiper les archipels en solutions de télémédecine (téléconsultation notamment)

## 4.4 : Perspectives

Suite à cette phase de conception -Volet Santé, les phases organisationnelles et expérimentales vont être mises en œuvre, dès 2018, à travers différentes activités <sup>13</sup> :

### 4.4.1 : Suivi et de coordination de projet

Le suivi et la coordination de projet se poursuivent à travers **4 réunions annuelles** du Comité de pilotage et **2 réunions mensuelles** du Comité de coordination. Ce dernier poursuivra également les activités de mobilisation territoriale (services, partenaires, etc.) et de collaboration internationale initiées en phase 1, via notamment des réunions mensuelles avec l'OMS.

### 4.4.2 : Equipe projet volet santé

L'équipe projet volet santé sera maintenue en 2018 mais ses activités seront adaptées à l'évolution du projet. Il s'agira, lors de chaque réunion (**1 tous les 2 mois**), d'informer et d'échanger avec les membres de l'équipe sur l'avancée du projet (synthèse des activités de la phase d'expérimentation, synthèse des travaux sur l'élaboration des outils, le compte rendu des travaux de l'équipe administrative).

Suite à ces temps de rencontres, les membres de l'équipe santé diffuseront les informations auprès des professionnels de santé.

### 4.4.3 : Activités de la phase organisationnelle

Afin de mener à bien la phase organisationnelle, **l'équipe projet « volet administratif et financier »**, constituée de responsables et personnes ressources avec compétences administratives du Ministère de la santé, de la Direction de la santé et de l'Agence de Régulation d'Actions Sanitaire et Sociale (ARASS) se réunira **une fois par mois**. Un assistant technique administratif sera également recruté (*en cours*), pour une prise de fonction en février 2018.

### 4.4.4 : Activités de la phase expérimentale

#### 4.4.4.1 : Expérimentation du modèle de mise en œuvre

Afin d'expérimenter le modèle de mise en œuvre du projet, **3 sites pilotes** (Papara, Rimatara et Bora-Bora) et **1 site d'expérimentation recherche développement** (Moorea), ont été identifiés, sur la base d'une démarche volontaire. L'ensemble des **sites pilotes** bénéficieront d'un **accompagnement appuyé**, via des réunions de coordination et planification d'actions et une **supervision mensuelle** par le comité de coordination (sur site pour Papara et Bora-Bora, par Skype<sup>®</sup> mensuel et 4 missions sur site pour Rimatara)

La phase expérimentale impliquera également :

- **Une forte collaboration technique** avec le Service Informatique de Polynésie française (SIPF), la DTT, la DAS et la DGEE, initiée en 2017 via les réunions de présentation du projet ;
- L'identification, le financement et le recrutement de 3 animateurs de promotion santé.

---

<sup>13</sup> Présentation et précisions sur ces 2 phases du projet disponibles dans le document « projet d'établissement de soins de santé primaires - méthodologie de projet – décembre 2017 »

#### 4.4.4.2 : Développement des outils

Afin de développer les 16 outils de soins de santé primaires identifiés précédemment, une équipe technique (de trois ou quatre personnes) par outil sera constituée et animée par un coordinateur d'équipe. Chacun des coordinateurs identifiés sera le « référent outil » auprès du comité de coordination, pour notamment une synthèse et un suivi mensuel. En fonction de l'avancée des travaux, certains outils seront testés sur le terrain en 2018.

L'ensemble des outils constitués seront déclinés en un catalogue de formations spécifiques, mis en œuvre progressive.

#### 4.4.5 : Evaluation

Des travaux sur l'évaluation seront initiés :

- Pour une évaluation à court terme de la méthodologie de mise en œuvre du modèle, auprès des sites pilotes (« Evaluation de processus »)
- Pour une évaluation à long terme de l'impact de la mise en œuvre du projet (« Evaluation d'impact »).

Des collaborations sur ces aspects spécifiques seront développées 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.

## 4.5 : Rythme prévisionnel des activités - Synthèse

Activités	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
<b>Comité coordination</b>												
<b>Réunions</b>	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X	X X
<b>Coll. OMS</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Mobilisation</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Comité de Pilotage</b>	X				X				X			X
<b>Équipe santé</b>			X		X				X			X
<b>Équipe administrative</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Sites Pilotes</b>												
<b>Suivi Bora</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suivi Papara</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Suivi Rimatara</b>		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		Sur site	(Skype)	(Skype)	Sur site	(Skype)	(Skype)	(Skype)	Sur site	(Skype)	Sur site	(Skype)
<b>Equipe outils/formation</b>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 5 : ANNEXES

### 5.1 : Abréviations

**A**FD : Agence Française de Développement

ALD : Affections de Longue Durée

**B**AJ : Bureau des Affaires Juridiques

BRHF : Bureau des Ressources Humaines et Formation

**C**CSAT : Centres de Consultations Spécialisées d'Alcoologie et Toxicomanie

CCSHD : Centre de Consultations Spécialisées d'Hygiène Dentaire

CCSHSS : Centre de Consultations Spécialisées en Hygiène et Santé Scolaire

CCSMIT : Centre de Consultations Spécialisées des Maladies Infectieuses et Tropicales

CCSPIJ : Centres de Consultations Spécialisées en Psychiatrie Infanto-Juvenile

CCSPMI : Centre de Consultations Spécialisées en Protection Maternelle et Infantile

CHPF : Centre Hospitalier de la Polynésie Française

CHSP : Centre d'Hygiène et de Salubrité Publique

COM : Conseil de l'Ordre des Médecins

CPS : Caisse de Prévoyance Sociale

CS : Centre de Santé

CSBM : Consommation de Soins et Biens Médicaux

**D**AF : Direction des Affaires Financières

DAS : Direction des Affaires Sociales

DCS : Dépense Courante de Santé

DGEE : Direction Générale de l'Education et des Enseignements

DGRH : Direction Générale des Ressources Humaines

DMRA : Direction de la Modernisation et des Réformes de l'Administration

DPOS : Département Planification et Organisation des Soins

DPP : Département des Programmes de Prévention

DTT : Direction des Transports Terrestres

**E**SSP : Etablissement de Soins de Santé Primaires

EVASAN : EVAcuation SANitaire

**G**MF : Groupe de Médecine de Famille

**I**EOM : Institut d'Emission des Outre-Mer

InPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

ISPF : Institut de la Statistique de la Polynésie Française

**O**DD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

**P**EN : Package for Essential Non communicable diseases

PSG : Protection Sociale Généralisée

**R**SPF : Régime de Solidarité de Polynésie Française

**S**IPF : Service Informatique de Polynésie française

SOS : Schéma d'Organisation Sanitaire

SSSP : Subdivision de Soins de Santé Primaires

## 5.2 : Questions de recherche traitées par l'équipe projet volet santé

Question de recherche		Personnes en charge
<b>Le soutien institutionnel</b>		
1.1	Quels sont les arguments à développer pour sensibiliser et convaincre les partenaires institutionnels, avec quelles références ?	Comité de coordination
1.2	Quelles techniques de communication utiliser ? Quelle méthodologie mettre en place ?	
1.3	Comment convaincre l'institution de permettre un management déconcentré au niveau des centres de santé ?	
<b>Déplacer le point d'entrée dans le système de santé</b>		
2.1	Quels sont les freins identifiés par les professionnels et la population à l'accessibilité des soins ? (Financement, horaire, transport, coûts annexes à la consultation, etc.). Quelles mesures pour augmenter l'accessibilité pourraient être mises en place ?	DEBACRE Jérôme aidé par TEFAAFANA Marie-Pierre <i>Chaque participant apportera ces propositions</i>
2.2	Comment faire fonctionner un centre de soins de santé primaires dont les unités ne se trouvent actuellement pas sur le même site ? (Dispensaire, médecine préventive, maladies chroniques, promotion santé, santé environnementale, visites médico-sociales)	ANANIA Patricia SPAACK Francis
2.3	Dans quelle mesure faut-il intégrer les antennes du service social dans les centres de santé ?	GIRAUD Patricia SEGALIN Valérie
2.4	Quelle place possible du secteur libéral dans les centres de santé du public ?	BEYLIER Thierry BRUGIROUX Marie-Françoise TROUCHE-BONNO Heimana
2.5	Comment communiquer localement avec la population de référence du centre de soins de santé primaires ? quelle méthodologie ? quels outils ?	Comité de coordination Recherche biblio préliminaire
2.6	Comment générer l'appropriation de la maladie par les patients, les associer aux prises de décision, et faire respecter les décisions des patients par les professionnels ? Comment améliorer l'observance des patients ?	TEROROTUA Vaea HOATA Denis  Nécessité d'une personne en plus pour la question des patients adultes : Antonin ROUSSEY (thèse de médecine en cours)
2.7	Quels sont les facteurs locaux influençant le recours aux généralistes, à l'hôpital ou aux médecins spécialistes ?	TEFAAFANA Marie-Pierre
<b>Renforcer le rôle des prestataires de soins primaires en tant que coordonnateurs</b>		
4.1 4.5	Comment intégrer les collectivités et partenaires locaux (communes, social, équipement, écoles, associations, religions, etc.) dans les soins de santé primaires ? Comment les convaincre de leur rôle d'influence sur les déterminants en santé ? Comment créer et entretenir une	Comité de coordination

	dynamique collaborative pluridisciplinaire effective autour des soins de santé primaires en Polynésie ? Quels sont les freins et leviers ? Le comité de santé est-il une solution possible ?	
4.2	Comment sensibiliser le secteur santé spécialisé et/ou libéral aux concepts de soins de santé primaires ? Comment collaborer avec le secteur santé spécialisé et/ou libéral ?	SPAACK Francis
4.3	Comment partager les mêmes recommandations de bonnes pratiques médicales avec le secteur santé spécialisé et/ou libéral ?	
4.4	Comment faire avancer la mise en place du Dossier Individuel de Santé Primaire (DISP) ? Comment partager les données et informations médicales en l'attente de la mise en place du DISP ? Comment former les professionnels de santé et organiser le dossier patient partagé, qu'il soit sous forme papier ou électronique ?	DEBACRE Jérôme SPAACK Francis
<b>Question complémentaire</b>		
5.1	Quels sont les déterminants de santé accessibles à une action locale, à l'échelle d'un centre de soins de santé primaires ?	Comité de coordination

## 5.3 : Calendrier prévisionnel détaillé

La phase 1 « construction du volet santé » se déroule de **Mars 2017 à décembre 2017**.

**Légende** : Prévisionnel :  / Réalisé : **X**

Objectif	Activités	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.	
Suivi projet	Validation de la méthodologie de projet et de l'avant-projet santé n°1 par le Ministère de la santé et la Direction de la santé	X										
	Appel à candidature pour deux CVD master santé publique en coordination avec la DGRH	X										
	Appel à candidature et/ou identification poste secrétaire	X										
	Mise en place du comité de coordination du projet		X									
	Elaboration d'un document PPT standardisé de sensibilisation et de présentation du projet			X								
	Convention avec un prestataire local de soutien technique santé publique			X								
	Finalisation de l'avant-projet 1 bis				X							
	Présentation au comité de pilotage de l'avant-projet 1 bis du volet santé et d'un avant-projet sommaire du volet administratif					X						
	Elaboration de l'avant-projet ESSP n°2 tenant compte des restitutions du travail de l'équipe projet, des apports des institutions rencontrées et des apports des partenaires universitaires							X				
	Présentation de l'avant-projet n°2 au comité de pilotage									X		
	Création de l'équipe projet volet administratif										X	X
	Première réunion équipe projet administratif (Présentation projet)											
	Elaboration projet final volet santé tenant compte des restitutions du travail de l'équipe projet, des apports des institutions rencontrées et des apports des universités partenaires										X	X
	Présentation au comité de pilotage du projet volet santé final											X
Planification des actions 2018											X	

Objectif / Axe	Activités	Mar.	Avr.	Mai	Juin	Juil.	Aout	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
<b>Objectif 1 :</b> D'ici Juillet 2017, élaborer un modèle cible d'établissement de soins primaires adapté aux contraintes et spécificités de la Polynésie Française, et validé par le Ministère de la Santé, à partir de l'analyse conjointe de l'existant, des objectifs du SOS et des données recueillies	Recueil de données			X	X						
	Analyse conjointe de l'existant, des objectifs du SOS et des données recueillies				X						
	Elaboration du modèle cible				X	X					
	Validation du modèle cible par le ministère de la Santé et la Direction de la santé					X					
<b>Objectif 2.1 :</b> Mobiliser l'équipe projet « volet santé » pour un travail d'approfondissement sur les aspects opérationnels à mettre en œuvre, ainsi que les freins et leviers associés, pour atteindre le modèle cible.	Constitution de l'équipe projet volet santé (interview des membres, mise à disposition de documentation, etc.)		X	X							
	Réunions de l'équipe projet (mensuelle)				X	NR	X	X	X	X	X
<b>Objectif 2.2 :</b> Mobiliser les acteurs et les institutions du pays, concernés directement ou indirectement par la santé, afin d'identifier avec eux les aspects opérationnels à mettre en œuvre, ainsi que les freins et leviers, spécifiques à leur domaine, pour atteindre le modèle cible.	Réunion de présentation du projet avec les représentants municipaux (Archipel de la Société)					X					
	<i>Réunion de présentation du projet avec les représentants municipaux (Autres archipels) – REPORT EN 2018</i>										
	Rencontres individuelles de présentation du projet avec les responsables et directeurs des structures et institutions du territoire en lien avec la santé (CPS, CHPF, DMRA, DBF (CDE), DAS, etc.)							X	X	X	X
<b>Objectif 3 :</b> Sensibiliser les acteurs et les institutions du pays, concernés directement ou indirectement par la santé, afin de développer une vision commune forte autour du projet d'établissement de soins primaires et établir des partenariats forts, débouchant sur des collaborations positives.	Communication au sein de la Direction de la santé pour présenter le projet (réunions collectives (FSTN), interventions lors des réunions de service, etc.)						X	X			

<b>Objectif 4.1 :</b> Initier, développer et consolider des collaborations et partenariats internationaux avec des structures et institutions références dans le domaine des soins primaires	Identification d'une à plusieurs universités partenaires de santé publique			X							
	Prise de contact, développement et consolidation de la collaboration avec l'OMS				X	X	X	X	X	X	X
	Prise de contact, développement et consolidation de la collaboration avec l'École de Santé publique Montréal et Centre de médecine familiale				X	X	X	X	X	X	X
	Prise de contact, développement et consolidation de la collaboration avec le Département de Santé publique de la faculté de médecine de Rennes (Soumission des avant-projet)				X	X	X	X	X	X	X
<b>Objectif / Axe</b>	<b>Activités</b>	<b>Mar</b>	<b>Avr.</b>	<b>Mai</b>	<b>Juin</b>	<b>Juil.</b>	<b>Aou t</b>	<b>Sept</b>	<b>Oct.</b>	<b>Nov.</b>	<b>Déc.</b>
<b>Objectif 4.2. :</b> Mettre en place une formation sur les soins de santé primaires à destination des professionnels de la Direction de la santé (environ 20 participants)	Identification d'un organisme à même de proposer une formation de santé publique/primaire de base aux membres des équipes projet		X								
	Finalisation du programme et du calendrier de formation santé primaire, avec l'école de santé publique de Nancy et inscription des participants					X	X	X			
	Formation santé primaire de l'équipe projet santé							X	X		

## 5.4 : Etat des connaissances

Selon les objectifs du SOS 2016-2021, l'établissement de soins primaires devra prendre en charge les **soins primaires** et l'ensemble de la **prévention**. Selon le Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique [1], la prévention se définit comme « *des actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences* ». Il s'agira dans un premier temps, d'apporter des éléments afin d'expliquer l'apparition des maladies, puis d'explorer la notion complexe de « soins primaires »

### 5.4.1 : Les déterminants de santé

Même si l'on est tenté d'expliquer de façon efficace et classique, l'apparition de maladies par l'exposition à certains facteurs de risque individuels (par exemple virus, bactéries, tabagisme, abus, d'alcool ou l'excès de poids), cette approche reste incomplète, au vu de l'existence d'autres facteurs de causalité plus profonds.

#### 5.4.1.1 : Modèles et concepts associés : Approche historique

##### 5.4.1.1.1 : Le modèle Lalonde : Emergence de la notion de déterminants de santé

En 1974, Marc LALONDE [2] propose dans son document de travail « *Nouvelle perspective de la santé des canadiens* », une nouvelle conception globale de la santé en identifiant quatre facteurs principaux déterminants en la matière : **les modes de vie, l'environnement, la biologie humaine et les organismes de soins de santé**. D'après les éléments de ce document fondateur de la santé publique moderne, depuis largement démontrés par de nombreuses études, l'état de santé d'une personne est le résultat d'interactions complexes entre plusieurs facteurs individuels, socio-environnementaux et économiques, appelés **déterminants de santé**.

##### 5.4.1.1.2 : Le modèle d'Evans : Approche élargie des déterminants de santé :

En 1996, Robert EVANS et al. publient un ouvrage, intitulé « *Why are some people healthy and others not? The determinants of health of populations* », fruit du travail collaboratif d'un groupe de chercheurs issus de différentes disciplines, dont l'objectif est d'avoir une **vision globale** de l'ensemble des informations disponibles sur les déterminants de santé [3]. Ils proposent notamment un modèle d'interaction entre les déterminants de santé mettant « *en lumière comment selon qu'on prend appui sur différentes définitions conceptuelles de la santé, divers types de facteurs et forces peuvent interagir* ».

Les auteurs critiquent le schéma initial, basé sur l'interaction « Pathologies » / « Systèmes de soins » (ou plus simplement entre les besoins et l'offre de soins), qui n'accorde aux effets du contexte social et environnemental qu'un rôle de facteur influant sur l'état pathogène de l'individu.

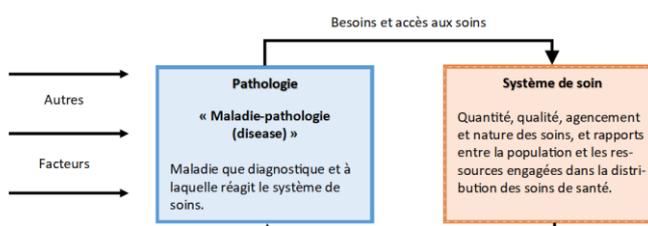


Figure 11 : Modèle de rétroaction simple entre la santé et le système de soins (Evans, 1996, p.43)

Les auteurs le complètent, en utilisant une démarche de construction progressive : ils y intègrent au fur et à mesure les grandes catégories de déterminants de santé (et leur interaction) en se basant sur des résultats d'études. Ils aboutissent à un modèle d'ensemble plus complexe dans lequel l'état de santé dépend de 6 catégories de **déterminants** (environnement physique, environnement social, patrimoine génétique, réaction individuelle, prospérité, système de soin) et de 3 catégories liées à l'état de santé de la population (pathologie, perception individuelle, bien-être).

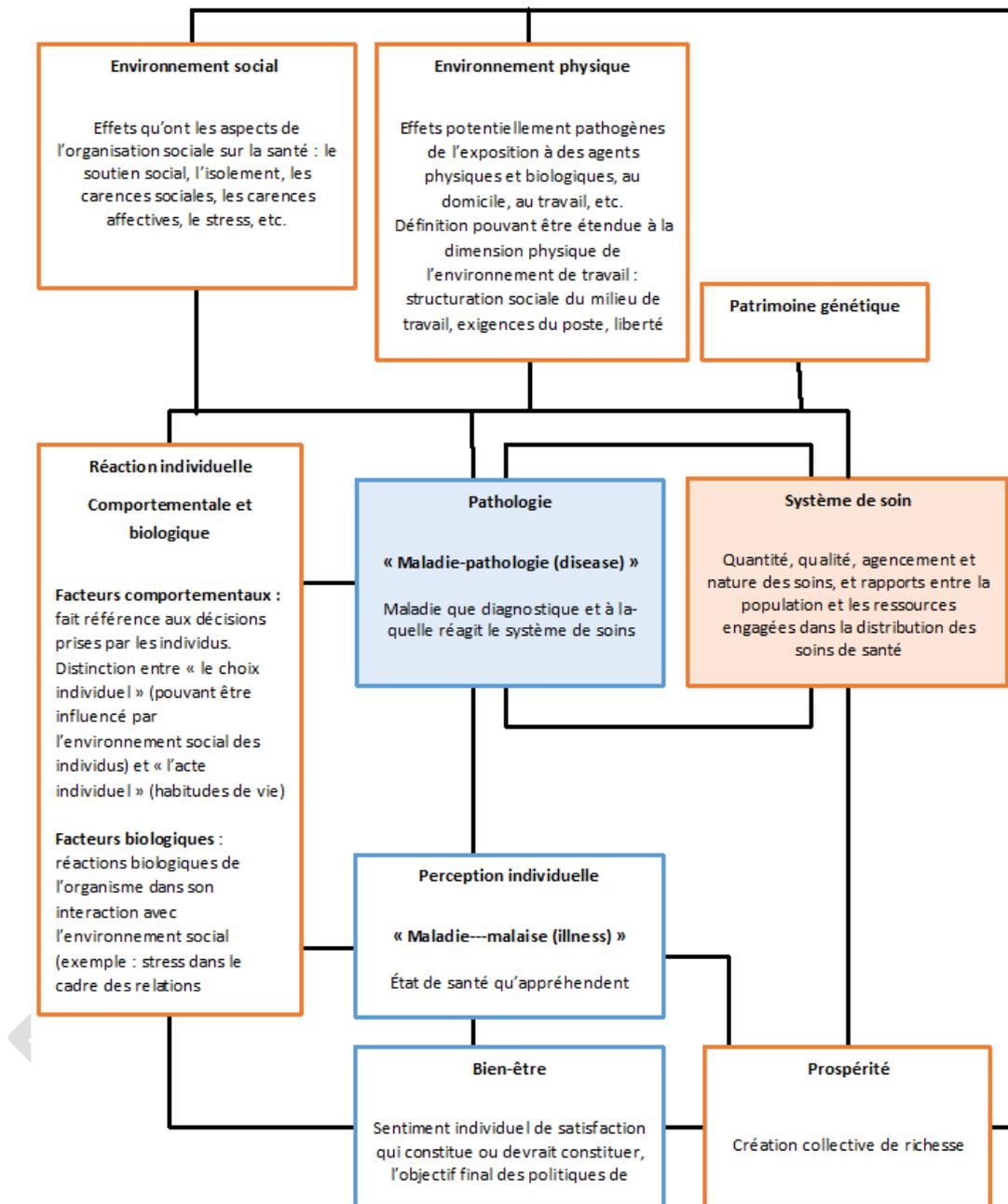


Figure 12 : Modèle de Evans et Stoddart, complétés par nos soins par les définitions et commentaires des auteurs (Evans,1996, p.66)

Dans cet ouvrage, EVANS et al. relativisent la place accordée par Lalonde aux déterminants individuels et soulignent la dimension multifactorielle de la santé. « *L'explication de l'état de santé relève souvent davantage de l'action combinée de facteurs appartenant à différentes catégories* ». Ils introduisent également des éléments de discussion sur le **gradient social** de la santé et la thématique des **inégalités sociales de santé**.

#### 5.4.1.1.3 : Le concept des inégalités sociales de santé

##### **La notion d'inégalités sociales de santé**

Dès les années 80, le rapport Black [4] révèle que la position d'un individu dans la structure sociale et son état de santé sont étroitement associées. Cette étude, basée sur un suivi longitudinal de cohortes appartenant à différents milieux sociaux en Grande-Bretagne, démontre que si, globalement, l'espérance de vie et la morbidité évoluent favorablement après la mise en place d'un système de soins d'accès universel, les différences observées entre les groupes selon leur position sociale ne se sont pas atténuées avec l'instauration d'un régime d'assurances universel [5].

Ces résultats introduisent la notion d'inégalités **sociales de santé** définies par l'Institut Nationale de Prévention et d'Education pour la Santé (InPES) comme « *les écarts d'état de santé socialement stratifiés. Elles touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque, aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux.* » [5]

La situation sociale ou position sociale est « *la place occupée par un individu dans la structure sociale en vertu de son appartenance à un ou plusieurs groupes sociaux. Toutes les sociétés sont stratifiées en fonction d'un certain nombre de critères qui déterminent l'accès qu'ont les groupes sociaux à un ensemble de ressources* ». Elle est définie le plus souvent selon des critères d'âge, d'éducation, de profession ou de niveau de revenus.

A partir des années 1990, les données probantes sur l'importance des déterminants sociaux dans les inégalités en matière de santé se multiplient dans la littérature scientifique. D'un point de vue théorique, deux approches principales se distinguent : le modèle « matérialiste » / « néomatérialiste », et le modèle « psychosocial ».

##### **Le modèle « matérialiste » / « néomatérialiste**

Le modèle « matérialiste » / « néomatérialiste » considère que les inégalités sociales de santé ont leur origine dans le **monde matériel**. Selon GOLDBERG [6], « *elles sont le reflet de la combinaison de :*

- *Conditions matérielles de vie et de travail défavorables (exposition à des substances toxiques, risques professionnels, mauvaise alimentation, logements insalubres, événements de vie éprouvants et isolement social, etc.) ;*
- *Du manque de ressources matérielles personnelles pour faire face à ces conditions défavorables ;*
- *Et d'un environnement social caractérisé lui aussi par l'insuffisance des ressources collectives (éducation, transports, équipements sanitaires, de loisirs, système de soins, pollution, etc.). »*

Cependant, il a été observé que certaines populations qui ont un niveau de vie matérielle faible présentent un meilleur état de santé que d'autres populations aux conditions de vie a priori plus favorables, que ce soit pour des pathologies particulières [7] ou des indicateurs de santé plus globaux, comme la mortalité [8].

« *Sans remettre en cause la contribution des conditions matérielles aux inégalités de santé, on a donc cherché si, dans l'organisation sociale, d'autres déterminants concernant la situation sociale des individus ou des groupes pouvaient également jouer un rôle vis-à-vis de la santé, soit de façon directe, soit à travers des mécanismes plus complexes. Cette approche est à l'origine de la théorie psychosociale de la santé.* » [6]

### Le modèle « psychosocial »

**Ce modèle « psychosocial »** considère que les principaux facteurs explicatifs sont à rechercher dans la **hiérarchie et la distance sociale entre individus**. « *Au niveau individuel, la perception et le vécu quant à son propre statut au sein de la société sont un facteur de stress et péjorent la santé. La comparaison avec des détenteurs d'une meilleure situation est susceptible d'induire des effets psychobiologiques et peut se traduire par des comportements compensatoires (dépenses excessives) ou d'imitation (surconsommation d'alcool et de nourriture) dommageables à la santé. Au niveau communautaire, l'élargissement et le renforcement des modèles hiérarchiques affaiblissent la solidarité sociale, et rendent les individus plus méfiants envers les structures publiques en matière d'éducation, de santé, d'aide sociale.* » [9]

**Cette approche renvoie à la notion de compétences psychosociales.** Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), « *les compétences psychosociales sont la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social* » [10]. Le tableau ci-dessous présente la classification des compétences psychosociales [43].

#### COMPÉTENCES SOCIALES, COGNITIVES, ÉMOTIONNELLES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
<b>Compétences de communication verbale et non verbale :</b> écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	<b>Compétences de prise de décision et de résolution de problème.</b>	<b>Compétences de régulation émotionnelle :</b> gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes.
<b>L'empathie,</b> c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.	<b>Pensée critique et l'auto-évaluation</b> qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.	<b>Compétences de gestion du stress</b> qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
<b>Capacités de résistance et de négociation :</b> gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		<b>Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation</b> qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
<b>Compétences de coopération</b> et de collaboration en groupe.		
<b>Compétences de plaidoyer</b> qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

Des notions telles que l'estime de soi et l'empowerment sont étroitement liées aux compétences psychosociales [44] :

- **L'estime de soi** est la conscience de sa valeur personnelle dans différents domaines. C'est un ensemble d'attitudes et de croyances qui permet de faire face au monde.
- **L'empowerment** est un processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maîtrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les

actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique.

Leur estime de soi est renforcée, leur sens critique, leur capacité de prise de décision et leur capacité d'action sont favorisées. Même des personnes avec peu de capacités ou en situation de précarité sont considérées comme disposant de forces et de ressources. Les processus d'empowerment ne peuvent pas être produits, seulement favorisés [1].

« Du point de vue des données probantes, les approches matérialiste/néo-matérialiste bénéficient d'une assise plus large que l'approche psychosociale Plus récemment, le modèle « éco-social » a été proposé comme un effort de synthèse de ces courants » [9].

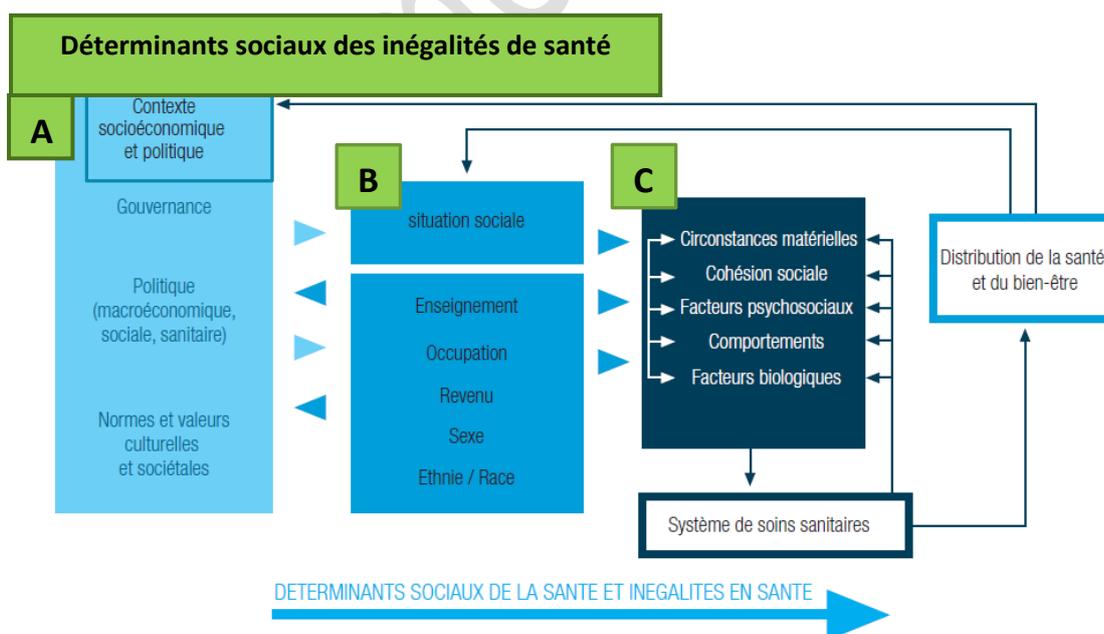
### La notion de gradient social

Ces modèles font appel à la notion de « **gradient social** », qui « est le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au-dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons. ». L'état de santé et la position sociale **n'est donc pas limitée aux groupes les plus défavorisés**. [5].

Suite aux travaux d'Evans et à l'évolution des recherches, d'autres modèles conceptuels des déterminants de santé sont élaborés selon l'approche par les inégalités de santé. Cette approche est consacrée en 2008 par le modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS qui propose une synthèse de près de 40 ans de recherche sur les déterminants de la santé [11].

#### 5.4.1.1.4 : Modèle de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS

La Commission a axé ses travaux sur les causes fondamentales sociales et structurelles des inégalités sociales de santé, les « causes des causes » des inégalités de santé, c'est-à-dire les facteurs sociaux qui déterminent la façon dont les gens grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Le modèle de la commission illustre la façon dont elles agissent sur d'autres facteurs intermédiaires et successifs pour déterminer in fine les états de santé différentiels des populations [5].



Source: Tiré et modifié de Solar & Irwin, 2007.

Figure 13. Cadre conceptuel de la commission des déterminants de la santé - OMS 2008- adapté par nos soins

Ce modèle distingue **3 composantes fondamentales** :

#### **Le contexte socio-économique et politique (A)**

Cette catégorie regroupe les facteurs sociétaux ne pouvant pas être mesurés au niveau individuel, dont les 6 éléments principaux sont :

- La gouvernance ;
- Les politiques macro-économiques (fiscalité, monnaie, balance des paiements et politiques commerciales, structure du marché du travail) ;
- Les politiques sociales influençant des facteurs comme le travail, l'état social, les politiques foncières et du logement ;
- Les politiques publiques dans d'autres secteurs (éducation, soins, gestion et l'assainissement de l'eau, etc.) ;
- La culture et les valeurs sociétales ;
- Les conditions épidémiologiques.

Ces éléments vont influencer les déterminants structurels et le statut socio-économique des individus à travers par exemple des politiques redistributives [9].

#### **Les déterminants structurels et le statut socio-économique (B)**

Cette catégorie regroupe les éléments qui définissent la position socio-économique des individus. Elle comprend le revenu, la formation, l'emploi, et les facteurs de genre et d'ethnies. Les déterminants structurels contribuent à la stratification sociale et économique et à la distribution inégale des déterminants intermédiaires. Rappelons ici que les opportunités en matière de santé diffèrent entre les groupes sociaux en fonction de leur positionnement dans les hiérarchies de pouvoir, de prestige et d'accès aux ressources <sup>14</sup>. Ces deux composantes réunies (A + B) définissent les **déterminants sociaux des inégalités de santé** [9].

#### **Les déterminants intermédiaires (C) [9]**

Cette catégorie regroupe les déterminants qui découlent de la stratification sociale et les facteurs « individuels » (comportementaux et physiologiques) qui vont déterminer les différences d'exposition et de vulnérabilité à des conditions défavorables à la santé. Elle comprend les circonstances matérielles, les circonstances psychosociales ou socio-environnementales, les facteurs biologiques et comportementaux et le système de santé.

---

<sup>14</sup>Cf. *notion de gradient social*.

### 5.4.1.2 : Le modèle du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

En 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec propose une « carte de la santé et de ses déterminants » comprenant quatre champs de déterminants de la santé, articulés autour de l'état de santé de la population : [12]

- Les caractéristiques individuelles ;
- Les milieux de vie ;
- Les systèmes ;
- Le contexte global.

Dans ce modèle, la dimension temporelle et spatiale sont prises en compte. « L'analyse des déterminants de la santé doit se situer dans le temps, puisque les déterminants changent, et dans l'espace, puisque l'importance relative d'un déterminant peut varier d'un lieu à un autre. » [13]

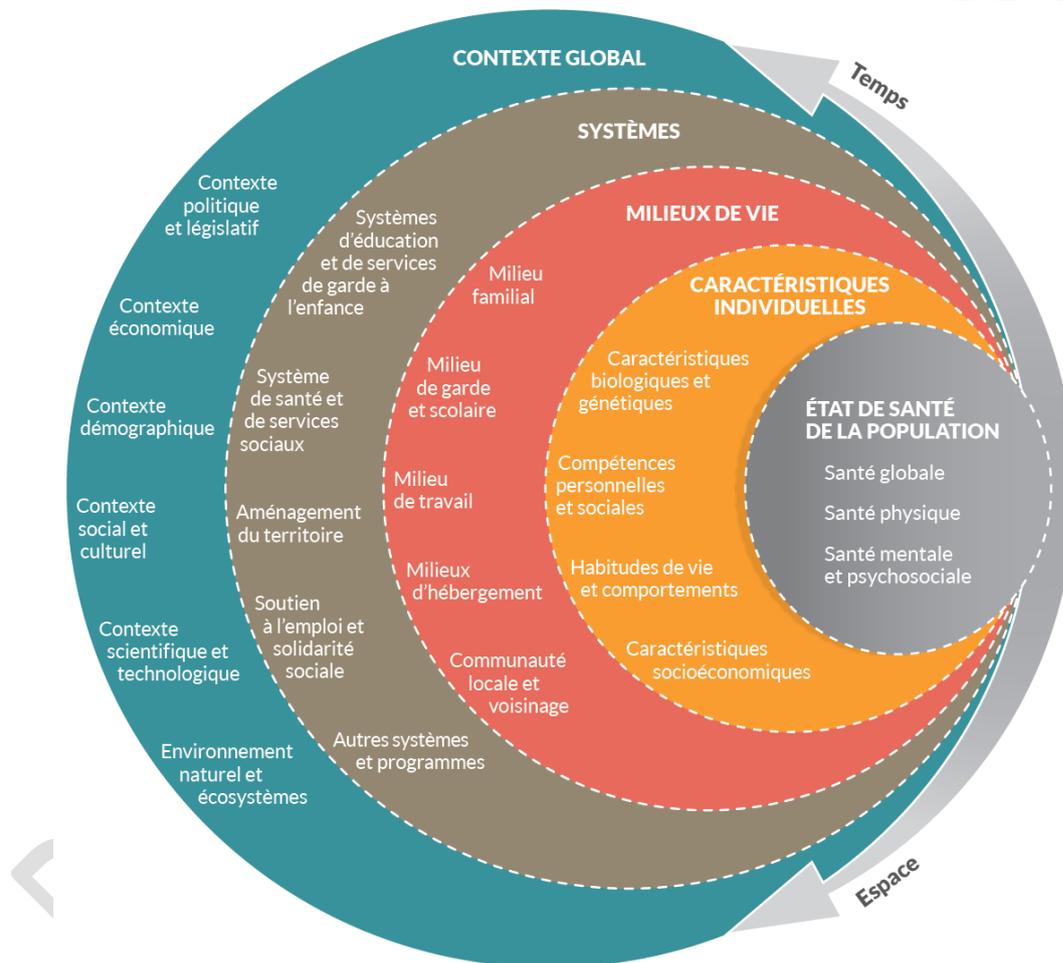


Figure 14 : Carte de la santé et de ses déterminants selon H. ANCTIL et al., La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2012.

Le document « La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir » [13] donne une classification plus précises des différents déterminants, permettant une approche de communication à destination des acteurs et partenaires plus « pratico-pratique ».

- **État de santé de la population**

<b>Santé globale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perception de la santé globale</li> <li>• Incapacité, santé fonctionnelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien-être</li> <li>• Inégalités de santé, inégalités sociales de santé</li> </ul>
<b>Santé physique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladies et traumatismes</li> <li>• Mortalité, létalité</li> <li>• Morbidité (prévalence, nombre et taux d'incidence...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbidité</li> <li>• Éclosions et épidémies</li> </ul>
<b>Santé mentale et psychosociale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Santé mentale positive et négative, suicide</li> <li>• Adaptation sociale (abus, négligence, violence...), rôles sociaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intégration sociale</li> <li>• Développement de l'enfant</li> </ul>

- **Le champ des caractéristiques individuelles**

<b>Caractéristiques biologiques et génétiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Âge et sexe</li> <li>• Origine ethnique</li> <li>• Particularités génétiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imprégnation biologique</li> <li>• Statut immunitaire et vaccinal</li> </ul>
<b>Compétences personnelles et sociales</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacités physiques</li> <li>• Habiletés cognitives</li> <li>• Résilience</li> <li>• Sentiment de contrôle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de sécurité</li> <li>• Compétences sociales</li> <li>• Littératie</li> <li>• Connaissances sur la santé</li> </ul>
<b>Habitudes de vie et comportements</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nutrition, alimentation</li> <li>• Mode de vie actif</li> <li>• Tabagisme</li> <li>• Consommation d'alcool</li> <li>• Consommation de drogues, de médicaments ou d'autres psychotropes</li> <li>• Jeux de hasard et d'argent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiques sexuelles</li> <li>• Hygiène et soins</li> <li>• Participation aux services préventifs</li> <li>• Comportements sécuritaires (pratique sportive, conduite de véhicules, sécurité au travail...)</li> <li>• Attitudes</li> <li>• Voyages</li> </ul>
<b>Caractéristiques socioéconomiques</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niveau de scolarité</li> <li>• Type d'emploi</li> <li>• Revenu individuel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statut socioéconomique</li> <li>• Insécurité alimentaire</li> <li>• Origine ethnoculturelle et langue</li> </ul>

- **Le champ des milieux de vie**

<b>Milieu familial</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure familiale</li> <li>• Relations dans la famille, lien d'attachement</li> <li>• Encadrement parental, acquisition des valeurs, bases de l'éducation</li> <li>• Soutien social et affectif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Violence intrafamiliale</li> <li>• Conditions matérielles et socioéconomiques (qualité du logement, qualité de l'air, sécurité, exposition aux risques, propriétaire ou locataire, revenu familial, scolarité des parents...)</li> </ul>
<b>Milieu de garde et scolaire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milieu de garde à l'enfance (services en centre de la petite enfance, en milieu familial, avec ou sans but lucratif...), milieu d'enseignement primaire, secondaire et postsecondaire</li> <li>• Ressources (humaines, équipements...)</li> <li>• Accessibilité</li> <li>• Services (programme éducatif en milieu de garde et en milieu scolaire, aide aux devoirs, services préventifs, activités parascolaires, repas, transport...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Climat scolaire (relations avec le personnel, encadrement, soutien scolaire, exposition à la violence...)</li> <li>• Vie scolaire et parascolaire (qualité, accès, participation...)</li> <li>• Conditions matérielles</li> <li>• Sécurité dans le milieu de garde, dans l'école</li> <li>• Caractéristiques socioéconomiques du milieu</li> <li>• Gouvernance locale</li> </ul>
<b>Milieu de travail</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditions de travail (rémunération, congés de maladie, régime d'assurance collective, régime de retraite...)</li> <li>• Exposition aux contaminants</li> <li>• Organisation du travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facteurs psychosociaux (soutien social, latitude décisionnelle...)</li> <li>• Réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée...)</li> <li>• Pratiques et comportements préventifs ou à risque</li> </ul>
<b>Milieus d'hébergement</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Type de milieu (pour aînés, personnes handicapées, jeunes en difficulté, itinérants, victimes de violence, détenus...)</li> <li>• Ressources (humaines, équipements...)</li> <li>• Accessibilité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services</li> <li>• Conditions sociales et matérielles (soutien social, sécurité, salubrité...)</li> <li>• Gouvernance locale</li> </ul>
<b>Communauté locale et voisinage</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cohésion sociale et capital social</li> <li>• Soutien social et réseaux sociaux (structure, fréquence, réciprocité, durée...)</li> <li>• Ressources communautaires</li> <li>• Caractéristiques socioéconomiques</li> <li>• Conditions matérielles (espaces verts, espaces de loisirs, espaces publics, sécurité des rues, sécurité et salubrité des bâtiments, offre d'aliments frais...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sécurité dans le quartier (criminalité...)</li> <li>• Gouvernance locale et politiques publiques locales</li> <li>• Réseaux associatifs et de loisirs (ressources, accessibilité, participation...)</li> <li>• Organismes communautaires, participation citoyenne</li> <li>• Caractéristiques environnementales (qualité de l'air, de l'eau, des sols...)</li> </ul>

- **Le champ des systèmes**

<b>Systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Types de services :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Système scolaire : enseignement primaire, secondaire et postsecondaire</li> <li>• Système de services de garde à l'enfance : services en centre de la petite enfance, en milieu familial...</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de ressources (humaines, équipements...)</li> <li>• Types de ressources</li> <li>• Organisation</li> <li>• Points de service</li> <li>• Accessibilité (géographique, financière...)</li> </ul> </li> <li>• Qualité des services</li> <li>• Financement</li> </ul>
<b>Système de santé et de services sociaux</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Types de services : curatifs et préventifs, de première ligne, spécialisés, programmes de santé publique, publics et privés...</li> <li>• Structure :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de ressources (humaines, équipements...)</li> <li>• Types de ressources</li> <li>• Organisation</li> <li>• Points de service</li> <li>• Accessibilité (géographique, financière...)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité des services</li> <li>• Financement (services publics ou privés, couverture d'assurance des services de santé, médicaments, soins dentaires...)</li> </ul>
<b>Aménagement du territoire</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aménagement urbain et rural               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Habitation, logement social</li> <li>• Lieux de travail et de loisirs</li> <li>• Établissements publics (construction et emplacement des écoles, des centres d'accueil...)</li> <li>• Espaces publics</li> <li>• Moyens et infrastructures de transport</li> <li>• Moyens et infrastructures de communication</li> </ul> </li> </ul>	
<b>Soutien à l'emploi et solidarité sociale</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Services d'aide à l'emploi</li> <li>• Soutien aux entreprises</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide de dernier recours aux personnes et aux familles démunies</li> </ul>
<b>Autres systèmes et programmes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes de contrôle et de surveillance de l'environnement (protection des écosystèmes et de la biodiversité, prévention et réduction de la contamination de l'atmosphère, de l'eau et du sol, qualité de l'eau potable...)</li> <li>• Services de sécurité publique (prévention et lutte contre la criminalité, intervention policière, services correctionnels, sécurité civile et incendie...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programmes d'intégration des immigrants et de promotion de la diversité culturelle (intégration linguistique et sociale, insertion professionnelle, rapprochement interculturel...)</li> <li>• Programmes de salubrité des aliments et de santé animale (système d'inspection et de traçabilité, programme de surveillance...)</li> </ul>

- **Le champ du contexte global**

<b>Contexte politique et législatif</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système politique, culture politique :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Régime politique, institutions politiques</li> <li>• Gouvernance</li> <li>• Participation citoyenne</li> </ul> </li> <li>• Politiques publiques :               <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociales (travail, habitation, éducation...)</li> <li>• Économiques (fiscales, monétaires, développement économique...)</li> <li>• De santé (touchant les services sociaux et de santé, la salubrité des aliments, l'alcool, les drogues, les jeux de hasard et d'argent, les médicaments...)</li> <li>• Environnementales (air, eau, sols...)</li> <li>• De sécurité (armes à feu...)</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instruments des politiques (lois et règlements, application des politiques...)</li> <li>• Droit international, traités internationaux</li> </ul>
<b>Contexte économique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mondialisation des marchés</li> <li>• Structure économique (importance des différents secteurs économiques...)</li> <li>• Conjoncture économique (croissance économique ou récession (variations du produit intérieur brut), croissance de la rémunération réelle...)</li> <li>• Marché du travail (création et pertes d'emplois, niveau du chômage...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distribution de la richesse et des revenus</li> <li>• Niveau d'endettement des ménages, accès au crédit</li> <li>• Coût des biens de consommation (coût du logement, des biens essentiels...)</li> <li>• Pratiques de commercialisation (stratégies de marketing...)</li> </ul>
<b>Contexte démographique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Natalité et fécondité</li> <li>• Structure de la population (distribution selon l'âge, le sexe, l'origine ethnique...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mouvements migratoires (mouvements de population, exode rural, embourgeoisement, immigration, voyages...)</li> </ul>
<b>Contexte social et culturel</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diversité ethnoculturelle</li> <li>• Situation linguistique</li> <li>• Normes et valeurs</li> <li>• Religions</li> <li>• Stratification sociale (selon le revenu, la scolarité, l'emploi, l'origine ethnique, le genre...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coopération et compétition</li> <li>• Préjugés et discrimination</li> <li>• Changements sociaux</li> <li>• Arts et culture</li> <li>• Médias de masse, campagnes publicitaires</li> </ul>
<b>Contexte scientifique et technologique</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informatisation</li> <li>• Technologies de l'information et des communications</li> <li>• Technologies et modes d'intervention en santé (appareils et équipements, procédures médicales et chirurgicales...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évolution de la pharmacologie</li> <li>• Innovation en génomique, en biotechnologie et en nanotechnologie</li> <li>• Connaissances et innovations dans le domaine social</li> </ul>
<b>Environnement naturel et écosystèmes</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Climat et changements climatiques</li> <li>• Topographie, latitude, étendue du territoire et autres caractéristiques physiques</li> <li>• Animaux et plantes</li> <li>• Provision et régulation issues des écosystèmes</li> <li>• Agents pathogènes et vecteurs biologiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contaminants (air, eau, sols...)</li> <li>• Niveaux de risque de sinistres</li> <li>• Radiations</li> <li>• Nuisances</li> <li>• Champs électromagnétiques</li> </ul>

### 5.4.1.3 : La part des déterminants dans l'état de santé

Dès l'émergence de la notion de déterminants de santé (rapport Lalonde, 1974), des travaux ont rapidement été engagés afin de déterminer l'importance et la hiérarchisation de chaque déterminant, ou catégorie de déterminants, dans l'état de santé des individus. De prime abord, l'affirmation qu'une meilleure santé est le résultat de meilleurs soins classiques –c'est-à-dire pour le sens commun, plus de financement dans le système hospitalier, plus de professionnels de santé, plus de médicaments et de traitements modernes – n'a pas besoin d'être argumentée. Il est simplement assumé que cette affirmation est vraie, affirmation partagée par le public et la majorité des responsables politiques. Cependant, cette apparente évidence est sérieusement remise en question par les travaux de recherches en santé publique.

#### **Facteurs structurels et comportementaux**

Les premiers travaux sont publiés dès 1976, par DEVER [14] qui établit que les comportements individuels et les habitudes de vie représenteraient environ 40 % des causes de mortalités. D'autres études, réalisées sur le même modèle épidémiologique, ont donné des résultats proches. Suite à ces travaux, critiqués sur certains aspects théoriques et méthodologiques, STRONKS [15] adopte une approche axée autour du lien entre le statut socio-économique et la santé. Les résultats publiés en 1996 montrent que **56 % de l'état de santé peut être expliqué par des facteurs structurels<sup>15</sup> et 14 % par des facteurs comportementaux**. Cette étude a été reproduite à plusieurs reprises et dans différents pays<sup>16</sup>. **Le poids des facteurs structurels est systématiquement plus important que le poids des facteurs comportementaux**.

#### **Soins de santé**

D'autres travaux ont également porté sur le poids **des soins de santé dans l'état de santé**. Le document « la rentabilité collective des soins de santé » permet d'en avoir une rapide synthèse [45].

Les premiers travaux scientifiques sur cette question ont été publiés par Thomas McKEOWN en 1979. Il constate qu'entre 1850 et 1970 la décroissance impressionnante de **la mortalité** et l'accroissement de **l'espérance de vie** pour certaines pathologies ont eu lieu avant l'introduction des traitements modernes pour ces maladies. Il en conclut que les **soins de santé n'ont contribué que faiblement à l'amélioration majeure de l'état de la santé** constatée entre le milieu du 19<sup>ème</sup> siècle et le milieu du 20<sup>ème</sup> siècle. Selon lui, ces avancées résulteraient plutôt de l'amélioration de l'hygiène, des conditions de vie et de la nutrition [46]. D'autres études sont venues conforter cette idée. On peut citer par exemple, l'étude de MACKENBACH<sup>17</sup>[47], en 1996, qui conclut que **la contribution des soins médicaux à la baisse de la mortalité aux Pays-Bas avant 1970 était de 4,7 à 8,5 %** et celle de la prévention collective était estimée à 20 %. Ces travaux se basent sur des « modèles » de maladies infectieuses et contagieuses, sensibles aux conditions de vie, ce qui représente une de leurs limites.

D'autres études ont porté sur un domaine plus large de pathologie (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, maladies virales, etc.), comme celle de BLUNKER et al. [20][48] qui a analysé une

---

<sup>15</sup>Facteurs structurels définis par Stronks et al. pour l'analyse : nb de personnes par pièce, conditions physiques de l'habitat, conditions du quartier, problèmes financiers, situation en emploi, conditions physiques du travail

<sup>16</sup> Etudes citées par le document « Pondérations des déterminants de la santé en Suisse » : Schrijvers et al en 1999, Richter et Mielck en 2000, Van Lenthe et al. en 2002, Laaksonen et al en 2005, Giesecke et Mütters en 2009

<sup>17</sup>Mackenbach a basé ses conclusions sur le fait que la réduction de la mortalité par maladies infectieuses a commencé avant que les antibiotiques ne soient introduits.

dizaine de pathologies<sup>18</sup> pour lesquelles il existe des traitements préventifs et curatifs. Il conclut que, sur la période 1950-1989, « **le taux de mortalité ajusté sur l'âge de la population américaine est passé de 840 à 523 pour 100 000 habitants en 1989, avec une augmentation de l'espérance de vie de 7,1 ans, dont 4,5 ans seraient attribuables aux soins curatifs et 1,5 aux mesures préventives** ». Toujours selon cet auteur, **les soins médicaux correspondraient à 20 % des gains d'espérance de vie tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle** [49].

### **De manière globale**

Les rapports « Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne » (1999) [16], et « Stratégies pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens. » (1994) [50] fournissent la synthèse d'un ensemble de données probantes, permettant d'identifier **12 principaux facteurs**, interreliés, influençant la santé :

- Le niveau de revenu et la situation sociale ;
- Les réseaux de soutien social ;
- Le niveau d'instruction ;
- L'emploi et les conditions de travail ;
- L'environnement social et physique ;
- Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles ;
- Le développement sain durant l'enfance ;
- Le patrimoine biologique et génétique ;
- Les services de santé ;
- Le sexe ;
- Et la culture.

L'ensemble des données permettent de conclure que « ***l'apport de la médecine et des soins de santé est assez limité et qu'accroître les dépenses en soins de la santé n'apportera pas une amélioration importante de la santé de la population. Par contre, il y a aussi des indications nettes et de plus en plus nombreuses que d'autres facteurs comme les conditions de vie et de travail sont des éléments déterminants de la santé de la population.*** » [16]

---

<sup>18</sup>Cancer du col de l'utérus, cancer colorectal, ulcère gastro-intestinal, cardiopathies ischémiques, hypertension, insuffisance rénale, détresse respiratoire du nouveau-né, appendicite, diabète, tuberculose, hépatite, infection à pneumocoque, grippe, etc.)

## 5.4.2 : Les soins (de santé) primaires

### 5.4.2.1 : Définitions et concepts associés

#### **Précisions terminologiques**

Comme le souligne CRISMER dans un article datant de 2016, il existe en français une confusion entre « soins primaires » et « soins de santé primaires ». En effet, on trouve régulièrement dans la littérature des traductions françaises de textes en anglais, où « primary care » est traduit par « soins de santé primaires » au lieu de « soins primaires ». Or ces deux termes font références à deux approches distinctes, comme le mentionne l'Organisation Mondiale de la Santé [21] :

- « **Les soins de santé primaires** font référence au concept élaboré dans la Déclaration d'Alma Ata de 1978, qui est basé sur les principes d'équité, de participation, d'action intersectorielle, de technologie appropriée et sur le rôle central joué par le système de santé ».
- « **Les soins primaires** sont plus que juste le niveau de soins<sup>19</sup> ou de gate keeping<sup>20</sup>; ils sont un processus clef dans le système de soins. Ce sont les soins de premier contact, accessibles, continus, globaux et coordonnés. (...) Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires ».

Au vu du contexte du projet et de axes du SOS 2016-2021, l'**approche globale de soins de santé primaires, englobant les soins primaires**, sera explorée.

#### **La déclaration d'Alma-Ata**

En 1978, lors de la conférence internationale d'Alma-Ata, l'OMS a défini les soins de santé primaires comme « des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. [...] [51]. Selon l'article 7, les soins de santé primaires comprennent à minima :

- Une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables ;
- La promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles ;
- Un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base ;
- La protection maternelle et infantile y compris la planification familiale ;
- La vaccination contre les grandes maladies infectieuses ;
- La prévention et le contrôle des endémies locales ;
- Le traitement des maladies et lésions courantes ;
- Et la fourniture de médicaments essentiels.

---

<sup>19</sup> Selon l'approche par niveau de soins, les soins primaires sont « le premier niveau de contact des individus, des familles et des communautés avec le système de santé d'un pays, apportant les soins de santé aussi près que possible de l'endroit où les gens travaillent et vivent (Glossaire de la Banque de Données en Santé Publique. Ce niveau de soins est également appelé soins de « première ligne », « premier échelon », « premier niveau », « premier recours ».

<sup>20</sup> « Gatekeeping » désigne la coordination de l'ensemble des soins par le médecin traitant, qui contrôle l'accès au second recours (les spécialistes et l'hôpital, etc.).[44]

Au vu des changements sociaux, géographique et épidémiologiques engendrés par la mondialisation, l'urbanisation et le vieillissement des populations, qui suscitent des problèmes d'une ampleur insoupçonnés en 1978, le concept des soins de santé primaires a été modernisé en 2008 et a donné lieu à la publication du rapport « Les soins de santé primaires - maintenant plus que jamais » [17].

Les soins de santé primaires y sont présentés comme un des principaux leviers d'action au déterminants de santé majeurs que sont les **inégalités sociales de santé**<sup>21</sup> [18].

*« Il est clair aujourd'hui que, livrés à eux-mêmes, les systèmes de santé n'ont pas naturellement tendance à aller dans le sens des objectifs de la santé pour tous par des soins de santé primaires. Ils ne vont pas dans le sens de l'équité, de la satisfaction des besoins »*

*OMS, 2008*

### **L'objectif ultime des soins de santé primaires reste une meilleure santé pour tous.**

L'OMS a recensé **cinq éléments** clés pour parvenir à cet objectif [52]:

- 1. Réduire l'exclusion et les disparités sociales dans le domaine de la santé ;
- 2. Intégrer la santé dans tous les secteurs (réformes des politiques publiques) ;
- 3. Organiser les services de santé autour des besoins et des attentes des populations (réformes de la prestation des services) ;
- 4. Poursuivre le dialogue et la collaboration politique (réformes du leadership) ;
- 5. Augmenter la participation des acteurs concernés.

### **Caractéristiques des soins primaires, comme un élément des soins de santé primaires**

Selon le rapport de l'OMS « Les soins de santé primaires – Maintenant plus que jamais » [17], les soins primaires se caractérisent par un ensemble d'éléments :

- Les soins primaires sont **centrés sur la personne** : La personne est prise en compte dans son ensemble (contexte familial et social, valeurs du patient et de celles de sa famille, mode et conception de la vie, etc.) et participe aux décisions qui affecte sa propre santé.
- Les soins primaires sont **exhaustifs**.
- Les soins primaires sont **intégrés** à une organisation globale de santé. Ils ne s'opposent pas aux soins secondaires ou tertiaires, ils sont égaux et complémentaires.
- Les soins primaires sont **continus**, avec un point d'entrée régulier dans le système de santé afin qu'il devienne possible d'établir une relation de confiance durable entre les patients et leurs prestataires de soins.
- Les soins primaires sont **efficaces et sûrs** (paramètres techniques et de sécurité, médicaments adéquats, etc.).
- Les soins primaires sont **accessibles** (géographiquement, financièrement, socialement, culturellement).

---

<sup>21</sup> Les inégalités sociales de santé sont les écarts d'état de santé socialement stratifiés. Elles touchent un vaste éventail d'indicateurs de santé allant des facteurs de risque, aux résultats des soins et reproduisent, dans le domaine sanitaire, les inégalités existantes entre les groupes sociaux.

**Tableau 3.1** Aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins primaires centrés sur la personne

Soins médicaux ambulatoires conventionnels en clinique ou en consultation externe	Programmes de lutte contre les maladies	Soins primaires centrés sur la personne
Accent sur la maladie et la guérison	Accent sur les maladies prioritaires	Accent sur les besoins sanitaires
Relation limitée au moment de la consultation	Relation limitée à la mise en œuvre du programme	Relation personnelle durable
Soins curatifs épisodiques	Actions de lutte contre les maladies déterminées par les programmes	Soins complets, continus et centrés sur la personne
Responsabilité limitée à la dispense de conseils efficaces et sûrs au patient lors de la consultation	Responsabilité d'atteindre des objectifs ciblés dans la lutte contre la maladie dans la population cible	Responsabilité de la santé de tous au sein de la collectivité et pendant toute la vie ; responsabilité de tenir compte des déterminants de la mauvaise santé
Les usagers sont des consommateurs des soins qu'ils achètent	Les groupes de population sont les cibles des actions de lutte contre les maladies	Les gens sont partenaires dans la gestion de leur santé et de celle de leur collectivité

Figure 15 : Aspects qui distinguent les soins de santé conventionnels des soins primaires centrés sur la personne \_ OMS \_ 2008

Le modèle des soins primaires est donc « *Un service de santé qui fournit un point d'entrée sous forme de soins ambulatoires destinés à des problèmes de santé ou liés à la santé doit donc offrir une gamme complète de services intégrés de diagnostic, curatifs, de réadaptation et palliatifs. A la différence de la plupart des modèles conventionnels de prestation des soins de santé, l'offre de services doit inclure la prévention et la promotion de la santé ainsi que des efforts visant à cerner localement les déterminants de la mauvaise santé. Il est essentiel d'établir une relation directe et durable entre le prestataire et la population de la collectivité desservie pour pouvoir tenir compte des contextes personnels et sociaux des patients et de leurs familles et pour assurer la continuité des soins dans le temps et d'un service à l'autre* » [17].

#### 5.4.2.2 : Modèles types d'organisation des soins primaires

**« Les soins primaires sont plus que juste le niveau de soins ou de gate keeping ; ils sont un processus clef dans le système de soins. Ce sont les soins de premier contact, accessibles, continus, globaux et coordonnés. (...) »**

*Les soins primaires sont un élément des soins de santé primaires* ». – OMS [21]

Trois modèles types d'organisation des soins primaires se distinguent dans les pays développés [22] [23] :

- Le modèle normatif hiérarchisé (Système organisé autour des soins primaires et régulé par l'État) ;
- Le modèle professionnel hiérarchisé (Place très importante donnée au médecin généraliste) ;
- Le modèle professionnel non hiérarchisé (Organisation des soins primaires laissée à l'initiative des acteurs).

### ***Le modèle « normatif hiérarchisé » (Espagne (Catalogne), Suède et Finlande)***

Le modèle « normatif hiérarchisé » caractérise les pays ayant inscrit dans leurs lois l'organisation du système des soins selon les principes d'organisation des soins primaires. Cela se traduit par exemple par la définition des missions des différentes professions, la hiérarchisation des échelons, la définition des rôles des différents échelons territoriaux sur un mode déconcentré ou décentralisé.

L'organisation des soins primaires se base sur des centres de santé à statut public, comprenant des médecins généralistes et des professionnels paramédicaux, avec des règles assez précises de planification (ratios d'offre ramenés à la population, composition type d'équipes de soins). Les coopérations interprofessionnelles y sont fortement développées, notamment les rôles infirmiers. Les professionnels y exercent majoritairement comme salariés. Les médecins spécialistes exercent eux principalement à l'hôpital.

### ***Le modèle « professionnel hiérarchisé » (Australie, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni)***

Le modèle « professionnel hiérarchisé » caractérise les pays n'ayant pas défini de modèle complet des soins primaires mais ayant accordé une place très importante au médecin généraliste. L'organisation des soins ambulatoires repose sur les généralistes, pivots du système de soins par leur fonction de *gate keeping*<sup>22</sup>, qui constitue un principe organisateur des soins primaires, en régulant notamment l'accès aux soins spécialisés généralement dispensés à l'hôpital. Les médecins généralistes se voient dotés d'un appareil de formation et de recherche très conséquent. L'attribution de missions populationnelles aux médecins généralistes auprès desquels sont tenus de s'inscrire tous les habitants s'accompagne d'un mécanisme de rémunération de ces professionnels : il repose principalement sur la capitation (proportionnelle à la liste de personnes inscrites). Les médecins spécialistes exercent eux principalement à l'hôpital.

### ***Le modèle « professionnel non hiérarchisé » (Allemagne, Canada et France)***

Le modèle « professionnel non hiérarchisé » ne présente pas de projet global des soins primaires ni d'organisation populationnelle et territoriale des soins ambulatoires : l'organisation des soins primaires est à l'initiative des acteurs (sans hiérarchisation des rôles entre médecins de spécialités différentes, ni entre secteurs ambulatoire et hospitalier). Même si cette organisation n'est pas construite autour des objectifs de soins primaires, elle répond cependant aux enjeux de ces derniers par son accessibilité, sa proximité, sa permanence, etc. Dans les pays concernés, l'offre de soins primaires inclut les soins ambulatoires en général, à la fois généralistes et spécialistes et les médecins y sont majoritairement rémunérés à l'acte.

---

<sup>22</sup> « Gatekeeping » désigne la coordination de l'ensemble des soins par le médecin traitant, qui contrôle l'accès au second recours (les spécialistes et l'hôpital, etc.).

## Convergence des modèles

Depuis les années 90, on note **une évolution convergente** de ces modèles en raison des défis similaires rencontrés en matière de santé (comme par exemple le vieillissement des populations, l'augmentation des maladies chroniques, l'autonomie croissante des patients, évolution sociologique du corps médical, poids des dépenses de santé, les progrès technologiques etc.). Ces évolutions se traduisent globalement par :

- Un renforcement de la **décentralisation** territoriale et financière ;
- Une approche plus **coordonnée des soins** par le regroupement des professionnels et *disease management* <sup>23</sup> ;
- Des modes mixtes **de rémunération** des médecins et une plus grande **coopération** des professions de santé.

*« Les différents systèmes d'organisation des soins primaires, aussi contrastés soient-ils, semblent converger autour des notions de travail d'équipe, d'intégration médico-sociale, d'utilisation des nouvelles technologies, avec une valorisation des pratiques visant à prendre en charge les patients chroniques au long cours »* [23]

### Zoom sur les soins primaires en France

Selon les caractéristiques des modèles précédents, la France relève historiquement du modèle « **professionnel non hiérarchisé** ». Cette organisation repose sur des principes forts et structurants dont la Charte de la médecine libérale de 1927. Le système de soins primaires du début des années 2000 se caractérise par une offre de soins abondante, très hétérogène, concurrentielle et faiblement hiérarchisée. Organisés selon différents niveaux, les soins ambulatoires sont inégalement répartis sur le territoire. Par conséquent, la coordination des soins repose en grande partie sur le patient ou sa famille et, d'autre part, sur les modalités d'entente entre les différents professionnels (confiance, formation commune initiale, conventions plus ou moins explicites).

Cependant les réformes engagées depuis plus de vingt ans tendent à rapprocher le modèle « français » des deux autres modèles de soins primaires (développement de la régionalisation, l'émergence de la santé publique et du droit des patients, la réorganisation des soins et la coordination des professions dans le cadre des expériences de réseaux, etc.) [22].

Les soins de santé primaires sont en **partie** à l'œuvre en France, depuis 1945, avec l'instauration de l'Assurance maladie et du système de protection sociale dans son ensemble, en tant que mécanismes de solidarités entre malades et bien portants, entre riches et pauvres. Selon BOURGUEIL (2014), « Ceci peut expliquer que les soins primaires, qui n'ont pas été adoptés en France, ont longtemps été considérés comme des principes organisateurs réservés aux systèmes de soins aux ressources très limitées, à mettre en œuvre uniquement dans les pays en voie de développement »

<sup>23</sup> « Disease management », ou Programme spécifique de prise en charge des maladies chroniques, vise à favoriser une meilleure prise en charge par les patients eux-mêmes de leur maladie et de leur proposer un programme d'accompagnement spécifique, conformément aux recommandations médicales et au protocole en vigueur. [44]

BOURGUEIL souligne également d'autres facteurs influençant fortement le secteur des soins primaires :

- L'évolution des **médecins** eux-mêmes qui souhaitent réaliser des arbitrages différents de ceux de leurs aînés entre temps de travail et loisirs.
- Les **progrès technologiques** permettant une plus grande accessibilité des actes spécialisés en proximité.
- Et le contexte général de la **crise économique et des déficits sociaux** qui renforce la question de la recherche d'efficacité et d'optimisation de l'emploi des ressources affectées à la santé, comme celle de l'accès aux soins de populations précaires.

### 5.4.2.3 : Efficacité des soins de santé primaires

#### **Approche globale**

De nombreux travaux ont porté sur l'efficacité des soins de santé primaires, en lien avec les indicateurs de santé (morbidité et mortalité), la satisfaction des usagers, la qualité des soins et les résultats, le coût pour les systèmes de sécurité sociale, etc. D'après un certain nombre de travaux sur les soins de santé primaires, et notamment ceux de Barbara STARFIELD, James MACINKO et Leiyu SHI, le développement des soins de santé primaires a un impact positif sous différents aspects.

- **Indicateurs de mortalité et morbidité**

L'impact d'une orientation du système de santé en faveur des soins primaires a un effet positif sur les indicateurs de santé de la population, et plus **particulièrement dans les premières années de vie de la population**. Un impact positif se marque également pour les personnes âgées, mais cet impact est particulièrement dépendant dans ce cas de la coordination entre les soins primaires et les soins spécialisés [28]<sup>24</sup>.

De plus, l'importance accordée aux soins de santé primaires est inversement associée à la mortalité toutes causes confondues, à la mortalité prématurée pour asthme,

bronchite, emphysème, pneumonie, pathologie cardio-vasculaire et maladie cardiaque. Il est à noter que le nombre de médecins généralistes en activité influence positivement les indicateurs de santé, et que le nombre croissant de spécialistes a un effet négatif, une fois un certain seuil dépassé.[27]

- **Consommation des soins**

**D'après deux revues de littérature de 2013 et 2014, la majorité des études soulignent que les taux d'hospitalisation potentiellement évitables (HPE) sont plus faibles dans les zones ayant un meilleur accès aux soins de santé primaires** [29][30]. Une étude américaine de 2009, portant sur les hospitalisations potentiellement évitables des personnes âgées vivant en maisons de retraite médicalisée, avance que l'amélioration de l'accès aux soins primaires permettrait de réduire de 33 % les HPE [53][54].

Les résultats des services de soins de santé sont aussi influencés par la présence et la performance d'autres services sociaux, et d'un système d'éducation publique adéquat.

*B. Starfield, « Primary care and health. A cross-national comparison », JAMA, vol. 266, no 16, p. 2268-2271, oct. 1991.*

<sup>24</sup> L'étude portait sur treize pays industrialisés de plus de cinq millions d'habitants. Ils ont été classés d'après le niveau d'importance accordé aux soins de santé primaires dans leur système de santé, et comparés pour des indicateurs de la santé de la population, ainsi que pour le coût des services de santé. (2002)

- **Inégalités sociales et satisfaction**

Des études réalisées dans plusieurs pays développés démontrent qu'un système principalement axé sur des services spécialisés diminue l'équité de l'accès aux soins.[33] Selon Or et al. en 2009 <sup>25</sup>, « *l'organisation et les modes de financement des soins peuvent avoir un impact significatif sur le niveau d'inéquité du recours aux soins en Europe. Les résultats soulignent l'importance du rôle des médecins généralistes et de l'organisation des soins primaires pour réduire ces inégalités au-delà du partage des coûts entre les sphères publique et privée.* » [55]. Par ailleurs, le niveau de satisfaction est plus élevé dans les pays qui présentent des soins de santé primaires importants [33]<sup>26</sup>. De plus, selon la plupart des études, le recours aux soins primaires entraîne une **diminution des coûts** sans que la qualité ni le résultat des soins n'en soient affectés.[33][28]

**Globalement, les systèmes se basant sur des soins de santé primaires « forts » (comme l'Australie, le Canada, l'Espagne, etc.) sont en moyenne plus efficaces pour améliorer la santé des populations que ceux ayant des soins primaires « faibles » car plus équitables en termes d'accès aux soins, et avec une meilleure maîtrise des dépenses de santé [27].**

#### **Actions et pratiques du secteur des soins de santé primaires**

En 2012, BOURGUEIL et al. publient une revue de littérature portant sur les interventions de soins de santé primaires efficaces dans le domaine de la réduction des inégalités socio-économiques de santé. Les principales conclusions sont les suivantes [18] :

- **Une couverture complète** du coût des soins des populations auparavant non couvertes augmente leur recours aux soins et améliore des résultats sanitaires, en particulier chez les plus pauvres et les enfants. Il est à noter cependant qu'il existe un non-recours pour l'ensemble des dispositifs visant à fournir une assurance gratuite ou subventionnée.
- **Les actions de prévention** agissant sur les comportements et les styles de vie contribuant à renforcer les inégalités de santé, majoritairement destinées aux populations économiquement défavorisées et à des groupes de populations spécifiques sont efficaces. Ces actions et informations nécessitent cependant une adaptation culturelle et linguistique et sont, pour la plupart, réalisées dans le cadre de la communauté plutôt qu'au sein des structures de soins.
- Certaines mesures visant à améliorer la **qualité des soins** en population générale à travers l'organisation des soins, comme par exemple la mise en place de programmes spécifiques de prise en charge des maladies chroniques, participeraient à réduire les inégalités de santé.

---

<sup>25</sup>Cette étude porte sur l'évaluation de l'influence des caractéristiques des systèmes de santé sur l'équité horizontale du recours aux soins au sein de treize pays européens.

<sup>26</sup>Rapport de synthèse du Health Evidence Network (HEN) publié sur base d'une recherche bibliographique étendue (plus de cent références)

### **Contribution des soins de santé primaires, par caractéristiques**

Dans son rapport de 2008 (chapitre 3), l'OMS présente un grand nombre de résultats d'étude sur la contribution des soins de santé primaires à la qualité des soins et à de meilleurs résultats, par caractéristiques [17]. Le tableau ci-dessous en rapporte quelques éléments.

Caractéristiques	Contributions
<b>Le centrage des soins sur la personne</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Atténuation de l'anxiété du patient et amélioration de la satisfaction du prestataire</li><li>• Intensité accrue du traitement et meilleure qualité de vie</li><li>• Meilleure compréhension des aspects psychologiques des problèmes du patient</li><li>• Communication plus satisfaisante</li><li>• Confiance accrue dans le traitement et meilleure observance</li><li>• Meilleure intégration des soins préventifs et de la promotion</li></ul>
<b>Des actions globales et intégrées - Exhaustivité</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meilleurs résultats sanitaires</li><li>• Recours accru à des soins préventifs visant des maladies particulières (p. ex. dépistage de l'hypertension, mammographie, frottis vaginal)</li><li>• Moins de patients hospitalisés à la suite de complications évitables de maladies chroniques</li></ul>
<b>Point d'entrée régulier</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Satisfaction accrue des services</li><li>• Traitements mieux suivis et taux d'hospitalisation réduits</li><li>• Moins de recours à des services spécialisés et d'urgence</li><li>• Moins de consultations de spécialistes</li><li>• Utilisation plus efficace des ressources</li><li>• Recours accru à des soins préventifs par les adolescents</li><li>• Protection contre des traitements excessifs</li></ul>
<b>Continuité des soins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réduit la mortalité toutes causes confondues</li><li>• Meilleur accès aux soins</li><li>• Moins de réhospitalisations</li><li>• Moins de consultations de spécialistes</li><li>• Recours moindre à des services d'urgence</li><li>• Meilleure détection des effets indésirables d'interventions médicales</li></ul>

Tableau 5 : Caractéristiques des soins primaires, selon l'approche des soins de santé primaires de l'OMS, et leur contribution (Source : Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais. OMS)

#### **5.4.2.4 : Pourquoi les soins de santé primaires ne sont-ils pas plus développés ?**

Dans son rapport de 2008 [17], l'OMS fait le constat que les systèmes de santé classiques ont tendance à accorder une place disproportionnée aux **soins tertiaires spécialisés**, phénomène souvent qualifié « **d'hospitalocentrisme** ». « *Par exemple, dans les pays Membres de l'Organisation de Coopération et de Développement économiques (OCDE), l'accroissement de 35 % du nombre de médecins au cours des 15 dernières années s'explique par l'augmentation du nombre de spécialistes (jusqu'à près de 50 % entre 1990 et 2005 – pour une augmentation de seulement 20 % du nombre de généralistes).* » [17]

Le rapport Health Evidence Network [33] avance des éléments de compréhension quant au relatif développement des soins de santé primaires. Cela s'expliquerait en partie par la perception de ce que sont les soins de santé primaires, de ce qu'ils ont à offrir : les décideurs politiques, tout comme beaucoup de professionnels de la santé, les voient comme une activité de bas niveau, avec un effet faible sur la mortalité et la morbidité, et comme ayant surtout un rôle de triage pour l'accès aux hôpitaux, plutôt que de considérer leur contribution effective et positive au gain de santé.

**Il semble donc que les politiques, les professionnels de la santé, et la population, doivent encore être mieux informés sur le concept de soins primaires et sur les bénéfices qu'ils peuvent apporter.**

## 5.5 : Concept fédérateur des îles-santé pour les États et Territoires insulaires du Pacifique.

Extrait du document « *Le parcours des îles-santé (1995-2015) : réalisations, défis et perspectives* » de la onzième réunion des ministres de la santé des pays océaniques (2015) [56]

En 1995, les ministres de la santé des pays océaniques ont défini lors de leur première réunion, sur l'île de Yanuca (Fidji), le concept d'îles-santé en tant que lieux où :

- Les enfants se développent physiquement et spirituellement ;
- L'environnement invite à l'apprentissage et aux loisirs ;
- Les gens travaillent et vieillissent dans la dignité ;
- L'équilibre écologique est source de fierté ; et
- L'océan nourricier est protégé<sup>27</sup>.

Les îles-santé ont été citées comme un idéal lors des réunions bisannuelles des ministres de la santé des pays océaniques. En 1997, les ministres ont adopté la définition pratique suivante des îles-santé : « *La notion d'îles-santé suppose que l'on veille constamment à déterminer et à résoudre **les questions prioritaires liées à la santé, au développement et au bien-être**, en recommandant, en coordonnant et en permettant concrètement des interventions sur ces questions dans le cadre de partenariats entre communautés, organisations et organismes aux échelons local, national et régional* » ; et ils ont instamment prié les États et Territoires insulaires du Pacifique d'élaborer, avant la fin de 1998, des plans d'action nationaux sur les îles-santé ainsi qu'un mécanisme de coordinations.

En 1999, les ministres sont convenus de l'importance de sélectionner des points d'entrée spécifiques correspondant aux priorités nationales. Les ministres ont également demandé à l'Organisation mondiale de la Santé de produire des études de cas et des directives techniques pour planifier et exécuter les activités.

En 2001, les ministres ont examiné un projet de plan d'action régional sur les îles-santé pour 2001-2003. Ce plan définissait des actions pour les pays et les organismes partenaires : 1) renforcer la capacité de mise en œuvre des activités des îles-santé ; 2) mettre au point des mécanismes de promotion, de communication et d'échange par réseau ; et 3) mettre au point des mécanismes assurant la pérennité des projets et des programmes. L'importance de modes de vie sains et d'environnements favorables a été soulignée lors des réunions des ministres de la santé des pays océaniques de 2003, 2005 et 2007.

Puis, en 2009, les ministres ont appelé à la **réactivation du concept et des soins de santé primaires**. À l'issue de consultations avec les responsables de la santé et de la formation d'un groupe de coordination, le Cadre d'action pour réactiver le concept d'îles-santé dans le Pacifique a été adopté à Honiara en 2011. Ce cadre définit six stratégies : 1) renforcer le plaidoyer, les politiques en faveur de la santé et le leadership ; 2) classer les actions des pays par ordre de priorité, après consultation des populations et de l'ensemble du secteur ; 3) développer la planification plurisectorielle ; 4) les partenariats et le travail en réseau ; 5) renforcer les systèmes de santé en s'appuyant sur les soins de santé primaires ; et 6) améliorer l'information au service de l'action. L'OMS a en outre mis en place un Programme de reconnaissance des îles-santé.

**Le concept d'îles-santé a été élaboré comme thème fédérateur sur la santé au XXI<sup>e</sup> siècle.**

---

<sup>27</sup> Ce dernier point a été ajouté après la réunion de 1999 tenue aux Palaos.

## 5.6 : Bibliographie

- [1] 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].
- [2] M. LALONDE et Ministère de la Santé Nationale et du Bien Etre Social. Montréal. CAN / com., « Nouvelle perspective de la santé des canadiens : un document de travail », Gouvernement du Canada, Ottawa, 1975.
- [3] R. G. EVANS, M. L. BARER, et T. R. MARMOR, *Être ou ne pas être en bonne santé : biologie et déterminants sociaux de la maladie*. 1996.
- [4] A. M. GRAY, « Inequalities in health. The Black Report : a summary and comment », *Int. J. Health Serv. Plan. Adm. Eval.*, vol. 12, n° 3, p. 349-380, 1982.
- [5] L. POTVIN, M.-J. MOQUET, et C.-M. JONES, *Réduire les inégalités sociales en santé*. Saint-Denis: Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (InPES), 2010.
- [6] M. GOLDBERG, M. MELCHIOR, A. LECLERC, et F. LERT, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sci. Soc. Santé*, p. 75-128, 2002.
- [7] G. ROSE, « Sick individuals and sick populations », *Int. J. Epidemiol.*, vol. 14, n° 1, p. 32-38, mars 1985.
- [8] M. MARMOT, « Inequalities in health », *N. Engl. J. Med.*, vol. 345, n° 2, p. 134-136, juill. 2001.
- [9] N. CANTOREGGI, Groupe de recherche en environnement et santé (GRES), Institut des sciences de l'environnement, et Université de Genève, « Pondération des déterminants de la santé en Suisse. Etude réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un modèle de déterminants de la santé pour la Suisse », Genève, 2010.
- [10] Organisation Mondiale de la Santé, « Life skills education in schools », Genève, 1997.
- [11] Commission des Déterminants sociaux de la Santé et Organisation Mondiale de la Santé, *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final*. World Health Organization, 2009.
- [12] A. EMOND et Ministère de la santé et des services sociaux, *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants résultat d'une réflexion commune*. Québec: Santé et services sociaux Québec, Direction des communications, 2010.
- [13] H. ANCTIL et al., *La santé et ses déterminants mieux comprendre pour mieux agir*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications, 2012.
- [14] G. E. A. DEVER, « An epidemiological model for health policy analysis », *Social Indicators Research*, vol. 2, n° 4, p. 453-466, 1976.
- [15] K. STRONKS, H. DIKE VAN DE MHEEN, C. W. N. LOOMAN, et J. P. MACKENBACH, « Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis », *Sociology of Health & Illness*, vol. 18, n° 5, p. 653-674, 1996.
- [16] Conférence des sous-ministres de la santé du Canada et Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Ottawa: Le Comité, 1999.
- [17] Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2008. Les soins de santé primaires, maintenant plus que jamais*. Copenhague: OMS, 2008.
- [18] Y. BOURGUEIL, F. JUSOT, H. LELEU, et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA, « Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ? Revue de littérature. », *Quest. Econ. SANTE*, n° 179, p. 8p., sept. 2012.
- [19] A. CRISMER, J.-L. BELCHE, et J.-L. VAN DER VENNET, « Les soins de santé primaires, plus que des soins de première ligne. », *Sante Publique (Bucur.)*, vol. 28, n° 3, p. 375-379, mai 2016.

- [20] J.-P. BUNKER, J.-T. HART, et S. FRANKEL, « Symposium. The role of medical care in contributing to health improvements within societies. », *Int. J. Epidemiol.*, vol. 30, n° 6, p. 1260-1268, 2001.
- [21] Organisation Mondiale de la Santé, « Main Terminology », 2004. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/main-terminology>. [Consulté le: 08-juill-2017].
- [22] Y. BOURGUEIL, A. MAREK, J. MOUSQUES, et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA, « Trois modèles types d'organisation des soins primaires en Europe, au Canada, en Australie et en Nouvelle-Zélande. », *Quest. Econ. SANTE*, n° 141, p. 1-6, avr. 2009.
- [23] Y. BOURGUEIL, « Soins primaires : une voie d'avenir pour le système de santé français ? D'une approche globale centrale sur les besoins de base à une approche centrée sur l'organisation des soins. », *Organ. Soins Prim. Doss.*, n° 538, p. 12-16, 02 2011.
- [24] D. S. KRINGOS, W. G. W. BOERMA, A. HUTCHINSON, J. VAN DER ZEE, et P. P. GROENEWEGEN, « The breadth of primary care : a systematic literature review of its core dimensions. », *BMC Health Serv. Res.*, vol. 10, n° 65, p. 45p., mars 2010.
- [25] D. S. KRINGOS *et al.*, « The strength of primary care in Europe: an international comparative study », *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 63, n° 616, p. 742-750, nov. 2013.
- [26] D. S. KRINGOS, W. Boerma, J. van der Zee, et P. Groenewegen, « Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending », *Health Aff. (Millwood)*, vol. 32, n° 4, p. 686-694, avr. 2013.
- [27] J. MACINKO, B. STARFIELD, et L. SHI, « The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998 », *Health Serv. Res.*, vol. 38, n° 3, p. 831-865, juin 2003.
- [28] B. STARFIELD et L. SHI, « Policy relevant determinants of health: an international perspective », *Health Policy Amst. Neth.*, vol. 60, n° 3, p. 201-218, juin 2002.
- [29] A. ROSANO *et al.*, « The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review », *Eur. J. Public Health*, vol. 23, n° 3, p. 356-360, juin 2013.
- [30] T. VAN LOENEN, M. J. VAN DEN BERG, G. P. WESTERT, et M. J. FABER, « Organizational aspects of primary care related to avoidable hospitalization: a systematic review », *Fam. Pract.*, vol. 31, n° 5, p. 502-516, oct. 2014.
- [31] M. ROLAND et E. NOLTE, « The future shape of primary care », *Br. J. Gen. Pract.*, vol. 64, n° 619, p. 63-64, févr. 2014.
- [32] G. ANGLIN, H. Tu, K. Liao, L. Sessums, et E. F. Taylor, « Strengthening Multipayer Collaboration: Lessons From the Comprehensive Primary Care Initiative: Strengthening Multipayer Collaboration », *Milbank Q.*, vol. 95, n° 3, p. 602-633, sept. 2017.
- [33] R. ATUN et World Health Organization. Regional Office for Europe. Health Evidence Network. (H.E.N.). Copenhagen. DNK, « What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services ? », WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2004.
- [34] Direction de la santé de Polynésie française, « Données internes - Direction de la Santé de Polynésie française ».
- [35] 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.
- [36] Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, « Santé des populations et services de santé - Les définitions », juillet-2016. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers\\_thematiques/services\\_preventifs/thematique/s\\_ante\\_des\\_populations\\_et\\_services\\_de\\_sante/strategies/definitions.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/s_ante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html).
- [37] R. REID, J. HAGGERTY, R. MCKENDRY, Canadian Health Services Research Foundation. (C.H.S.R.F.). Ottawa. ON. CAN, et Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de

- Santé. (F.C.R.S.S.). Ottawa. CAN, « Dissiper la confusion : concepts et mesures de la continuité des soins. », Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa, 2002.
- [38] Collège des médecins de famille du Canada, « Une vision pour le Canada. La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille ». sept-2011.
- [39] Organisation Mondiale de la Santé, « Santé et droits de l'homme, Aide-mémoire N°323, Décembre 2015 », 2015. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/fr/>.
- [40] Z. OR, L. COM-RUELLE, et Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA, « La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? », Irdes, Paris, déc. 2008.
- [41] D. PORIGNON, « Maisons médicales : un point de vue international », *Santé Conjug.*, n° 66, oct. 2013.
- [42] Collège des médecins de famille du Canada, « Littératie en santé dans le Centre de médecine de famille ». mai-2016.
- [43] É. LUIS et B. LAMBOY, « Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances », *InPES*, n° 431, mars 2015.
- [44] Crips Ile-de-France, « Les compétences psychosociales ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.lecrips-idf.net/informer/dossier-thematique/dossier-CPS/>. [Consulté le: 09-juin-2017].
- [45] C. LE PEN, « La rentabilité collective des soins de santé », *Santé Rich. Économique*, n° 21, p. 23-30, 2008.
- [46] T. McKEOWN, *The Role of Medicine Dream, Mirage, or Nemesis?* Princeton: Princeton University Press, 1979.
- [47] J. P. MACKENBACH, « The contribution of medical care to mortality decline : McKeown revisited. », *J. Clin. Epidemiol.*, vol. 49, n° 11, p. 1207-1213, nov. 1996.
- [48] J. P. BUNKER, H. S. FRAZIER, et F. MOSTELLE, « Improving health : measuring effects of medical care. », *MILBANK Q.*, vol. 72, n° 2, p. 225-258, 1994.
- [49] J. P. BUNKER, *Medicine matters after all*, The Stationery Office. 2001.
- [50] Comité consultatif fédéral, provincial territorial sur la santé de la population, « Stratégies d'amélioration de la santé de la population. Investir dans la santé des Canadiens », 1994.
- [51] Organisation Mondiale de la Santé, « Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires », 1978. [En ligne]. Disponible sur: [http://www.who.int/topics/primary\\_health\\_care/alma\\_ata\\_declaration/fr/](http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/).
- [52] Organisation Mondiale de la Santé, « Soins de santé primaires », *Organisation Mondiale de la Santé*. [En ligne]. Disponible sur: Soins de santé primaires. [Consulté le: 06-mars-2017].
- [53] L. BYRD, « Reducing avoidable hospitalizations in nursing could save \$1 billion annually--so why delay? », *Geriatr. Nurs. N. Y. N.*, vol. 30, n° 5, p. 365-369, oct. 2009.
- [54] C. LABORDE, V.-G. RODWIN, et Observatoire Régional de la Santé d'Ile-de-France. (O.R.S.). Paris. FRA, « Hospitalisations potentiellement évitables : Quel apport dans un diagnostic territorial ? », ORS Ile de France, Paris, 978-2-7371-1898-2, juill. 2015.
- [55] Z. OR, F. JUSOT, et E. YILMAZ, « Inégalités de recours aux soins en Europe : Quel rôle attribuable aux systèmes de santé ? », *Rev. Econ.*, vol. 60, n° 2, p. 521-543, mars 2009.
- [56] R. du P. O. Organisation Mondiale de la Santé, « Le parcours des Iles-Santé (1995-2005) : réalisations, défis et perspectives », Avril 2015.