

Programme de modernisation des Soins de Santé Primaires (SSP)

Catalogue des actions mises
en œuvre au sein des Fare EA

DIRECTION DE LA SANTE

Mai 2021



DIRECTION
DE LA SANTÉ

SOMMAIRE

1.	Les SSP sont universellement accessibles	4
1.1	Développement du lien avec les tradipraticiens	4
1.2	Visites à domicile pour des patients ciblés	4
1.3	Consultations de proximité de Protection Maternelle et Infantile	4
2.	Les SSP sont centrés sur l'individu et sa famille	5
2.1	Développement de la pratique de déprescription, en lien avec les médecins référents	5
2.2	Participation aux réunions de l'équipe éducative	5
3.	Les SSP sont intégrés dans un réseau de santé globale	6
3.1	Développement du lien avec les praticiens extérieurs à la structure.....	6
3.2	Collaboration avec les professionnels du domaine social	6
3.3	Participation à des dispositifs de promotion de la santé	7
4.	Les SSP sont continus dans le temps.....	8
4.1	Utilisation de fiche synthèse patient	8
4.2	Création d'outil de partage.....	8
4.3	Lutte contre la tuberculose	9
5.	Les SSP sont complets	10
5.1	Réalisation d'actions de promotion de la santé	10
5.2	Dépistage du RAA et réseau	10
6.	Les SSP sont de qualité.....	11
6.1	Organisation de « temps de partage d'expérience – formations »	11
6.2	Accueil et formation des étudiants en professions de santé	11
7.	Récapitulatif des actions et principes SSP correspondants.....	12

Les soins de santé primaires de Polynésie française sont un ensemble de services curatifs, préventifs et promotionnels de la santé visant à améliorer l'état de santé globale de la population, en accord avec la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé et les valeurs du concept « Iles et santé » du Pacifique.

Ce concept traduit une approche globale de la santé, basée sur des valeurs fortes du Pacifique telles que : la spiritualité, la famille et la communauté, le transfert des savoirs, la dignité, et la préservation de l'environnement, des ressources naturelles et de l'océan nourricier. Cette approche holistique implique de la participation de tous les acteurs dans la détermination et la résolution des questions prioritaires liées à la santé, au développement et au bien-être

Elaborés selon une approche globale des individus, et tenant compte des déterminants locaux de la santé, les soins de santé primaires de Polynésie française sont **1/ universellement accessibles, 2/ centrés sur l'individu et sa famille, 3/ intégrés dans un réseau de santé globale, 4/ continus dans le temps, 5/ complets, 6/ de qualité** et dispensés par des équipes locales pluridisciplinaires.

Chacun de ces principes est illustré par des actions spécifiques, pouvant également mettre en œuvre d'autres principes.

Les actions présentées sont issues des documents remis dans le cadre de la labellisation Fare Ea¹. Chaque action est élaborée et mise en œuvre en fonction des déterminants locaux et répond à des besoins spécifiques pouvant différer d'un site à l'autre.

¹ Papara et Rimatara (2019), Taravao (2021)

1. Les SSP sont universellement accessibles

Les SSP sont accessibles à l'ensemble de la population aussi bien en terme économique, physique, organisationnel et culturel.

1.1 Développement du lien avec les tradipraticiens

Il s'agit d'établir une relation de confiance mutuelle entre les tradipraticiens et l'équipe du Fare EA, afin de collaborer, au cas par cas, en fonction des besoins des individus (manipulations, massages, etc.).

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Les patients parlent ouvertement des soins traditionnels qu'ils suivent.
- Les infirmières s'informent sur la composition des remèdes traditionnels.
- La prise en charge du patient prend en compte la médecine traditionnelle permettant ainsi d'éviter un « mélange des pratiques » pouvant être nuisible à la santé du patient.

Autres principes mis en œuvre

- centrés sur l'individu et sa famille
- intégrés dans un réseau de santé globale

1.2 Visites à domicile pour des patients ciblés

Des visites à domicile sont réalisées notamment pour les personnes âgées atteintes de maladie chronique, pour des patients ne pouvant pas se déplacer faute de moyen et pour du suivi des patients en soins palliatifs. Les IDE assurent également des visites systématiques mensuelles de surveillance des patients avec une maladie chronique à domicile. En fonction de l'évaluation de la visite réalisées par l'IDE, une réduction graduelle du nombre de visite à domicile est entamée. Au terme de cette démarche, les visites à domicile pour le patient ne sont réalisées que sur appel téléphonique de la famille.

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Meilleure connaissance du contexte de vie des individus
- Meilleure adaptation du suivi et des conseils dispensés au patient

Autres principes mis en œuvre

- centrés sur l'individu et sa famille
- continus dans le temps

1.3 Consultations de proximité de Protection Maternelle et Infantile

Les consultations de proximité de Protection Maternelle et Infantile sont organisées 2 fois par semaine dans des salles communales mises à disposition par les mairies. Effectuées au plus proche des lieux de vie des familles, elles permettent aux familles d'éviter la problématique du transport. Ces consultations sont réalisées par des équipes pluridisciplinaires comprenant un médecin, une sage-femme, une infirmière et une aide-soignante. Les équipes effectuent des visites préventives des nourrissons, assurent des consultations de contraception, réalisent des actions préventives autour des cancers gynécologiques et accompagnent les jeunes mamans notamment autour de l'allaitement maternel. Quand cela est nécessaire (situations sociales identifiées comme étant à risque), des visites à domicile sont organisées en coopération avec le service social dans des.

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Identification des problématiques familiales, économiques permettant une PEC globale

Autres principes mis en œuvre

- centrés sur l'individu et sa famille
- intégrés dans un réseau de santé globale

2. Les SSP sont centrés sur l'individu et sa famille

L'individu et sa famille sont au cœur des décisions de santé, et ce à tous les niveaux du système de santé (soins individuels, élaboration des politiques de santé, etc.). Ils sont considérés comme des participants actifs et des partenaires clés dans le processus de soins et dans la prise de décision. Ils bénéficient de prestations de santé adaptées à la situation et à leur besoins, dans la confiance et le respect de leurs préférences et volontés.

2.1 Développement de la pratique de déprescription, en lien avec les médecins référents

La pratique de déprescription se base sur une « balance bénéfice-risque » et sur l'écoute du patient. Les différents critères amenant à la déprescription sont :

- La surveillance mensuelle du patient
- Les détections des effets indésirables et secondaires
- Les résultats des bilans biologiques et urinaires du laboratoire
- L'évolution de la pathologie par rapport au traitement mis en place pour le patient
- Le choix du patient après mures réflexions et décisions de mise en application des conseils pour une meilleure hygiène de vie (une transformation positive).

Autres principes mis en œuvre

- continu dans le temps
- de qualité

Cette démarche de déprescription concerne notamment des patients présentant :

- Une hypercholestérolémie normalisée
- Un diabète par rapport à l'hémoglobine glyquée ou sur doléances du patients (hypoglycémie à répétition)
- Une HTA sans complication cardiaque par rapport aux chiffres lors surveillances et sur doléances du patient
- Un asthme de l'enfance après des réévaluations périodiques de trois mois et selon évolution.

La déprescription est réalisée soit sur avis d'un médecin référent, soit sur avis d'un spécialiste connu qui suit le patient.

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Optimisation de l'adhésion ou/et de l'observance optimum au traitement de la part des patients

2.2 Participation aux réunions de l'équipe éducative

L'équipe du Fare Ea participe aux réunions d'équipe éducative organisée par les professionnels de l'éducation, en présence si besoin, des professionnels des affaires sociales. Ces réunions ont pour objectif d'accompagner les élèves présentant des difficultés ou en situation de décrochage scolaire à travers une analyse de la situation personnelle et concrète de chaque enfant identifié, en présence de l'un des parents responsables de l'enfant et parfois de l'enfant lui-même. **Le suivi** des enfants identifiés se traduit par :

- l'utilisation de fiches de synthèse pour les enfants concernés
- des contacts réguliers par mail avec la psychologue si besoin
- la prise de connaissance des comptes-rendus de consultations, à chaque retour d'évasan
- et pour les enfants non suivis par des spécialistes, la demande régulière d'informations aux parents et à l'entourage sur le comportement de l'enfant.

Autres principes mis en œuvre

- intégrés dans un réseau de santé globale
- continu dans le temps
- complets

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Optimisation du suivi des enfants
- Approche globale de la santé de l'enfant

3. Les SSP sont intégrés dans un réseau de santé globale

Les SSP sont pleinement intégrés à toutes les échelles du système de santé et de la communauté, à travers un réseau de santé globale, multidisciplinaire et multisectoriel, constitué des acteurs nécessaires au développement et à la mise en œuvre des missions de soins de santé primaires.

3.1 Développement du lien avec les praticiens extérieurs à la structure

Développement du lien avec les praticiens extérieurs comme :

- **Sages-femmes libérales** (Partage d'informations sur les PEC des femmes avant et après l'accouchement, Intégration du réseau libéral dans les missions et actions des sage-femme de la DS (Action « ma grossesse en pleine forme », santé sexuelle, semaine de l'allaitement maternel, etc.), Partage d'informations sur les PEC des nourrissons)
- Kinésithérapeutes, médecins libéraux
- Consultations médico-scolaires et intervenants libéraux (Partage d'informations sur les PEC des enfants, création de réseau, etc.)
- Dentistes libéraux (partage d'informations pour la PEC des patients suivi pour un RAA, transmission pour réalisation d'examen complémentaires, etc.)
- Orthophoniste (PEC des enfants dans le cadre d'un retard de langage)

Autres principes mis en œuvre

- continus dans le temps
- complets

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Amélioration du suivi et de la prise en charge des patients
- Relation de confiance
- Adaptation au contexte socio-environnemental (vaccination, convention de PEC)

3.2 Collaboration avec les professionnels du domaine social

La collaboration avec les professionnels du domaine social peut prendre différentes formes en fonction du contexte, comme :

- **Des rencontres et échanges** à l'occasion de chacune des missions des professionnels des affaires sociales (cas des îles éloignées).
- **Des réunions d'échanges mensuelles.** Les équipes participent à ces réunions et échangent des informations sur les patients suivis en commun (présentation des situations sociales à risque, transmission des demandes d'aides financières et d'aides sociales des familles, etc.).
- **Des visites à domicile conjointes** en fonction des besoins identifiés.

Autres principes mis en œuvre

- universellement accessibles
- centrés sur l'individu et sa famille

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Meilleure connaissance du contexte de vie des individus
- Accompagnement et conseils adaptés à chaque situation familiale

3.3 Participation à des dispositifs de promotion de la santé

Exemples de dispositifs de promotion de la santé :

- **Comité local de santé.** Un comité local de santé a pour objectif de promouvoir la santé au niveau communal, à travers d'une part la mise en œuvre d'actions coordonnées et adaptées au contexte et d'autre part la mise en commun des ressources de l'ensemble des acteurs locaux. Le comité local de santé, présidé par le Maire de la commune, regroupe les partenaires œuvrant, directement ou indirectement, à la promotion de santé de la commune (ex : le(s) établissement(s) scolaire(s) de proximité, les communautés religieuses, les associations et fédérations locales, les antennes locales des services territoriaux, les professionnels de santé ou structures de santé du secteur libéral, etc.)
- **CJA et Ecole en santé.** Ces dispositifs ont pour but de promouvoir la santé à l'école en agissant sur les déterminants de santé accessibles à l'école, et en développant les compétences psycho-sociales des élèves. Ces dispositifs se basent sur des partenariats mobilisateurs avec les enseignants, les élèves, les parents et l'ensemble de la communauté. Il s'agit, en pratique, pour chaque école ou CJA volontaire, de mettre en place, ou consolider, 10 actions prenant en compte les déterminants prioritaires de la santé des jeunes. L'ensemble des actions à mettre en œuvre sont identifiées, au sein de chaque établissement, par le comité de santé de l'école / du CJA, composé des personnes volontaires, connaissant le contexte local, et pouvant apporter leur expertise dans une, ou plusieurs actions, qui sera mise en œuvre (représentant de l'éducation, de l'environnement, de la culture, de la santé, etc.).

Autres principes mis en œuvre

- centrés sur l'individu et sa famille
- complets

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Actions globales sur les déterminants en santé
- Mobilisation de la population comme acteur de promotion de la santé
- Meilleurs échanges, collaborations et coordinations entre les partenaires des différents secteurs pouvant intervenir sur les actions de prévention et de promotion de la santé.

4. Les SSP sont continus dans le temps

Les SSP offrent des soins coordonnés et cohérents entre les différents acteurs, sans interruption jusqu'à la résolution d'un épisode de maladie, tout au long de la vie.

4.1 Utilisation de fiche synthèse patient

La fiche synthèse patient est un outil de communication simple et facilement partageable entre les différents acteurs de santé gravitant autour du patient. Elle regroupe les informations pertinentes et essentielles du patient (problématiques médicales, sociales et environnementales) permettant à elles seules, une prise en charge optimisée. Le principe de la fiche synthèse patient est déjà utilisée dans plusieurs structures sanitaires de la Direction de la santé. La diffusion et l'utilisation d'un « modèle unique » de fiche synthèse patient a pour objectif d'homogénéiser les pratiques des différentes structures de soins de la Direction de la santé.

Il s'agit, non pas de réécrire l'ensemble des fiches, mais de remplacer au fur et à mesure les anciens modèles par le modèle standardisé de la fiche synthèse patient, afin d'avoir une approche plus globale et prenant plus en compte les différents déterminants de santé (priorité aux pour les patients atteints de problématiques chroniques.)

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Amélioration du partage d'informations concernant les patients entre les différents professionnels de santé
- Amélioration de la visibilité des problématiques principales du patient et de son environnement - Accès aux données du patient facilité rendant plus rapide la prise en charge du patient.
- Optimisation du suivi des patients

Autres principes mis en œuvre

- centrés sur l'individu et sa famille
- intégrés dans un réseau de santé globale

4.2 Création d'outil de partage

- **Fichier numérique partagé (PEC RAA).** Les patients atteints de RAA nécessitent un suivi rigoureux pour lequel interviennent le médecin généraliste, le cardiologue, les IDE et le chirurgien-dentiste. Il s'agit de mettre en place un fonctionnement en réseau afin d'améliorer l'échange d'informations entre ces différents intervenants et de mieux coordonner leurs consultations et soins éventuels. Chaque membre de ce réseau doit disposer des éléments nécessaires à son intervention et peut également rappeler aux patients les échéances à respecter auprès des autres. Cette action est dans un premier temps mise en œuvre en interne à la structure Fare Ea notamment par la création d'un fichier numérique partagé, accessible à tous les intervenants (médecins, infirmiers, dentiste) sur un serveur commun.
- **Planning électronique.** Un planning électronique en réseau a été élaboré par l'équipe du dispensaire afin de pouvoir gérer et partager les plannings des médecins, IDE et sage-femme sur un support électronique modifiable depuis tous les postes du réseau du centre de santé.

Autres principes mis en œuvre

- centrés sur l'individu et sa famille
- intégrés dans un réseau de santé globale

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Amélioration du suivi pluridisciplinaire
- Facilité d'accès aux informations pour les partenaires impliqués
- Amélioration de la communication et de l'organisation interne

4.3 Lutte contre la tuberculose

La tuberculose est une maladie endémique en Polynésie française, avec depuis plusieurs années entre 50 et 60 nouveaux cas par an. Depuis 2018, le FSTI travaillent conjointement avec la cellule Tuberculose du Bureau de Veille Sanitaire, les services spécialisés (Pneumologues et Centre de Consultations Spécialisées en Maladie Infectieuses et Tropicales) et les services administratifs communales, du social, de l'éducation et des entreprises. Cette prise en charge pluridisciplinaire permet au patient d'avoir son suivi sur Taravao et diminue la nécessité des déplacements chez le spécialiste. Cela permet moins de cas d'échappement thérapeutiques lié aux consultations éloignées.

Les enquêtes, et les visites de quartier, permettent d'identifier des personnes ressources qui soutiendront et accompagneront le patient tout au long de son suivi. Ces personnes ressources permettent aussi de repérer l'entourage susceptible d'être à risque, de faciliter l'adhésion au dépistage et de maintenir le lien entre les services médicaux et la famille voir la communauté. Voici le déroulement d'une prise en charge :

- Consultation avec le patient Index dès sortie d'hospitalisation
- Intégration de personnes ressources
- Entretien avec les personnes ressources pour améliorer leur niveau de littératie au sujet de la Tuberculose. L'information sera transmise à son tour par cette personne à son entourage.
- Adaptation aux contraintes environnementales et sociales: Visites dans les quartiers, collaboration avec les communes et services sociaux pour le transport des patients pour les RDV,
- Travail en collaboration entre BVS, Consultations Médicales, CSP pour le partage d'informations.
- Délivrance par la Direction de la Santé du traitement chez les patients en ITL

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Meilleure observance et intégration du traitement dans la vie quotidienne du patient
- Evite la stigmatisation du patient malade
- Compense les difficultés sociales et environnementales lors d'une prise en charge longue

Autres principes mis en œuvre

- universellement accessibles
- centrés sur l'individu et sa famille
- intégrés dans un réseau de santé globale

5. Les SSP sont complets

L'offre de services et de prestations de santé est la plus large possible, de la promotion de la santé aux soins palliatifs, et adaptée au contexte de la communauté locale.

5.1 Réalisation d'actions de promotion de la santé

Les actions de promotion de la santé sont réalisées en collaboration avec les partenaires locaux, selon les besoins et les demandes. Elles sont préparées et dispensées par différents corps de métier en fonction des thématiques ciblées. Le but est de répondre aux problématiques locales à un moment précis et à profit d'un public visé.

Exemples d'action de promotion de la santé :

- **Ma grossesse en pleine forme à la presqu'île.** L'objectif de ces ateliers est d'améliorer le confort, le bien-être de la femme enceinte et lui permettre d'accueillir et de prendre en charge son bébé de façon active et autonome.
- **Pédale pour ta santé et ton environnement.** Les FSTI en collaboration avec l'association Tamarii Océane proposent de mettre à disposition des pédaliers générateurs d'électricité au profit des patients. Les modules sont installés dans diverses zones du CSPP, de l'hôpital de Taravao. Cela permet au public de pratiquer une activité physique en attendant son passage, et ainsi mettre à profit ce temps en faveur d'une activité favorable pour la santé.
- **Santé le potager !** La mise à disposition de potagers ouverts au public permet de :
 - Apporter / Approfondir des connaissances sur les bénéfices des plantes comestibles et médicinales
 - Attiser la curiosité en donnant la possibilité aux individus de toucher et goûter aux plantes
 - Valoriser le potager comme lieu d'échanges, d'apprentissage et d'éducation à l'équilibre alimentaire, de manière informelle mais également par le biais d'ateliers / d'activités thérapeutiques.
- **Promotion de l'activité physique et sportive** en collaboration avec les établissements scolaires et les associations

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Délivrance d'une information adaptée au public et à la vie locale.
- Renforcement des comportements favorables à la santé

5.2 Dépistage du RAA et réseau

Le RAA est une maladie fréquente en Polynésie. Elle se déclare principalement chez les enfants avant 15 ans mais peut avoir un impact sur tous les âges de la vie. En 2019, le dépistage du RAA en milieu scolaire est généralisé à toute la Polynésie française par le ministère de la Santé. Le dépistage du RAA implique de nombreux acteurs :

- la DGEE pour l'organisation du dépistage
- Le Médecin du CMS, qui se déplace dans les écoles primaires pour réaliser le dépistage écho-cardiographique
- Le centre RAA basé à Hamuta, qui réceptionne les résultats.
- Les familles, à qui un compte rendu est fourni
- les cardiologues de Tahiti (CHPF et Libéraux) (réorientation des patients positifs)
- le service dentaire et les consultations médicales (optimisation de la prévention)

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Amélioration du dépistage

Autres principes mis en œuvre

- universellement accessibles
- centrés sur l'individu et sa famille
- intégrés dans un réseau de santé globale

Autres principes mis en œuvre

- universellement accessibles
- intégrés dans un réseau de santé globale
- continus dans le temps

6. Les SSP sont de qualité

Basés sur des recommandations scientifiques et médicales probantes et solides, les soins de santé primaires, sont efficaces, pertinents et actualisés. Ils sont délivrés par des professionnels bénéficiant de formations continues et qui participent activement à la formation des futurs professionnels de santé et à la recherche dans les domaines des soins de santé primaires.

6.1 Organisation de « temps de partage d'expérience – formations »

La mise en place de « temps de partage d'expérience – formations » permet de partager des informations récemment acquises dans le cadre de formations continues extérieures (personnelles ou collectives), d'actualiser et homogénéiser les pratiques. Ces courtes sessions (1h maximum) se font lors d'un temps dédié et sur la base du volontariat de chacun (en alternant les intervenants médecins, infirmiers, dentiste, cellule de promotion de la santé...), sur des sujets si possible « rassembleurs » proposés par un des partenaires ou sollicités par d'autres.

Autres principes mis en œuvre

- continus dans le temps
- complets

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Actualisation des connaissances
- Amélioration des pratiques professionnelles et optimisation de la prise en charge
- Adaptation des pratiques aux recommandations en vigueur (DS, MSSP, HAS etc...)
- Recherche de consensus sur la prise en charge multidisciplinaire des patients - Cohésion d'équipe

6.2 Accueil et formation des étudiants en professions de santé

- **Etudiants en soins infirmiers.** Les étudiants IDE apprennent à :
 - confronter leurs idées, leurs opinions et leurs manières de faire à celles de professionnels
 - pratiquer des soins techniques (soin du rôle propre et/ou prescrit)
 - acquérir une posture réflexive et s'auto évaluer
 - prendre progressivement des initiatives et des responsabilités
 - mesurer leurs acquisitions dans chacune des compétences
 - effectuer des travaux de recherches accès sur les soins de santé primaires
 - intervenir en prévention et promotion de la santé auprès de la population
- **Internes en Médecine et étudiants Sage-Femme.** À leur arrivée, un livret d'accueil leur est remis afin d'identifier les rôles et missions de chaque service. Ils bénéficient d'une présentation sur les différents secteurs d'activité du centre et sur le concept de Soins de Santé Primaires. Les étudiants doivent faire la démarche d'intégrer les soins de santé primaires à leurs pratiques. L'étudiant s'immerge de manière à acquérir les compétences nécessaires pour exercer son futur métier en toute autonomie. Il est intégré dans le fonctionnement du service et participe aux réunions de formation ou de service.

Impacts sur la pratique et la PEC du patient

- Partage, échanges de connaissances avec le personnel soignant.
- Gain de temps dans la prise en charge du patient une fois le stagiaire autonomisé.
- Amélioration de la qualité de la PEC du patient
- Réactualisation et échanges des bonnes pratiques

7. Récapitulatif des actions et principes SSP correspondants

Principes SSP Actions mises en œuvre	Universellement accessibles	centrés sur l'individu et sa famille	intégrés dans un réseau de santé globale	continus dans le temps	complets	de qualité
	Développement du lien avec les tradipraticiens	XX	X	X		
Visites à domicile pour des patients ciblés	XX	X		X		
Consultations de proximité de PMI	XX	X	X			
Développement de la pratique de déprescription, en lien avec les médecins référents		XX		X		X
Participation aux réunions de l'équipe éducative		XX	X	X	X	
Développement du lien avec les praticiens			XX	X	X	
Collaboration avec les professionnels du domaine social	X	X	XX			
Participation à des dispositifs de promotion de la santé		X	XX		X	
Utilisation de fiche synthèse patient		X	X	XX		
Création d'outil de partage		X	X	XX		
Lutte contre la tuberculose	X	X	X	XX		
Réalisation d'actions de promotion de la santé	X	X	X		XX	
Dépistage du RAA et réseau	X		X	X	XX	
Organisation de « temps de partage d'expérience – formations »				X	X	XX
Accueil et formation des étudiants en professions de santé						XX