

RAPPORT MISSION D'INFORMATION 2018



ASSEMBLÉE DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

L'accueil et
la prise en charge
des patients bénéficiant
d'une évacuation sanitaire
en France et
en Nouvelle-Zélande
et de leurs accompagnateurs

Service des Évaluations et Études

R A P P O R T

MISSION D'INFORMATION

L'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs



TABLE DES MATIÈRES

6	À PROPOS
10	SYNTHÈSE
11	PRÉCONISATIONS
15	1 UNE MISSION D'INFORMATION CIBLÉE
15	1.1 Un champ d'analyse volontairement restreint
17	1.2 Un élément vital de l'offre de soins globale de la Polynésie française
18	1.3 Des responsabilités juridiquement établies
24	1.4 Les attentes citoyennes exprimées
26	2 UN DISPOSITIF MÉDICALEMENT EFFICACE ET DE NOUVEAU FORTEMENT SOLlicitÉ
26	2.1 Une activité de nouveau en hausse, source de préoccupation
30	2.2 Une régionalisation modérée à l'inverse de la Nouvelle-Calédonie
33	2.3 Un environnement médical international de plus en plus contraint
34	2.4 Une évolution technologique constante de l'offre de soins : le cas du PET scan (ou TEP)
37	3 UNE NÉCESSITÉ DE MIEUX COORDONNER POUR MIEUX ACCOMPAGNER
37	3.1 Un système complexe par la multiplicité de ses intervenants
42	3.2 Des ajustements nécessaires pour optimiser le fonctionnement
45	3.3 Un accompagnement social et humain perfectible
49	3.4 Un renforcement de l'accès à l'information en matière d'aides sociales disponibles
52	4 UNE PLUS LARGE CONCERTATION AU SERVICE D'UN MEILLEUR SUIVI
52	4.1 La simplification et la sécurisation du partage des données médicales
54	4.2 Le partage des informations pour améliorer le suivi et réduire l'isolement
54	4.3 Une évaluation commune pour un meilleur pilotage
57	CONCLUSION





Madame Armelle MERCERON et **monsieur Jules IENFA**, représentants à l'assemblée, respectivement présidente et membre de la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi ont été désignés comme rapporteurs de cette mission d'information.

Autres membres

Monsieur Michel LEBOUCHER, **madame Sylvana PUHETINI**, **madame Jeanine TATA**, **madame Eliane TEVAHITUA**, membres.

Monsieur le Président de l'assemblée de la Polynésie française, à sa demande et conformément au point 2 de l'article 59-2 du règlement intérieur.

Monsieur Antony GEROS, **madame Elise VANAA** et **madame Yolande VIRIAMU**, avec voix consultative conformément au point 5 de l'article 63 du règlement intérieur.





À PROPOS

La mise en œuvre d'une mission d'information constitue une démarche innovante

La révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 a profondément réformé la Constitution et conduit à l'accroissement des compétences générales du Parlement, notamment dans sa dimension de contrôle et d'évaluation (Article 24 de la Constitution : « *Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques* »).

En Polynésie française, la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française dispose, dans son article 102, que l'assemblée de la Polynésie française « *contrôle l'action du président et du gouvernement de la Polynésie française* ».

A l'instar de la nouvelle dynamique parlementaire initiée au plan national, l'assemblée de Polynésie française a souhaité s'inscrire dans une démarche active et structurée de contrôle et d'évaluation de l'action publique.

Par délibération n° 2016-31 APF du 18 avril 2016, le règlement intérieur de l'institution fixé par la délibération n°2005-59 AFP du 13 mai 2005 modifiée, a été amendé aux fins d'y inclure notamment le possible recours à des missions d'information (annexe 1).

La mission d'information permet d'examiner, de manière approfondie, des sujets dont les commissions législatives souhaitent s'emparer, souvent des sujets d'actualité ou des sujets sensibles comme celui du présent rapport. Favorisant l'analyse et la prospection, une mission d'information contribue indéniablement à une meilleure appréhension par les élus des différents domaines d'intervention de l'action publique, leur apportant un éclairage utile pour remplir au mieux leurs fonctions.

Une mission d'information constitue un véritable outil thématique d'aide à la décision pour les différents responsables.

En outre, elle favorise le débat démocratique sur des sujets de société dans la mesure où le rapport est, après une présentation éventuelle en séance si elle est souhaitée, porté à la connaissance du public, via le site internet de l'assemblée (point 7 de l'article 59-2 de la délibération n°2005-59 AFP du 13 mai 2005 modifiée). Une telle mission participe à la parfaite information des citoyens et donc à la transparence de l'action des pouvoirs publics.

Par essence, une mission d'information est limitée dans le temps et ne dispose pas de pouvoirs d'enquête. Les analyses produites l'ont été dans la limite des données recueillies.



Ainsi et conformément au point 4 de l'article 59-2 du règlement intérieur de l'assemblée, la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi de notre assemblée, réunie le 9 octobre 2017, a créé, sur proposition du Président de l'Assemblée, **une mission d'information sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs.**

Ce travail a été réalisé avec le concours actif du service des évaluations et études récemment créé par notre institution, dont le rôle est notamment d'accompagner la réalisation des missions d'information et des missions d'évaluation souhaitées par l'assemblée.

Il s'agit de la première mise en œuvre par notre institution de ce nouveau dispositif.

L'évacuation sanitaire internationale : un dispositif vital de notre offre de soins

L'évacuation sanitaire se définit comme l'offre de soins proposée au patient qui ne peut pas se faire soigner sur le lieu où il réside, par manque d'infrastructure, de services ou de moyens adaptés. Elle doit être considérée à ce titre comme partie intégrante de l'offre de soins.

En Polynésie française, l'évacuation sanitaire, plus connue sous l'acronyme « d'évasan » est étroitement liée au cadre géographique dans lequel notre collectivité s'inscrit et notamment aux contraintes liées à l'insularité et à l'éloignement et donc à l'isolement qui en est l'une des conséquences.

Palliant l'impossibilité de multiplier les infrastructures de santé dans les îles et les insuffisances d'une médecine mobile par nature ponctuelle, l'évacuation sanitaire inter îles est rapidement apparue comme l'un des moyens d'assurer la couverture médicale de populations dispersées.

A titre d'information, plus de 15 000 patients (avec une moyenne de 2 évasans par an et par patient) ont bénéficié d'une évacuation sanitaire interinsulaire (programmée ou urgente) en 2017 pour un montant, hors frais de soins, d'environ 1,7 milliard de FCP (1,5 milliard pour les transports et 200 millions pour les frais d'hébergement).

L'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française également qualifiée « *d'évacuation sanitaire internationale* » répond, quant à elle, à la nécessité de faire prodiguer au patient qui réside en Polynésie française, des soins qui ne peuvent pas y être dispensés.

L'offre de soins ainsi que le degré d'équipement médical de nos structures sanitaires peuvent en effet s'avérer insuffisants pour prendre en charge certaines pathologies ou réaliser des actes particulièrement lourds ou complexes, chirurgicaux notamment, ou qui font appel à des technologies médicales non déployées localement à ce jour.

A noter qu'à ce titre et dans le cadre de la présente mission, ne sont pas intégrés les Polynésiens qui par choix personnels décident, sans y être préalablement autorisés par l'autorité compétente, de se faire soigner hors du territoire.

L'évacuation sanitaire internationale est donc étroitement liée à l'organisation sanitaire de la Polynésie française et plus précisément à l'offre de soins disponible et opérationnelle, en particulier celle du centre hospitalier de Polynésie française (CHPF). Malgré les évolutions positives dans la prise en charge d'un grand nombre de pathologies par nos structures de santé, à l'instar des greffes rénales (environ 25 évasons évitées par an) ou de la médecine isotopique (environ 30 évasons évitées par an) désormais pratiquées en Polynésie française au CHPF, l'évacuation sanitaire internationale demeure une nécessité, mais ne l'oublions pas, aussi une réelle chance pour de nombreux Polynésiens. Chaque année, près de 700 évasons sont réalisées, ce qui représente un coût total (transport, hébergement et soins) conséquent, d'environ 4 milliards de F CFP.

Le dispositif d'évasan apparaît globalement performant sur le plan médical. Cependant, au-delà de l'épreuve médicale, une évacuation sanitaire internationale est aussi et toujours, de par l'éloignement et le dépaysement qu'elle induit, une épreuve humaine et familiale qu'il convient d'accompagner autant que possible.

Les objectifs et la méthode de la présente mission d'information

Le but principal de cette mission d'information est de mieux comprendre, objectivement, les raisons d'une perception parfois négative des patients et de leurs accompagnants sur leurs conditions de vie et de séjour, d'identifier les points à améliorer et de formuler à destination de l'ensemble des acteurs publics et privés impliqués dans ce dispositif, des préconisations pour que ce dernier soit le plus satisfaisant possible en terme de prise en charge sociale et humaine.

En notre qualité de rapporteurs de ladite mission d'information, nous avons piloté son déroulement opérationnel sur la période allant de fin octobre 2017 à fin mars 2018, le mois de mars 2018 ayant été consacré à la rédaction et à la communication institutionnelle et médiatique du présent rapport.

Nous avons souhaité que cette première mission d'information soit conduite de la manière la plus transparente, collégiale et participative possible.

Cet état d'esprit a guidé l'élaboration de notre méthodologie de travail ainsi que le choix des outils utilisés pour mener à bien ce travail.

Une première phase de présentation aux membres de la mission d'information des données clés du sujet a été effectuée avec l'aide de la Caisse de prévoyance sociale. Puis des auditions ciblées - 22 personnes entendues sur une période de 2,5 mois, (annexe 2) - ont été réalisées par les membres de la mission avec les différents acteurs impliqués afin d'identifier concrètement les problématiques liées à ce sujet.



La totalité des personnes auditionnées, qu'elles soient du service public, de la CPS en charge du service public des évacuations sanitaires internationales, du monde associatif, des professionnels de la santé (publics et privés), des parlementaires ou des patients, a été écoutée avec attention sur ce sujet sensible. Nous tenons à les remercier pour la qualité de leurs contributions au travers des informations et témoignages délivrés.

Une attention particulière a été apportée à la transmission régulière des comptes rendus synthétiques ad hoc et des calendriers prévisionnels actualisés de la mission à l'ensemble des représentants.

Une fois les enjeux cernés, des préconisations visant à améliorer l'existant ont été formulées et présentées aux différents acteurs concernés afin de recueillir leur avis sur ces dernières. L'écoute et le consensus ont été privilégiés afin que les propositions d'ajustements soient autant que possible consensuelles et nous l'espérons, mises en œuvre concrètement au bénéfice des Polynésiens.

En outre et c'est également une initiative nouvelle pour notre institution, une consultation citoyenne numérique a été menée via internet afin d'élargir la réflexion aux Polynésiens désireux de témoigner et de partager leurs idées. Cette démarche participative, inédite, leur ouvre la possibilité de contribuer à l'amélioration du dispositif étudié.

Enfin, les préconisations formulées dans le présent rapport ambitionnent d'être pratiques, simples et réalistes donc facilement réalisables et, nous le souhaitons, rapidement mises en œuvre.



SYNTHÈSE

L'évacuation sanitaire internationale est un service public dont la gestion est réglementairement confiée à la Caisse de prévoyance sociale depuis 2001. Partie intégrante de l'offre de soins globale polynésienne, elle demeure une nécessité, mais ne l'oublions pas, aussi et surtout, une réelle chance pour de nombreux Polynésiens. Chaque année, près de 700 évacués sont réalisés, ce qui représente un coût total (transport, hébergement et soins) conséquent, d'environ 4 milliards de F CFP.

Si les performances médicales et logistiques du dispositif sont avérées et reconnues, le traumatisme psychosocial généré par cette situation n'est pas pris en compte à la hauteur des attentes des Polynésiens, principalement les malades ou les accompagnateurs, touchés par cette épreuve.

Or, le bien-être social du patient contribue pleinement à sa guérison et c'est à ce titre que les conditions de son information et de son accompagnement se révèlent être cruciales. Elles doivent faire l'objet d'améliorations pragmatiques, d'un suivi irréprochable et d'une évaluation régulière.

Par le passé, la forte implication des associations sur le terrain, en particulier celle de A Tauturu la Na, a permis de pallier certaines carences en la matière. Aujourd'hui, il incombe aux différents acteurs impliqués de prendre pleinement leurs responsabilités respectives afin d'assurer réellement, de manière directe ou indirecte en s'appuyant conventionnellement sur des professionnels ou des relais associatifs, cette dimension humaine fondamentale.

Si la responsabilité de l'accompagnement social est réglementairement attribuée de manière explicite à la Caisse de prévoyance sociale par une délibération de l'assemblée, la réflexion menée aujourd'hui à travers ce rapport n'est au final que la légitime expression du principe de mutabilité qui régit, avec ceux de l'égalité et de la continuité, le bon fonctionnement d'un service public.

En effet, ce service public ne peut demeurer immobile face aux évolutions de la société. Il doit évoluer en fonction des besoins des usagers, des évolutions techniques de son environnement mais aussi des bouleversements notamment technologiques de ce dernier.

Sur ce point, les avancées impactant l'offre de soins, invitent à être proactif afin de maîtriser, en complément d'une politique sanitaire préventive efficace, le nombre final des évacuations sanitaires internationales.

C'est une démarche qui impose également de mener, sous la responsabilité de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), des études médico-économiques prospectives approfondies et contextualisées, en particulier à travers des analyses comparatives régionales actualisées, afin d'éclairer au mieux les choix de l'ensemble des décideurs.

En outre et afin de piloter finement et de manière réactive ce sujet complexe, le comité d'évaluation du dispositif des évacuations sanitaires internationales, qui existe déjà, doit être réactivé rapidement par la puissance publique. Cet espace de dialogue représentatif se verra constructif et permettra de formuler de manière régulière et consensuelle des propositions d'amélioration concrètes.

Si le financement du dispositif n'est pas le cœur du sujet du présent rapport, le nombre d'évacuations sanitaires internationales de nouveau à la hausse interpelle sur la pérennité et la soutenabilité de ce dernier pour la Polynésie française. Aussi, il serait nécessaire de conduire une réflexion juridico-financière avec l'ensemble des partenaires institutionnels concernés, ce qui permettrait de sécuriser durablement cet aspect.

Enfin, dans l'objectif d'améliorer les conditions de prise en charge psychosociale des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs, les travaux réalisés au cours de cette mission d'information ont permis d'identifier des points d'amélioration qui font l'objet de préconisations réalisables présentées dans ce rapport.

PRÉCONISATIONS

01

Regrouper physiquement tous les acteurs de la CPS intervenant dans le processus des évacuations sanitaires internationales et veiller à une parfaite coordination de l'ensemble des activités ad hoc.

02

Veiller en cours d'évasan à bien suivre l'évolution de la situation psychosociale du patient afin d'évaluer au mieux la nécessité d'un accompagnant agréé.

03

Informer les ressortissants de la Sécurité sociale de la non prise en charge par la CPS de certaines dépenses et les sensibiliser sur le bénéfice de souscrire si possible à une mutuelle complémentaire.

04

Institutionnaliser à la CPS un principe efficace de décision collégiale sauf pour les cas d'urgence.

05

Mutualiser les compétences et les moyens entre les secteurs médicaux public et privé de Polynésie française pour favoriser ainsi leur complémentarité.

06

Conduire une étude médico-économique prospective sur l'évolution des pratiques chirurgicales envisageables en Polynésie française.

07

Réaliser une étude médico-économique pour analyser d'une part l'opportunité de doter l'offre de soins locale d'un PET SCAN et d'autre part, évaluer la pertinence de son éventuelle location avec option d'achat permettant, le cas échéant, de s'adapter aux évolutions technologiques futures.

08

Intensifier les missions d'experts médicaux sur le territoire.

09

Établir des conventions partenariales entre le CHPF et les établissements de soins en France et en Nouvelle Zélande afin de permettre prioritairement la mise en place de la chirurgie cardiaque extracorporelle programmée en Polynésie française.

10

Établir une convention entre la Caisse de prévoyance sociale et la Délégation de la Polynésie française pour articuler leur coopération.

11

Officialiser des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuelles entre la Caisse de prévoyance sociale et les associations, tant avant le départ de Polynésie française que sur place.

12

Prévoir des formations au bénéfice des associations de visites aux malades pour améliorer leurs capacités d'accompagnement psychosocial.



13

Renforcer humainement l'antenne CPS de Paris par des compétences professionnelles en matière d'accompagnement psychosocial (assistant social et psychologue) et en personnel spécifiquement dédié aux visites.

14

Assurer au niveau de la CPS une entrevue systématique des personnes concernées les informant des conditions pratiques de déroulement du séjour, ceci préalablement à leur rencontre éventuelle avec le service social de la Caisse.

15

Poursuivre au maximum le regroupement des évacuations sanitaires dans la région île de France en formalisant des conventions inter-établissements pour sécuriser les partenariats.

16

Fournir un « kit de départ » aux personnes les moins autonomes.

17

Réévaluer, le cas échéant, l'indemnité de séjour ; y intégrer une nouvelle compensation permettant la souscription d'un abonnement téléphonique avec internet mobile.

18

Mettre en place un outil de contrôle interne à la CPS pour optimiser le remboursement des frais avancés par les bénéficiaires (patients et accompagnateurs agréés) au titre des indemnités de séjour et simplifier la procédure ad hoc.

19

Prévoir une consultation par un psychologue au bénéfice du patient et de son accompagnateur agréé avant le départ pour identifier, en amont, d'éventuels risques de rupture psychosociale.

20

Modifier le code du travail polynésien pour prévoir le don de congés, le maintien des droits sociaux et le droit à la suspension du contrat de travail des accompagnateurs familiaux, sous conditions.

21

Réaliser une étude technico-économique sur la faisabilité de la mise en place d'une indemnité congé parental.

22

Réaliser une étude médico-économique approfondie visant l'élargissement des conditions d'octroi d'un accompagnateur agréé.

23

Réactualiser et compléter les guides relatifs aux évacuations sanitaires en France et en Nouvelle Zélande, les traduire en tahitien et prévoir leur dématérialisation.

24

Doter le guichet unique d'information de la CPS d'un recueil des aides sociales disponibles et des modalités d'obtention, le remettre aux Polynésiens concernés et en faire la publicité.

25

Mettre en place des campagnes d'information médiatisée sur les dispositions existantes lors d'une évacuation sanitaire internationale.

26

Rendre opérationnel et partageable le dossier médical individuel informatisé.

27

Éclairer la réflexion prospective en matière d'évacuation sanitaire internationale à l'aune de la révolution technologique médicale en cours.

28

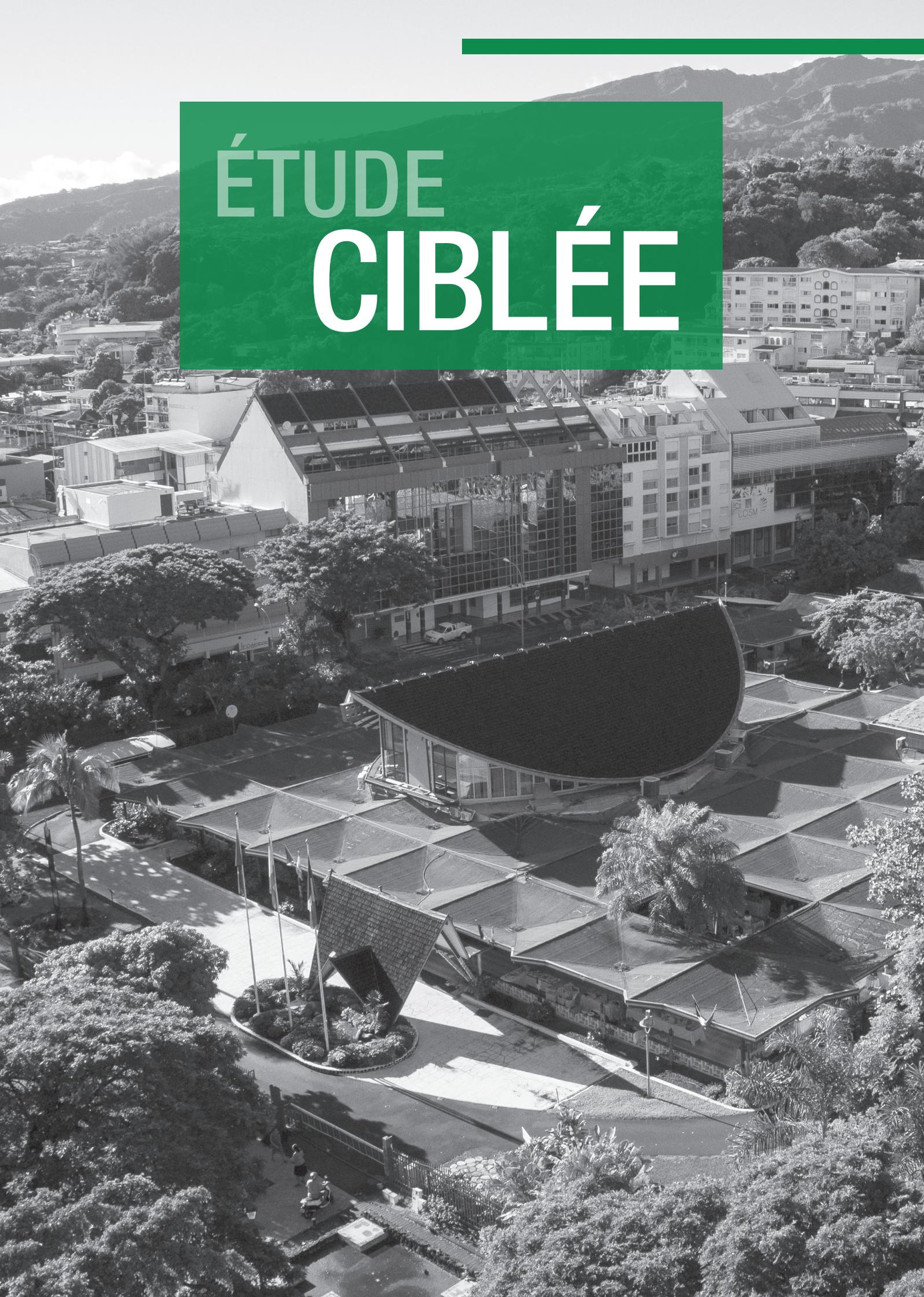
Établir un planning commun sectorisé et partagé de visites des Polynésiens en centres de soins ou d'hébergement (une visite systématique le lendemain de l'arrivée, si souhaitée).

29

Réactiver rapidement le comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales et y intégrer une représentation associative locale dynamique.



ÉTUDE CIBLÉE



1 UNE MISSION D'INFORMATION CIBLÉE

1.1 Un champ d'analyse volontairement restreint

En liminaire, il convient de noter que cette mission d'information n'avait pas vocation à évaluer le dispositif des évacuations sanitaires internationales (hors territoire) dans sa globalité.

Une telle évaluation nécessiterait une analyse plus exhaustive de la politique publique du pays en la matière, incluant en particulier des aspects touchant aux pratiques médicales mais également aux mécanismes financiers de l'ensemble du dispositif. Ce travail relève à part entière du rôle du comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales ; ce point sera développé ultérieurement.

En revanche, nous pensons qu'il est opportun de comprendre comment ce dispositif s'intègre à l'offre de soins globale proposée par la Polynésie française et à son évolution au cours du temps. De même, nous avons cherché à apprécier au mieux de manière prospective les évolutions conjoncturelles et structurelles, mais aussi locales et internationales, qui lui sont propres.

Il ne s'agit pas davantage d'évaluer la prise en charge sanitaire des patients par les établissements de soins qui les reçoivent, ni de réaliser un contrôle externe de la CPS.

Néanmoins, il convenait d'apprécier au mieux l'organisation et le maillage des intervenants, les moyens de communication existants entre eux ainsi que les systèmes de coordination et d'évaluation réellement opérationnels dans ce domaine, puisque la qualité de ces points génère, ou non, des difficultés pour les patients et leurs accompagnateurs.

Plusieurs textes, de nature et de portée juridique distinctes, constituent directement ou indirectement le corpus réglementaire relatif aux évacuations sanitaires internationales. Pour votre parfaite information, une liste exhaustive des références ad hoc est annexée au présent rapport (annexe 3).

Le service public de l'évacuation sanitaire hors de la Polynésie française se doit également d'inclure, en plus de la prise en charge médicale, un accompagnement humain et social adapté aux besoins des patients, dont il nous appartient aujourd'hui d'appréhender le bon fonctionnement.

Cette appréhension globale de ce qu'est la santé s'avère conforme à la définition de cette dernière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui la conçoit « *comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Le bien-être social du patient contribue pleinement à sa guérison et c'est à ce titre que les conditions de son accompagnement se révèlent être cruciales.

En outre, il convient d'ores et déjà de noter qu'humainement parlant, une évacuation sanitaire, qui plus est hors du territoire, est tout sauf un évènement anodin dans la vie du patient, de sa famille et de ses proches.



Cette épreuve prend plusieurs formes. A la souffrance, à la fragilité et au stress liés à la maladie s'ajoutent l'éloignement du lieu de vie, la séparation des proches, les difficultés d'ordre financier, professionnel ou de communication.

De manière plus ou moins significative selon son degré d'autonomie, toute personne concernée par cette épreuve médicale est donc aussi impactée par un fort sentiment de dépaysement et d'isolement, en un mot de solitude.

Dans ce contexte, la mission d'information a pour objet d'analyser, dans le cadre des évacuations sanitaires réalisées en métropole et en Nouvelle-Zélande, les réponses apportées aux patients et à leurs accompagnateurs notamment sur les aspects suivants :

- accompagnement administratif et humain avant le départ et tout au long du séjour en métropole ;
- accompagnement de nature psychosociale tout au long de la prise en charge ;
- information préalable sur les spécificités du lieu d'accueil et de soins ;
- modalités de prise en compte des difficultés de communication (non maîtrise du français ou de l'anglais) ;
- conditions matérielles de prise en charge des patients pendant les périodes de non hospitalisation, et celles de leur(s) accompagnateur(s) : logement, repas, transport, vêtements, autres conditions de vie ;
- nature des frais exposés par les patients et leurs familles ;
- possibilités de recours pour les patients et leurs familles, rencontrant des difficultés pendant leurs séjours ;
- tout aspect lié ou induit par l'un de ces éléments, que les travaux de la mission mettraient en exergue.

1.2 Un élément vital de l'offre de soins globale de la Polynésie française

Au préalable, il est utile de rappeler que le Droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'homme et que « la protection de la santé » est un droit constitutionnel en application du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

Il est précisé que la santé est comprise dans le champ de compétences de la Polynésie française, en application des articles 13 et 14 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie.

Depuis plusieurs années, notre système de santé polynésien est confronté à des enjeux majeurs qui le fragilisent et le menacent à court terme.

Une réforme ambitieuse de ses objectifs et de son organisation s'imposait et notre assemblée s'est donc dernièrement positionnée à ce sujet.

Ainsi, par délibérations n° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé et n° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021, nous avons fixé ce nouveau cadre en faisant preuve d'une volonté politique forte et bienveillante.

Ces orientations stratégiques constituent une vision partagée à 10 ans des évolutions à conduire et des inflexions à accompagner. Les plus importantes d'entre elles sont traduites dans le Schéma d'organisation sanitaire (SOS) pour la période quinquennale 2016-2021.

La délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire mentionne que « l'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française constitue une offre de soins proposée

au patient lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables sur le territoire par manque d'infrastructure, de services et/ou de moyens adaptés à sa pathologie » et « à ce titre, elle est soumise à l'évolution de l'organisation sanitaire ainsi qu'aux dispositifs de prévention de l'augmentation des dépenses de santé ».

S'inscrivant dans ce schéma global, le dispositif d'évasan international est étroitement lié à l'offre de soins locale proposée, elle-même fortement corrélée à l'évolution des besoins sanitaires de notre population et des moyens financiers, technologiques et humains mobilisables par le pays pour y répondre de manière adéquate.

Cette offre de soins, de dernier recours, permet aux patients polynésiens d'avoir accès, en dépit de leur isolement géographique, à une prise en charge médicale hautement qualifiée et à la pointe de la technologie.

En conséquence et compte tenu du constant changement de ces paramètres, le dispositif des évacuations sanitaires internationales doit régulièrement faire l'objet d'une réflexion sur son optimisation : internaliser les prestations de soins ou évacuer à l'international ?



1.3 Des responsabilités juridiquement établies

1.3.1 La CPS et la société Europe Assistance Océanie (EAO) aux avant-postes

La pierre angulaire réglementaire encadrant le dispositif des évacuations sanitaires hors territoire dites « internationales » est la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 modifiée relative aux évacuations sanitaires hors du territoire. Elle en définit le périmètre, les intervenants et en fixe notamment les conditions de mise en œuvre et d'évaluation (annexe 4).

L'assemblée de la Polynésie française a confié à la CPS ce dispositif qu'elle gère dans le respect de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 modifiée, de son arrêté d'application n° 1058 CM du 29 novembre 2005 modifié (annexe 5), mais aussi des textes adoptés par les différents conseils d'administration des trois régimes d'assurance maladie (RGS, RNS et RSPF) (annexes 6 à 8), tout en disposant d'une grande latitude organisationnelle afin d'optimiser dans la pratique, le bon fonctionnement du système.

La CPS assure l'organisation, la gestion et le suivi de l'ensemble de ce dispositif médical de manière à « faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessaires, à améliorer la qualité des soins et des services aux usagers, à centraliser les données essentielles à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires, et également à informer les pouvoirs publics sur l'évolution des prestations rendues » (article 3 de la délibération n° 2001-6 APF).

En outre, la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 prévoit explicitement dans son article

premier que « les nécessités de prise en charge globale des patients soumis à cette offre de soins, confèrent par ailleurs à la prestation médicale une dimension humaine non négligeable dans l'organisation sanitaire et sociale du territoire ».

La délibération retient donc une approche sociale au travers, tout d'abord, de la composition du dossier d'évasan (annexe 9) qui contient une partie sociale

de nature à recenser les besoins du patient. Elle prévoit aussi expressément « un accompagnement social au travers de mesures sociales spécifiquement adaptées à l'accompagnement et aux besoins du patient durant toute la période d'évacuation sanitaire ». « Mises en œuvre par les travailleurs sociaux de la Caisse de prévoyance sociale, ces mesures incluent l'information relative aux droits et obligations des assurés

sociaux et aux spécificités des pays d'accueil ainsi que l'attribution des aides sociales liées à la situation personnelle des patients » (articles 1er, 13 et 14 de la délibération n° 2001-6 du 11 janvier 2001).

De manière opérationnelle, la mission de service public relative à l'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française, est mise en œuvre par des effectifs dédiés de la CPS aux évasans comprenant à ce jour 7 personnes (3 personnels administratifs, 2 médecins conseils et 2 assistantes sociales).

Alors qu'en 2014 ce personnel était regroupé au sein d'un service dédié au dispositif, il a été redéployé. Désormais, deux agents relevant du service du contrôle médical de la Caisse instruisent les dossiers. La remise

PRÉCONISATION 01

Regrouper physiquement tous les acteurs de la CPS intervenant dans le processus des évacuations sanitaires internationales et veiller à une parfaite coordination de l'ensemble des activités ad hoc

en place d'une entité entièrement consacrée à cette problématique pourrait être l'occasion d'améliorer significativement la coordination des activités ad hoc.

1.3.2 Une procédure règlementée

En terme de procédure, la demande d'évacuation sanitaire internationale suit deux étapes principales :

- La demande d'évacuation sanitaire est formulée par le médecin-prescripteur, après consentement du malade et avis des spécialistes compétents le cas échéant, et à l'appui d'un dossier complet. Celui-ci comprend une partie administrative permettant d'organiser le voyage et le séjour du patient, une partie médicale exposant le diagnostic médical qui motive le processus d'évacuation extraterritoriale et une partie sociale recensant les besoins sociaux liées à la situation personnelle du patient.

Cette demande, précédée de l'information du malade, est accompagnée d'un protocole de soins et de traitement explicite. Elle définit la prise en charge, les conditions de transport et notamment, la nécessité ou non d'un accompagnement sanitaire ou familial.

- Une fois complétée, l'instruction de cette demande est réalisée par le service du contrôle médical de la CPS, via le médecin-conseil. Ce dernier décide de l'opportunité du transfert sanitaire sollicité, des conditions de transport en concertation avec le médecin régulateur et de la suite à réserver à la demande éventuelle d'un accompagnant sanitaire ou familial, lequel aura alors le statut officiel d'accompagnateur agréé.

La décision d'évasan est prise dans les meilleurs délais par le médecin conseil de la Caisse et notifiée au malade et au médecin-prescripteur par le service médical.

En cas de refus total ou partiel, la décision est

dûment motivée auprès du médecin-prescripteur. Dans ce cas, la réglementation prévoit une possibilité de recours devant une commission ad-hoc composée de cinq praticiens qui statue dans les 15 jours à compter de sa saisine et dans les plus brefs délais en cas d'urgence.

Cette commission peut également être saisie sur la demande d'accompagnement sanitaire du patient lorsque la Caisse s'y oppose. Si la décision de la commission s'impose à la CPS et aux parties, le cadre réglementaire ne saurait interdire un éventuel recours en justice de l'assuré, en cas de refus de prise en charge confirmé contre la CPS.

Afin d'assurer la continuité de ce service public à l'extérieur de la Polynésie française et conformément à l'article 7 de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001, la CPS confie le convoyage médical des patients à un prestataire spécialisé.

Jusqu'en 2017, cette prestation a été assurée par la société Europe Assistance Océanie (EAO) et ceci depuis 2003.

Il en est de même pour 2018, selon des modalités fixées en vertu d'un appel d'offres, par une convention portant cette fois sur une durée de cinq ans (annexe 10 - projet de convention adopté par les trois régimes polynésiens), dont le montant prévisionnel est estimé à environ 300 millions de F CFP par an.

Dans ce cadre, sous le contrôle de la CPS, la société EAO assure l'organisation administrative, logistique et médicale du processus, au départ et au retour en Polynésie française, avec gestion du transport médicalisé si nécessaire. Elle en assume donc la responsabilité logistique et médicale à travers une assurance



garantissant sa responsabilité civile professionnelle spécifique dans l'exercice de sa mission. Elle vérifie en particulier l'ouverture des droits du patient avant d'effectuer l'ensemble des formalités administratives indispensables à son voyage.

Elle gère également les situations d'évasan urgente en dehors des heures d'ouverture de la CPS puisque le médecin régulateur instruit le dossier transmis par le médecin prescripteur et décide de l'opportunité de la demande, au regard notamment de son urgence et de sa motivation médicale.

Pour chaque évasan, elle recueille l'ensemble des données quantitatives, qualitatives et médicales relatives aux patients. Il est à noter que la société EAO doit mettre en œuvre un logiciel de gestion des données à la disposition de l'ensemble des partenaires dont elle assurerait la maintenance.

EAO prévoit également les équipements médicaux spécialisés adaptés aux diverses situations, assure le suivi médical sur place et propose en outre, une expertise et un suivi médicaux en métropole.

En particulier, la société organise l'accueil à l'arrivée par un transporteur spécialisé (Cosycar), garantit le transport du malade et de l'accompagnateur agréé de l'aéroport jusqu'au centre de soins ou d'hébergement, à l'aller comme au retour. Dans ce cas, elle prendra en charge une participation, appliquée à tous les patients, aux frais d'hébergement assurés par la CPS pour la première nuit sur une base forfaitaire de 2 000 F CFP hors taxes (au titre de la convention de 2017 toujours en cours, cette participation n'est aujourd'hui que de 1 000 F CFP).

Enfin, en cas de décès, elle organise le rapatriement du corps, en effectue toutes les formalités administratives,

assiste les familles, prend en charge les frais de conservation de la dépouille mortelle, le coût du cercueil, les transferts jusqu'à l'aéroport et le coût du fret aérien.

Les centres hospitaliers receveurs sont sélectionnés en fonction des spécialités médicales et agréés préférentiellement par la Polynésie française par voie de convention ou d'accords spécifiques. En 2017 et selon la société EAO, faisant suite à une volonté de la CPS de centraliser géographiquement les patients pour mieux les suivre, 33 établissements de soins (contre 80 sur les quatre dernières années) ont été fréquentés par les malades polynésiens en France métropolitaine (28 en région parisienne et 5 en province) et 8 en Nouvelle Zélande.

A noter que dans le cadre des procédures actuelles, une réévaluation de l'agrément d'un accompagnateur familial en cours de séjour est d'ores et déjà prévu. Elle a lieu sur demande du patient, de l'antenne CPS, du médecin régulateur de la société EAO ou du médecin qui prend en charge le patient sur place.

PRÉCONISATION 02

Veiller en cours d'évasan à bien suivre l'évolution de la situation psychosociale du patient afin d'évaluer au mieux la nécessité d'un accompagnant agréé

1.3.3 Une prise en charge financière inscrite dans les différents régimes de notre protection sociale généralisée (PSG)

Les accords portant sur la coordination des régimes métropolitains et polynésiens de protection sociale passés entre les autorités de l'Etat et celles de la Polynésie française ont été formalisés par la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 (annexe 11) et réciproquement par le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 (annexe 12).

Selon l'article 18-1 de ce dernier, il est ainsi envisagé la possibilité d'une prise en charge des résidents polynésiens affiliés à la CPS autorisés à recevoir des soins en métropole, par l'institution de sécurité sociale qui lui applique alors sa propre législation. Néanmoins, ces dispositions n'ont jamais été appliquées car la réglementation polynésienne est plus favorable aux résidents polynésiens pour des considérations pratiques et humaines tenant aux facilités de prise en charge (à 100 % des dépenses et en tiers payant) et au maintien du lien social entre les évacués et leur famille.

Lorsque les conditions réglementaires d'ouverture des droits aux prestations en nature sont réunies, le bénéfice d'une évacuation extraterritoriale est garanti par le service de prestations en nature du régime d'assurance maladie auquel le ressortissant est affilié.

L'assurance maladie, inscrite dans la liste des assurances sociales, est intégrée dans la protection sociale généralisée instaurée par la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994. Ce texte impose aux résidents de la Polynésie française de justifier d'une couverture sociale contre le risque maladie et de leur affiliation à l'un des trois régimes de protection sociale gérés par la CPS – RGS, RNS et RSPF - ou auprès du régime de la Sécurité sociale ou ses régimes annexes.

Lors d'une évacuation sanitaire hors territoire, il est important de souligner que les ressortissants du système polynésien de protection sociale généralisée bénéficient d'une prise en charge intégrale des frais médicaux et qu'ils n'ont pas à payer de forfait hospitalier.

● Le régime d'assurance maladie des salariés institué par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée

Historiquement, il apparaît comme le premier régime à avoir prévu la prise en charge des soins autorisés hors du pays et en particulier celle des frais de transport d'un assuré malade et de son accompagnement dès janvier 1978. Ainsi, l'article 5-1 stipule que « *la prise en charge par tiers payant de soins dispensés hors du territoire est acquise de plein droit pendant la durée de l'évacuation sanitaire [...]* ». Par ce mécanisme du tiers payant, le patient est dispensé de faire l'avance des frais médicaux occasionnés par sa situation en vue d'un remboursement ultérieur.

Les frais visés concernent l'ensemble des soins et dépenses liés à la pathologie ayant justifié l'évacuation hors du pays tels que les frais d'hospitalisation, les frais médicaux, thérapeutiques et curatifs, (hors dépassement d'honoraires), de pharmacie et de transport (articles 6 et 13 de la délibération de 2001).

Ces derniers comprennent les frais de transport aller-retour effectués à l'extérieur du territoire par l'intéressé et sous conditions, ceux du convoyeur médical (médecin ou infirmier) et de l'accompagnateur du malade âgé de moins de 16 ans. Une dérogation peut être accordée par la CPS qui autorise désormais systématiquement, par une note interne, l'agrément d'un accompagnant familial pour les mineurs de moins de 18 ans mais au-delà, une prescription médicale devient obligatoire. Les dépenses occasionnées sont prises en charge intégralement sur la base des tarifs pratiqués en métropole, ou négociés pour la Nouvelle-Zélande ou sur ceux couramment pratiqués dans la région.

Lorsque le patient est placé hors du milieu hospitalier, les frais liés à son hébergement et à celui de son accompagnateur agréé sont pris en charge par tiers payant lorsqu'il séjourne en pension complète dans l'une



des structures conventionnées avec la CPS ou choisies par elle (Le Rosier rouge, La Croisée, Résidhome et Séjours & affaires sont les établissements conventionnés en 2017 en région parisienne).

Une indemnité de séjour, partielle ou totale, est versée au malade et à l'accompagnateur agréé pendant tout ou partie de la durée de l'évacuation sanitaire lorsque l'état de santé du patient autorise un séjour à l'extérieur du milieu hospitalier dans des structures non conventionnées. Les conditions d'octroi de cette indemnité et son montant sont précisés par la délibération n° 3-2011/CA du conseil d'administration de la CPS du 3 février 2011 (annexe 13) qui prévoit des aides à l'hébergement et aux repas selon la formule d'hébergement choisie par les bénéficiaires. En réalité, l'assuré doit faire l'avance de ces frais qui seront remboursés par la CPS sur un compte bancaire polynésien dans un délai de trois semaines à quatre mois, selon la transmission des informations requises. Apparaît alors la difficulté de la disponibilité financière immédiate pour les malades et particulièrement pour les personnes en situation financière précaire.

Enfin, lorsque le patient décède hors du territoire, la garantie des frais funéraires et les frais liés au rapatriement du corps en Polynésie française jusqu'au lieu de résidence de la personne décédée sont pris en charge par tiers payant sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens par le moyen le plus économique (article 39 ter). Pour les personnes originaires des îles, le transport de la dépouille depuis Papeete s'effectue par voie maritime (pour les îles sous le vent, la société Hawaiki Nui offre cette prestation). A noter sur ce sujet, la récente décision de la CPS d'intégrer les frais d'incinération dans la liste des dépenses funéraires prises en charge sous certaines conditions.

● Le régime d'assurance maladie des non-salariés et celui du régime de solidarité de Polynésie française

Dans le cadre de l'évasan, les ressortissants de ces deux régimes d'assurance bénéficient de la prise en charge de leurs soins et des frais inhérents à cette

situation médicale par tiers payant dans des conditions quasi identiques à celles du régime des salariés, soit :

- l'application générale du tiers payant et la prise en charge intégrale des soins dispensés hors du territoire pour la pathologie considérée et pendant la durée de l'évacuation extraterritoriale ;
- la prise en charge des frais de transport aller-retour du patient et de l'accompagnateur agréé ;
- outre la garantie de frais funéraires, les dépenses liées au rapatriement du corps en Polynésie française selon les conditions définies par les textes réglementaires idoines.

Ainsi, pour les non-salariés, le régime d'assurance maladie a été institué par la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifié tandis que les conditions de prise en charge des frais d'hébergement hors hospitalisation et de versement d'une indemnité de séjour sont déterminées par la délibération n° 2-2011/CA.RNS du 11 février 2011 (annexe 14).

Pour le régime de solidarité, les prestations d'aide sociale sont garanties par la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée. Les conditions de prise en charge des frais d'hébergement hors hospitalisation et de versement d'une indemnité de séjour sont, quant à elles fixées par la délibération n° 2-2011/CG.RSPF du 22 février 2011 (annexe 15).

● Les assurés relevant de la Sécurité sociale

Dans le cadre des accords sur la coordination des régimes métropolitain et polynésien de protection sociale passés entre les autorités de l'Etat et celles de la Polynésie française évoqués supra, les assurés des régimes de sécurité sociale affiliés à la CPS bénéficient également de la prise en charge des frais occasionnés par une évacuation sanitaire. Ainsi, les frais de transport aériens et terrestres jusqu'à l'établissement de soins, du patient et de l'accompagnateur agréé sont pris en charge par la CPS qui en obtient ensuite le remboursement auprès

de l'organisme métropolitain. Les frais d'hébergement de l'assuré relevant de la Sécurité sociale ne sont en revanche pas pris en charge. Les dépenses liées aux autres prestations sont réglées directement par le régime d'assurance métropolitain selon les conditions applicables dans l'hexagone. Cependant l'avance de ces frais par les ressortissants peut s'avérer problématique et serait facilité par une souscription à une mutuelle complémentaire.

Lorsque l'assuré est déplacé en Nouvelle Zélande, les prestations de transport et de soins médicaux sont similaires à celles des assurés des régimes polynésiens en application du principe de l'égalité de traitement. La CPS avance alors les dépenses puis se fait rembourser par le centre national des soins à l'étranger.



PRÉCONISATION 03

Informer les ressortissants de la Sécurité sociale de la non prise en charge par la CPS de certaines dépenses et les sensibiliser sur le bénéfice de souscrire si possible à une mutuelle complémentaire

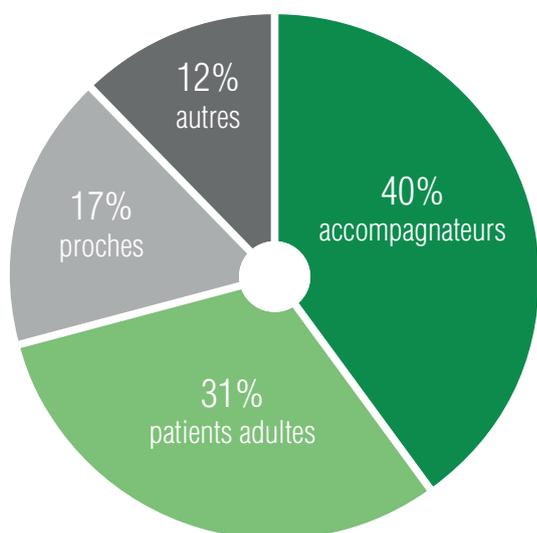
1.4 Les attentes citoyennes exprimées

A travers la première consultation citoyenne conduite par notre assemblée, nous avons souhaité, concrètement et de manière moderne via les réseaux sociaux, associer notre population aux travaux menés dans le cadre de cette mission d'information.

Cette démarche participative n'a pas pour ambition de quantifier ni de décrire statistiquement les avis ou les suggestions formulées par nos concitoyens mais elle a pour objectif essentiel de leur donner la parole tout en inscrivant notre institution dans une nouvelle dynamique de communication.

Par ce média et à l'issue des 13 jours de consultation, 101 Polynésiens ont apporté leur contribution, 71 personnes au sujet des évacuations sanitaires en France et 30 au sujet de celles réalisées en Nouvelle Zélande, et ils peuvent en être remerciés. A noter que cette répartition géographique des témoignages est similaire à la ventilation internationale des évacuations réalisées.

C'est en qualité d'accompagnateurs 40% (agrés 18% ; non agrés 22%), de patients adultes (31%), de proches 17% (famille ou ami) et dans divers autres situations (12%) qu'ils se sont exprimés.



A travers leurs témoignages, 55% d'entre eux estiment que la prise en charge sociale et humaine des patients en situation d'évasan a été faite de manière satisfaisante ou très satisfaisante. Outre la qualité des soins médicaux prodigués qui est largement soulignée, le point positif essentiellement mis en avant est la qualité de l'organisation logistique.

En revanche, ils estiment à 52 % que la prise en charge sociale et humaine de l'accompagnateur est peu ou pas du tout satisfaisante.

Les critiques formulées en la matière sont diverses mais elles peuvent néanmoins être regroupées en 3 thèmes principaux :

- une prise en compte insuffisante du traumatisme psychologique induit, chez le patient et l'accompagnateur, par la situation d'évasan ;
- un déficit d'information de la part des intervenants ;
- un manque de coordination entre les acteurs, particulièrement en France métropolitaine.

Ces éléments ont été confrontés avec les informations détaillées recueillies lors des auditions afin d'évaluer au mieux leur objectivité et le cas échéant, de mieux apprécier leurs causes et leurs conséquences.

Les pistes d'amélioration suggérées ont également été intégrées dans les préconisations formulées au sein du présent rapport.



Centre Hospitalier du Taaone

Parking public  
Tāpe'araa pere'oo huiraaatira

Entrée hôpital - dépose minute 
Tomora'a - Tāpe'araa poto

 **URGENCES RŪRA'A MA'I**

 **URGENCES MATERNITÉ**
RŪRA'A FĀNAU

  **Parking du personnel**
Tāpe'araa pere'oo rave 'ohipa

FRANCE

DISPOSITIF

SOINS

CPS

ASSISTANCE

EVASAN

MÉDICAL

NOUVELLE-ZÉLANDE



2 UN DISPOSITIF MÉDICAL EFFICACE ET DE NOUVEAU FORTEMENT SOLlicitÉ

2.1 Une activité de nouveau en hausse, source de préoccupation

Selon les informations disponibles transmises sur les années 2009 à 2016, les données permettent de distinguer trois tendances :

- une période haute en 2009 et 2010 où le nombre d'évasan s'établit à plus de 700 patients par an,
- une situation plutôt stable de 2011 à 2014 avec des transferts médicaux en baisse, se situant autour de 557 départs en moyenne annuelle,

- et une remontée des évacuations sanitaires extra territoriales à partir de 2015.

Le nombre de personnes évacuées apparaît comme le reflet d'une part, de l'état pathologique de la population polynésienne se traduisant par un vieillissement des individus et l'augmentation des maladies liées à leur mode de vie, et d'autre part, de l'évolution des technologies médicales disponibles sur place.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉVACUATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES



Source : CPS

De 2009 à 2016, le nombre de transferts a globalement baissé de 7 %, passant de 724 à 675 évacués en 2016. L'ouverture progressive du centre hospitalier de la Polynésie française avec l'installation des nouveaux équipements médicaux semble expliquer la baisse de 26 % du nombre d'évacuations sanitaires observée en 2011.

Mais ce chiffre doit être nuancé puisque les années 2015 et 2016 sont marquées par de nouvelles hausses notables (5 % en 2015 et 16 % en 2016). Cette progression s'explique principalement par les examens de Pet scan effectués en Nouvelle Zélande pour diagnostiquer diverses affections, en particulier des cancers, des problèmes cardiaques ou cérébraux.

Par destination, la France métropolitaine concentre environ 70 % des transferts, dont 80 % se déroulent en région parisienne, contre 30 % pour la Nouvelle Zélande sur les cinq dernières années. On observe toutefois une forte croissance pour ce dernier pays puisque les années 2015 et 2016 enregistrent respectivement des taux de + 13 % et + 14 %, liés essentiellement au nombre plus élevé de Pet scan. Les données 2016 indiquent que le motif d'examen par Pet scan atteint 43 % des dépenses en Nouvelle Zélande, ce qui représente la seconde cause de déplacement dans ce pays, la première étant celle liée à la cardiologie. Sur la période observée, le nombre d'évacuations sanitaires vers cette destination a d'ailleurs doublé en l'espace de sept ans.

L'hexagone quant à lui, inscrit une hausse de 17 % en 2016, en raison des maladies cardiovasculaires et cancérologiques, alors que la tendance était plutôt baissière les années précédentes.

En effet, en termes de pathologies, la cardiologie représente en moyenne 38 % des évacuations extraterritoriales et la cancérologie (hors Pet scan) 34 %. En cardiologie, sont fréquemment recensées les malformations cardiaques infantiles, les personnes atteintes de rhumatisme articulaire aigu (RAA) et la chirurgie cardiaque, tandis que la cancérologie recouvre un spectre très large avec les cancers du poumon, de la thyroïde, de la vessie, du rein et essentiellement les

maladies hématologiques pour lesquelles le traitement initié en Polynésie française se poursuit, pour certains patients, par une chimiothérapie plus lourde en métropole.

Les pathologies cardio-pédiatriques sont davantage orientées vers la Nouvelle-Zélande tandis que les cardiopathologies adultes sont dirigées vers la métropole.

Les autres pathologies relèvent de l'obstétrique pour 5 %, des traitements pour brûlés (3 %) et de l'ophtalmologie (2 %). Alors que les déplacements en cardiologie sont réalisés en nombre équivalent entre les centres de soins métropolitains et néo zélandais, les patients en cancérologie (hors Pet scan) sont orientés essentiellement vers les hôpitaux métropolitains : en 2015, ils étaient 167 patients contre 39 pour la Nouvelle Zélande.

En 2016, sur 675 évacués, 2/3 des malades sont accompagnés dans leur voyage, soit par un membre de la famille ou un proche (agrégé ou non) soit par un professionnel médical.

Un tiers des malades n'est donc pas accompagné, sans doute par manque de moyens financiers pour la plupart d'entre eux.



Selon les données de la CPS, environ 55 % des accompagnants sont des accompagnateurs familiaux agréés, soit 1/3 des évasans. A ce titre, ils peuvent donc bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de transport et d'une indemnisation totale ou partielle de leur séjour (hébergement et repas).

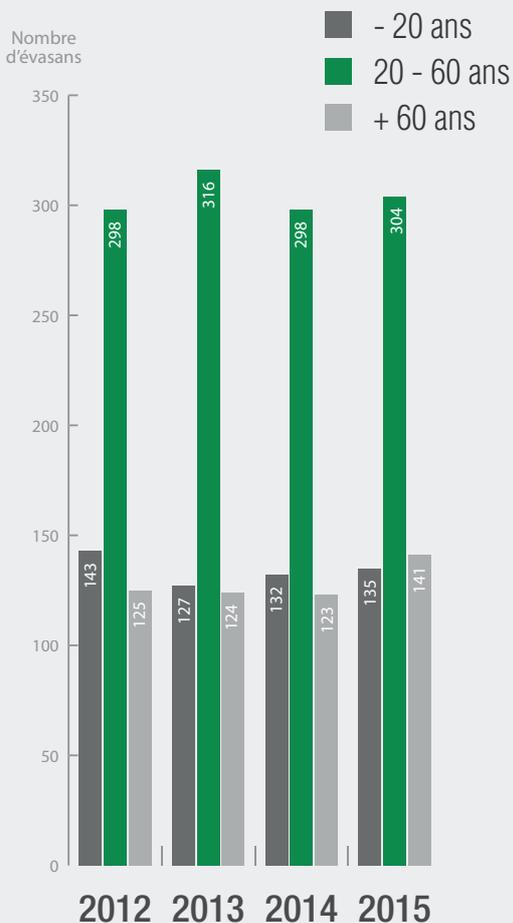
Il est à souligner qu'en cas d'urgence ces derniers ne bénéficient pas d'une information préalable de la Caisse. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui indiquent avoir des difficultés à bien appréhender la totalité des informations transmises. Ils sollicitent donc très fréquemment une fois sur place, les associations de terrain et les antennes de la CPS pour des conseils, n'étant pas eux-mêmes toujours pleinement autonomes, ce qui rajoute de la difficulté à une situation par essence éprouvante.

En 2016, 237 accompagnateurs sont agréés par la CPS. Le coût moyen d'un accompagnateur agréé est de 1 million de F CFP.

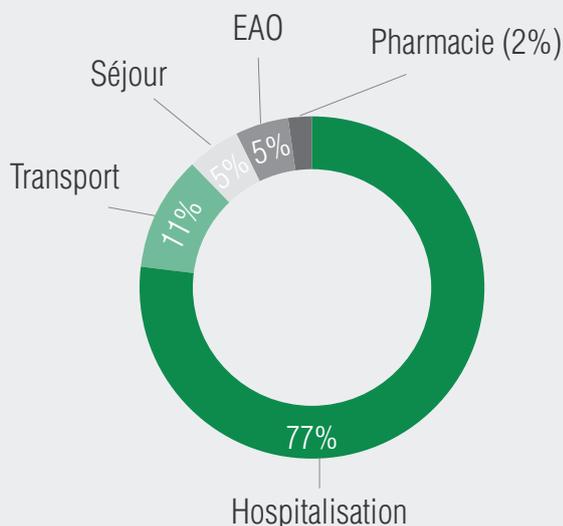
Par classe d'âge, les Polynésiens entre 20 et 60 ans représentent en moyenne par an, plus de la moitié du nombre d'évasans. Aux extrémités de la population, les plus jeunes (jusqu'à 20 ans) et les plus âgés (de plus de 60 ans) représentent en moyenne annuelle respectivement près d'1/4 de l'ensemble des transferts.

2016		
TOTAL	France	Nouvelle-Zélande
675 évasans concernées	465	210
<i>dont adultes</i>	392	163
<i>dont enfants</i>	73	47
2/3 sont accompagnés (médical, famille/proches agréés ou non)	310	114
<i>Famille/ proche agréé</i>	168	69
Pathologies	38% Cardiologie 32% Cancérologie	48% Cardiologie 43% PETSCAN
Pour près de 4 milliards F CFP	3 117 millions	838 millions

CLASSE D'ÂGES



RÉPARTITION DES COÛTS EN MOYENNE ANNUELLE



La durée moyenne du séjour entre 2009 et 2016 est de l'ordre d'un mois et demi en France hexagonale et d'un peu plus d'une semaine en Nouvelle Zélande. Ceci étant, cette moyenne en Nouvelle-Zélande doit être nuancée car elle intègre les patients devant réaliser un Pet scan dont la durée est nettement plus courte (3 jours). Si la Nouvelle Zélande peut accueillir certains longs séjours, majoritairement les pathologies lourdes sont traitées par les hôpitaux français.

In fine, le dispositif des évacuations sanitaires internationales coûte à la collectivité près de 4 milliards de F CFP par an, sachant qu'en moyenne :

- les frais d'hospitalisation représentent environ 77 % de ce coût,
- les frais de transport 11 %,
- les frais de séjours 5 %,
- les prestations de la société Europ Assistance Océanie 5 %,
- et les dépenses de pharmacie 2 %.

L'optimisation des frais de transport aérien, aujourd'hui directement payés par la CPS, mériterait une analyse spécifique plus approfondie, incluant une possible externalisation de la prestation.

Selon les données de la CPS, les coûts en 2016 apparaissent stabilisés autour de 6,7 millions de F CFP en moyenne par évacuation sanitaire pour la France et 4 millions de F CFP pour la Nouvelle Zélande.



2.2 Une régionalisation modérée à l'inverse de la Nouvelle-Calédonie

Compte tenu des handicaps structurels liés à la situation géographique et au milieu insulaire, du renouvellement et de l'évolution notoire des connaissances et des techniques dans le domaine de la santé, les besoins de coopération et d'échanges avec la métropole mais également avec les voisins du Pacifique pourtant plus proches, sont indispensables pour pouvoir conserver un niveau de soins équivalent au standard

occidental. Avec 30 % de transferts médicaux vers la Nouvelle Zélande, la Polynésie française amorce une modeste collaboration avec les pays de la zone pacifique tandis que nos homologues calédoniens travaillent davantage avec leur voisin australien en y réalisant 70 % des évacuations sanitaires extraterritoriales.

2.2.1 Un dispositif calédonien inspirant

- La base réglementaire

En Nouvelle-Calédonie, l'évacuation sanitaire internationale se fait à destination de l'Australie ou de la France selon des modalités précisées au titre IV de la délibération n° 214 CP du 15 octobre 1997 modifiée (annexe 16), relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale. La procédure à suivre, décrite dans la section 3 de cette réglementation, est similaire à celle de la Polynésie française avec une demande formulée par le médecin spécialiste référent, accompagnée de la constitution d'un dossier comportant des parties administrative, sociale et médicale. L'instruction du dossier est effectuée par le département des évacuations sanitaires de la caisse de sécurité sociale de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Cependant, à la différence de la Polynésie française, la décision est rendue par une commission médicale composée de cinq médecins : le chef de service, le responsable du département des « évasans » et les médecins-conseil qui statuent en particulier sur la demande d'accompagnement sanitaire ou familial du patient.

Un tel protocole décisionnel favoriserait un examen plus circonstancié et faciliterait un partage de responsabilité dans la prise de décision. Ce principe peut

être conçu de manière efficace et réactive, notamment en évitant tout formalisme excessif.

Un recours est également possible devant une commission d'appel dont l'avis s'impose aux parties.

Dans les cas d'urgence, le médecin responsable du département donne l'avis préalable sur la demande d'évacuation sanitaire.

PRÉCONISATION 04

Institutionnaliser à la CPS un principe efficace de décision collégiale sauf pour les cas d'urgence

● L'évolution du dispositif

En 2016, le nombre de transferts sanitaires extraterritoriaux s'établit à 1 534 (annexe 17), soit plus du double du chiffre polynésien, pour une dépense de 6 milliards de F CFP. Il faut remonter à la période 1985 à 1995 pour avoir un nombre inférieur à 1000.

De 1996 à 2004, le nombre d'évasans progresse de manière constante et régulière avec un taux d'accroissement annuel de 10 %. A partir de 2005, ce nombre diminue jusqu'en 2008 (- 41 % entre 2005 et 2008) pour la quasi-totalité des spécialités médico-chirurgicales, mais particulièrement pour celles ayant bénéficié du développement en Nouvelle-Calédonie de techniques diagnostiques ou thérapeutiques nouvelles comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la coronarographie notamment.

Mais depuis 2009, la tendance est à nouveau à la hausse en raison principalement des traitements dus aux cancers pour 39 % des cas en 2015 et aux cardiopathies (26 % des évasans en 2015). Toutefois, le nombre de ces

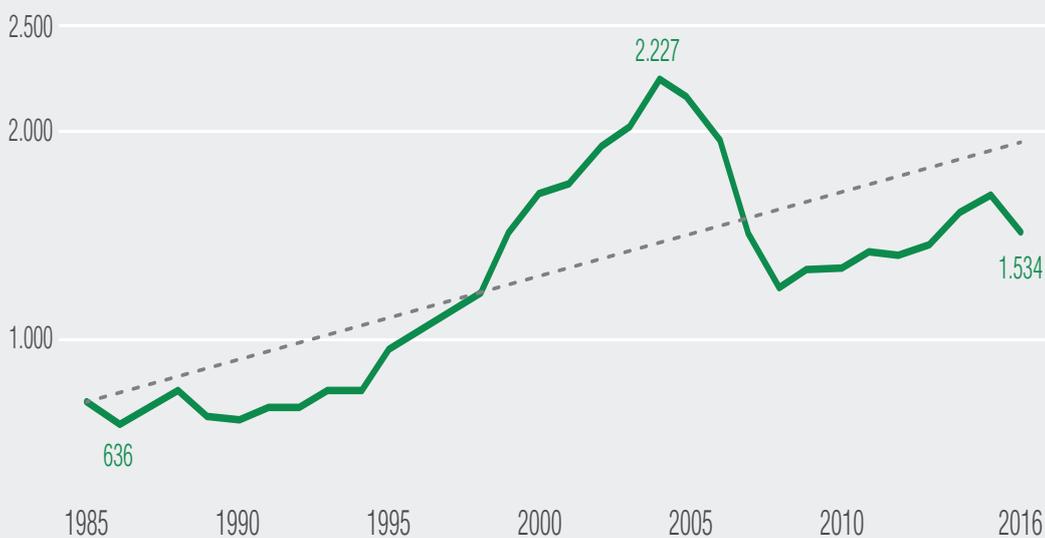
déplacements décroît de 10 % en 2016 (1 534 évacuations sanitaires vs 1 696 en 2015) en raison de l'ouverture du centre de radiothérapie en octobre 2016.

En 2016, les malades sont évacués majoritairement vers l'Australie (74 %) et la France métropolitaine (24 %) tandis que les quelques autres patients sont transférés en Polynésie française pour des traitements par radiothérapie avant l'ouverture du centre local.

Considérant les motifs d'évacuations sanitaires observés, la Nouvelle-Calédonie estime que le nombre futur de ces transferts extraterritoriaux est étroitement lié à l'émergence de projets visant à diversifier l'offre de soins locale et particulièrement ceux relatifs à l'implantation d'une offre en médecine nucléaire.

En Nouvelle-Calédonie, le nombre d'évacuations sanitaires extra territoriales est deux fois plus élevé qu'en Polynésie française et coûte un tiers de moins en moyenne par évasan. Si la proximité géographique avec l'Australie influe nécessairement sur le coût du transport, ces différences marquantes mériteraient néanmoins d'être examinées pour être mieux comprises.

ÉVOLUTION DU NOMBRE D'ÉVASAN EN NOUVELLE- CALÉDONIE



Source : DASS/CAFAT



● Le choix de l'Australie

La Nouvelle-Calédonie privilégie la destination australienne en raison de sa proximité géographique (vol d'environ trois heures entre Nouméa et Sydney), des infrastructures médicales complètes et des établissements hospitaliers de qualité disponibles sur place. Une structure d'accompagnement, Australaccueil dépendant de la CAFAT, a été implantée pour coordonner et assurer le lien entre les patients évacués et le bureau des évasans à Nouméa.

L'équipe sur place accueille les patients dès leur arrivée à l'aéroport, organise leurs transferts vers les hôpitaux ou les pensions, effectue les formalités administratives d'admission et de sortie, assure l'interprétariat si nécessaire lors des consultations ou des examens, vérifie l'existence de prescriptions médicales et leur compréhension par le patient. Elle s'occupe également de chercher si besoin, les traitements à la pharmacie, de réserver les billets de retour et d'organiser les transports terrestres pour les divers rendez-vous et les retours à l'aéroport. Un contact téléphonique est disponible 24h sur 24 permettant de gérer les urgences. Le personnel règle de nombreux problèmes médico-administratifs et humains occasionnés lors du séjour et effectue par ailleurs de nombreuses autres tâches administratives et d'opérations comptables.

L'objectif essentiel étant d'épargner aux malades toute démarche administrative ou médicale, le bureau d'Australaccueil s'occupe de l'ensemble des formalités vis-à-vis des hôpitaux, des médecins, des compagnies aériennes ainsi que des autorités australiennes le cas échéant. Avec 14 personnes dont 8 agents de terrain, la structure consacre son temps disponible à des visites fréquentes auprès de chaque malade, s'efforçant de répondre à ses besoins et de lui apporter également un réconfort moral.

Cette centralisation des prestations nous apparaît intéressante car elle est en soi une source de simplification et donc de sérénité pour les bénéficiaires du dispositif qui ne se questionnent plus ainsi sur le « qui gère quoi ».



2.3 Un environnement médical international de plus en plus contraint

Bien que loin de tout, la Polynésie française n'en est pas pour autant extérieure à la marche du monde et en particulier à celle du monde médical. Nous sommes ainsi impactés par les évolutions de ce secteur à l'échelle internationale, tout particulièrement en matière de disponibilité des ressources humaines et des évolutions technologiques et de formation qui s'orientent vers l'hyperspécialisation.

La décision de transférer médicalement le patient à l'extérieur du Pays résulte d'une incapacité technique à prendre en charge le malade ou d'une absence professionnelle disponible sur place. Elle est souvent rattachée à des techniques médicales rares se traduisant par une spécialisation élevée du praticien.

Dans le domaine de la pratique médicale moderne, en effet, la tendance est à l'hyperspécialisation médicale de l'acte résultant des mutations technologiques et sociales en cours. Avec le vieillissement des populations, l'espérance de vie qui s'allonge et la hausse des maladies chroniques, la demande de soins au niveau mondial augmente toujours plus, les techniques médicales évoluent constamment et rapidement, et les innovations thérapeutiques ont un coût élevé. Les médecins vieillissant eux aussi, ce secteur d'activité voit le nombre d'emplois offerts progresser en même temps que les rémunérations proposées particulièrement dans les pays développés.

En France, le numérus clausus fixant le nombre de médecins à former chaque année est volontairement contraint même s'il a augmenté récemment, si bien que le nombre de nouveaux diplômés reste insuffisant

pour répondre à des besoins thérapeutiques en pleine évolution. Le Conseil national de l'ordre des médecins souligne ainsi que le nombre de professionnels en activité régulière a décru de 10 % entre 2007 et 2017.

L'exercice médical a aussi changé car de plus en plus féminisé, la profession privilégie aujourd'hui l'exercice mixte, en libéral et salariat, et non plus simplement en cabinet. La réforme française des études médicales a par ailleurs, supprimé un certain nombre de spécialités mixtes depuis janvier 2016. De ce fait, la spécialité

thoracique vasculaire a disparu et est remplacée par deux cursus, la spécialité vasculaire et la spécialité thoracique. En conséquence, au lieu d'avoir un chirurgien spécialisé capable de pratiquer la double spécialité, l'hyperspécialisation impose désormais de séparer ces activités et donc de recruter un chirurgien par spécialité.

En Polynésie française, le bassin de population, le

morcellement du territoire, les difficultés d'accès et la dispersion des foyers contraignent l'offre globale de soins. Certaines spécialités médicales ne pourront donc être proposées en raison du faible nombre d'actes médicaux à pratiquer. Certaines interventions chirurgicales, en particulier cardiaques avec seulement 90 actes par an ne permettent pas d'occuper un spécialiste à temps complet. En outre, ce dernier pourrait alors perdre en partie de sa technicité, ce qui constitue un frein en terme d'attractivité.

A cela, s'ajoute le problème de la difficulté de recrutement puisque les compétences requises pour offrir des soins de qualité sont très pointues. Par ailleurs, les mobilités internationales actuelles de médecins

PRÉCONISATION 05

Mutualiser les compétences et les moyens entre les secteurs médicaux public et privé de Polynésie française pour favoriser ainsi leur complémentarité

s'inscrivent dans un contexte mondial de déficit global de personnel médical dans les pays d'Europe occidentale et d'élargissement du marché mondial des compétences médicales et chirurgicales.

Face à l'accélération du progrès des technologies médicales et à leur coût croissant, une mise en commun des moyens d'expertise, et des compétences, doit également être envisagée entre le secteur médical public et le secteur médical privé de Polynésie française pour faciliter l'accès des Polynésiens à des technologies médicales de dernière génération, comme par exemple celle de l'écho-endoscopie bronchique.

PRÉCONISATION 06

Conduire une étude médico-économique prospective sur l'évolution des pratiques chirurgicales envisageables en Polynésie française

2.4 Une évolution technologique constante de l'offre de soins : le cas du PET scan (ou TEP pour Tomographie par Émission de positons)

Comme mentionné précédemment, le nombre d'évacuations sanitaires internationales en Polynésie française a tendance à croître ces dernières années en relation avec les diagnostics à effectuer par PET scan essentiellement vers la Nouvelle Zélande. Estimé à environ 150 patients en 2017, ce chiffre pourrait facilement être dix fois plus important selon les professionnels de la santé. Sachant qu'un transfert extraterritorial pour ce motif médical coûte dans l'ensemble (frais de transport, examen, séjour, indemnités) environ un million de FCFP par évasan, il semble intéressant de s'interroger sur l'opportunité de la mise en place de cette technologie dans notre pays, ce qui nécessite de réaliser une étude médico-économique.

Le PET scan est un outil de diagnostic qui permet de déceler certaines pathologies se traduisant par une altération de la physiologie normale comme les cancers notamment. Cette technique très utilisée améliore le diagnostic et le suivi du traitement, notamment en cancérologie car elle détecte l'activité d'une cellule cancéreuse alors que l'imagerie traditionnelle (scanner ou radiographie) est incapable de distinguer l'aspect vivant ou inactif de la cellule. La phase diagnostique de la procédure médicale est ainsi améliorée par la possibilité d'une détection très précoce des cellules malignes, de même qu'à l'étape du suivi du traitement, la TEP permet de différencier les cellules cancéreuses et les cicatrices de tumeurs. L'efficacité du traitement est en outre renforcée grâce à un pilotage médical plus ciblé de la chimiothérapie qui elle-même, par l'avancée

des techniques et des recherches médicales, devient par ailleurs de plus en plus performante et précise mais aussi plus agressive.

Les diagnostics au PET scan sont également préconisés par les professionnels pour des actes de chirurgie thoracique pulmonaire, permettant ainsi aux spécialistes médicaux d'estimer au mieux la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Néanmoins, le coût de l'ensemble du dispositif implique une dépense d'investissement estimée à environ 700 millions de F CFP, à laquelle se rajoute des frais de fonctionnement élevés. Considérant en plus l'évolution rapide et constante des techniques dans ce domaine, les professionnels médicaux préconisent davantage la solution de la location avec option d'achat qui offrirait la possibilité de disposer des dernières évolutions modernes en ce domaine. Dans ce cas, la dépense de fonctionnement occasionnée par le loyer à payer incluant les frais de fonctionnement et de maintenance de l'ensemble du matériel est estimé à environ 160 millions de F CFP par an, ce qui correspond globalement au coût annuel de l'évasan pour Pet scan en Nouvelle Zélande.

Par ailleurs dans la situation actuelle, le nombre de patients soumis au Pet scan est limité en raison des coûts engendrés par ces déplacements alors que l'installation de la technologie sur place permettrait de contenir les coûts en prévision d'une croissance de la demande qui pourrait être dix fois plus importante sur l'année. En effet à l'instar de la scintigraphie osseuse, la mise en place du dispositif d'imagerie médicale a généré une augmentation de la demande, voire une systématisation de la pratique. A cette dimension, s'ajoute celle des patients atteints de maladies extrêmement algiques qui ne peuvent être transférés et qui perdent une possibilité de se faire soigner efficacement.

L'autre volet à mentionner est que si l'installation du Pet scan devenait effective, elle pourrait offrir de la disponibilité horaire à la clientèle devant être soumise à la technique de l'IRM. Cet élément serait à prendre

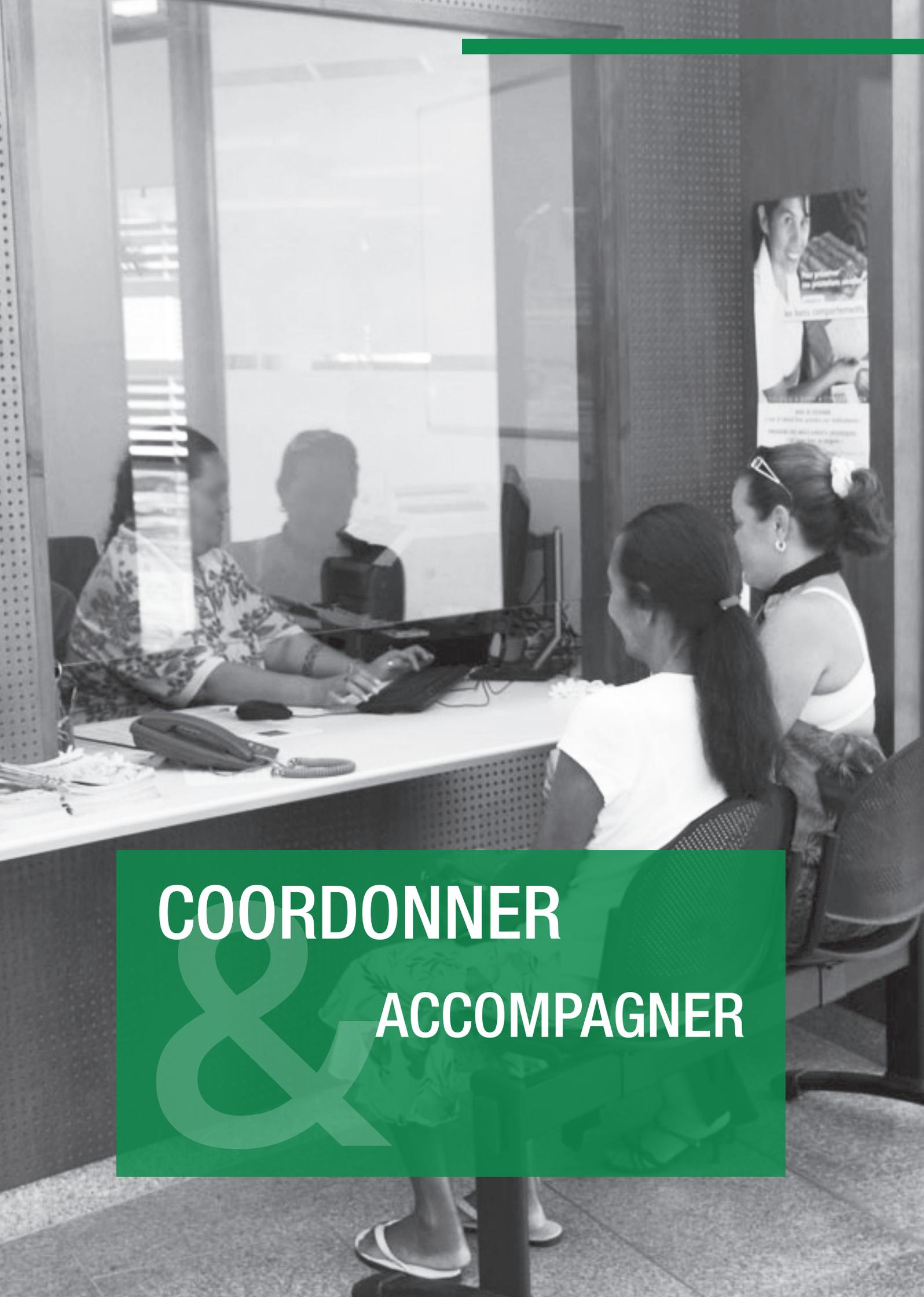
en considération dans le choix de l'acquisition d'un second appareil d'IRM, question motivée actuellement par l'existence d'un seul matériel utilisable.

La mise en œuvre de la TEP nécessite cependant des compétences médicales très élevées, particulièrement dans le domaine de l'ingénierie médicale et du personnel technique spécialisé, dans la fabrication du marqueur, du fonctionnement et de la maintenance de l'accélérateur de particules.

PRÉCONISATION 07

Réaliser une étude médico-économique pour analyser d'une part l'opportunité de doter l'offre de soins locale d'un PET SCAN et d'autre part, évaluer la pertinence de son éventuelle location avec option d'achat permettant, le cas échéant, de s'adapter aux évolutions technologiques futures





COORDONNER

&
ACCOMPAGNER

3 UNE NÉCESSITÉ DE MIEUX COORDONNER POUR MIEUX ACCOMPAGNER

3.1 Un système complexe par la multiplicité de ses intervenants

Si le gestionnaire du dispositif est règlementairement bien déterminé, en l'occurrence la Caisse de prévoyance sociale, et si les procédures ad hoc sont théoriquement exposées dans le titre II de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001, il existe dans la réalité, de nombreux intervenants dont l'articulation demeure perfectible en vue d'une plus grande performance d'action.

Ainsi et dans la pratique, on peut identifier essentiellement cinq niveaux d'intervention qui mobilisent les différents acteurs :

- la définition règlementaire ou contractuelle des périmètres d'intervention et des responsabilités relatifs aux différents protagonistes : gouvernement, assemblée de Polynésie française, conseils d'administration de régimes d'assurance maladie (RGS, RNS et RSPF) ;

- la gestion financière et administrative du dispositif et des aides : Caisse de prévoyance sociale et Direction des affaires sociales (il est à noter aussi que, de manière plus surprenante, l'association polynésienne de la Ligue contre le cancer apporte ponctuellement un soutien financier d'urgence aux patients cancéreux évasanés qui pour certains sont conseillés en ce sens par la Caisse) ;

- la couverture médicale des besoins sanitaires ; le corps médical (médecins privés ou publics-CHPF), la Caisse de prévoyance sociale (contre-expertise et décision finale du médecin conseil et éventuelle contreexpertise

par la commission de recours si la décision du médecin conseil est contestée) et les établissements de soins référencés en France (48) et en Nouvelle Zélande (8) ;

- l'organisation logistique de la prise en charge des bénéficiaires du dispositif tel que prévu par la réglementation (articles 7, 8 et 9 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001) : Europ Assistance Océanie (prestation pluriannuelle conventionnée dernièrement annexe 10), les transporteurs médicalisés privés (cf. convention annexe 18) et l'ensemble des centres d'hébergements mobilisés ;

- l'accompagnement psychosocial des bénéficiaires du dispositif : Caisse de Prévoyance sociale sur Papeete et ses antennes de Paris et d'Auckland, associations sur Papeete (A Tauturu la Na, La ligue polynésienne contre le cancer), la Délégation de la Polynésie française à Paris (DPF) et les associations en métropole à Paris et à Nantes.



Les différentes associations en métropole

PARIS

- Te Ramepa Ora (Présidente Nini Topata)
- Te Rima O Te Here (Présidente Hereata Toti)
- A Tauturu la Na (Présidente Denise Teihotaata)
- Association les Amis de la Polynésie française (Président René Desbiolles)

NANTES

- Te Vai Ora Porinetia (Présidente Thérèse Tevaatua)
- Heirautini (Président Thierry Kesler)

Par ailleurs, les situations des bénéficiaires directs (patients) et indirects (accompagnateurs) du dispositif sont également multiples, puisqu'elles peuvent concerner :

- un patient mineur, lequel sera assisté de facto par un accompagnateur agréé par la CPS ;
- un patient adulte non accompagné ;
- un patient adulte assisté d'un accompagnateur agréé par la CPS ;
- un patient adulte assisté d'un accompagnateur non agréé par la CPS ;
- un patient bénéficiant en sus d'un accompagnement médical lors du transport.

3.1.1 La CPS, un acteur incontournable de la prise en charge

Dans 60 % des cas, la demande d'évacuation extraterritoriale est évaluée par le service social de la CPS qui apprécie les ressources du patient à travers le calcul de la moyenne économique journalière ainsi que l'organisation familiale résultant de ce déplacement.

Pour les personnes en situation précaire et en fonction du calcul de la moyenne économique journalière et de leur régime d'affiliation, les assistantes sociales de la Caisse peuvent également solliciter les fonds d'aide sociale des trois régimes polynésiens (aides alimentaires ou vestimentaires notamment pour s'équiper selon la

saison – annexes 19 à 21). Elles peuvent ainsi mobiliser également pour cela la Direction des affaires sociales (DAS) qui réceptionne les dossiers de demande d'aides pour les ressortissants RSPF et RNS et édite les bons de commandes ad hoc, en application des délibérations n° 20-2010/CG.RSPF relative à la gestion du fonds d'action sociale du régime de solidarité et n° 05-2005/RNS fixant les modalités d'attribution des prestations en nature et espèces du fonds d'action sociale du régime des non salariés. De manière concrète et concernant les aides vestimentaires gérées par la DAS, il est prévu une aide pour se constituer un trousseau d'été à hauteur de 40

000 F CFP par personne et à hauteur de 60 000 F CFP par personne en hiver. En 2016, 175 personnes en ont bénéficié (169 ressortissants du RSPF et 6 du RNS) pour un montant total de 8,25 millions de F CFP.

Les personnes les plus démunies peuvent également obtenir de la DAS des avances monétaires (pécule d'urgence de 30 000 F CFP au titre de l'Aide au soutien à la famille sur une période de 1 à 3 mois renouvelable), des contributions financières pour le paiement des timbres fiscaux des passeports (une soixantaine de personnes aidées), une aide pour le transport des parents dans les situations exceptionnelles. Elles peuvent également, plus ponctuellement, obtenir des dons en espèces de 150 à 300 euros de l'association polynésienne de la Ligue contre le cancer, lorsqu'elles souffrent d'une pathologie cancéreuse. Ainsi en 2017, cette association a recensé 17 interventions pour ces dons versés essentiellement lors des évacuations urgentes. L'intervention du milieu associatif révèle un dysfonctionnement au niveau de la réactivité de l'accompagnement financier de la CPS ou de la DAS lors des déplacements urgents, particulièrement pour les personnes démunies aux contraintes économiques fortes et en incapacité de faire l'avance des frais monétaires nécessaires.

En 2017, les aides vestimentaires allouées par la CPS aux ressortissants du RGS représentent plus de 6,6 millions de F CFP pour une centaine de patients et une trentaine d'accompagnateurs. Les aides relatives aux timbres fiscaux ont été évaluées à près de 181 000 F CFP pour 20 personnes.

A ces dispositifs officiels, s'ajoute de manière significative l'expression des solidarités familiales, communautaires, culturelles, voire communales, ainsi que de nombreuses initiatives privées de soutien.

3.1.2 Les relais en Nouvelle-Zélande ou en France

● Les antennes de la CPS

L'article 15 de la délibération n°2001-6 APF de 2001 désigne la CPS comme « *le guichet unique des prestations médicales, administratives et sociales du patient, se posant comme le référent de l'ensemble des intervenants dans le processus de transfert, séjour et retour sanitaire dont elle assure la coordination. Elle est relayée dans ses attributions et missions* » par deux antennes extérieures situées à Auckland et à Paris, destinations choisies pour des raisons de proximité géographique (Nouvelle Zélande) et d'affinité professionnelle entre médecins (France

métropolitaine). Outre de faciliter le contact direct et personnalisé, la proximité des liens entre certains médecins du CHPF et leurs homologues métropolitains n'est pas considérée actuellement comme une démarche organisée (prise de RDV, échanges d'informations, comptes rendus, ...) et partagée avec l'ensemble des professionnels du secteur médical.

Aux termes de la convention avec la société EAO, l'organisation des transports, de l'hébergement, le suivi



des patients et des accompagnateurs agréés durant le séjour reposent sur les agents des antennes de la CPS.

L'antenne de la CPS de Paris est composée de 6 agents : 3 visiteurs – qui visitent en priorité les évacués non accompagnés dans les 48 heures suivant leur arrivée – 1 responsable et 2 personnels administratifs. L'antenne de la CPS de Auckland est composée de 2 agents administratifs assurant également la traduction.

Toutefois, malgré la présence des structures d'accompagnement sur place et la présence de leur accompagnateur, certains Polynésiens se sentent isolés désorientés et dépourvus dans un environnement étranger. C'est notamment le cas des personnes âgées ou des résidents des îles éloignées, voyageant pour la première fois, s'exprimant peu ou très mal en français ou en anglais, peu habitués aux usages d'une mégapole. Par ailleurs, les arrivées en métropole au cours du weekend posent de réels problèmes car la présence d'un agent de l'antenne CPS n'est pas systématique à l'arrivée, ce qui peut perturber les patients et leurs accompagnateurs. Néanmoins, contractuellement et de manière régulière, la présence d'un représentant de la société de transport Cosycar, conventionnée par la société EAO, est prévue à l'aéroport.

● La Délégation de la Polynésie française (DPF)

Il ressort des auditions menées, une implication bienveillante de la Délégation de la Polynésie française à Paris envers les patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et leurs accompagnateurs.

L'arrêté d'organisation de ce service administratif du pays (annexe 22) prévoit que la Délégation est chargée « de faire le lien avec les membres de la communauté polynésienne en métropole et les assister dans leurs formalités ».

Pour cela, elle dispose d'un « bureau de soutien à la communauté des Polynésiens en France métropolitaine » qui est « chargé d'assister les Polynésiens en France métropolitaine dans les formalités qu'ils ont à accomplir ».

Cependant, il est également apparu lors de nos travaux et surtout à l'occasion des constats faits par mesdames Eliane Tevahitua et Armelle Merceron à Paris en octobre dernier que, sur le terrain, se posait avec de plus en plus d'acuité la question d'une meilleure articulation possible des actions conduites par les différents acteurs.

En effet, la réglementation existante confie à la CPS la responsabilité de l'organisation des évacuations sanitaires dans le cadre du guichet unique, incluant la prise en charge sociale. Ceci n'exclut nullement les actions complémentaires que peuvent entreprendre la DPF ou les associations, mais cela nécessite de les organiser et de les encadrer.

Sur ce sujet et malgré plusieurs sollicitations, il est regrettable de ne pas avoir obtenu de réponses de ce service sur les orientations envisagées en la matière.

● Les associations

Sur Paris, trois associations interviennent bénévolement en fonction de leurs moyens et leurs disponibilités. La fédération A Tauturu la Na, installée provisoirement dans un local au sein de l'antenne de la CPS, mobilise 3 personnes et dispose d'un véhicule pour visiter les malades. Avec les autres associations Te Rima O Te Here et Te Ramepa Ora, elle intervient sur sollicitation des patients, pour toutes les activités non prises en charge par le dispositif d'évacuation : visites du weekend, sorties shopping, nettoyage des vêtements, RDV médicaux non prévus, Toutes les trois sont soutenues financièrement par l'association de la Ligue contre le cancer à hauteur de 200 000 F CFP par association. A noter que la fédération A Tauturu la Na est la seule à bénéficier d'une subvention annuelle du Pays à hauteur d'environ 3 millions de F CFP (2016 : 2 931 624 FCFP, 2017 : 2 939 124 F CFP), permettant la prise en charge du salaire du chauffeur, alors que son activité s'est réduite au niveau opérationnel.

Sur Nantes où séjournent principalement les dialysés polynésiens évacués, deux associations interviennent

principalement, à savoir Te Vai Ora Porinetia et Heirautini.

A noter qu'en Nouvelle-Zélande, aucune association n'est présente depuis que la fédération A Tauturu la Na a retiré ses représentants il y a cinq ans.

● Le rôle stratégique de l'accompagnateur

L'anxiété liée à la maladie peut être majorée par la peur de voyager dans un pays inconnu, avec des modes de fonctionnement, des habitudes et une langue différents. Paradoxalement, la barrière de la langue pose problème autant en France métropolitaine qu'en Nouvelle-Zélande. En effet, certaines personnes âgées notamment originaires des îles éloignées, ne maîtrisent pas le français.

Dans ce contexte, la qualité de l'accompagnateur, c'est-à-dire sa pleine et entière autonomie, est primordiale et son agrément passe par une évaluation médicale et sociale réalisée par le service social de la CPS avant le départ, qui évalue son autonomie générale et sa disponibilité en France ou en Nouvelle Zélande.

Egalement avant le départ, l'accompagnant est informé par les agents sociaux et les bénévoles de la fédération A Tauturu la Na sur les éléments essentiels à connaître, les réflexes à obtenir et tout détail permettant d'améliorer le séjour quotidien sur place.

Lorsque l'accompagnant est agréé par la CPS, les dépenses liées au billet d'avion, au transfert jusqu'au lieu de séjour, les frais d'hébergement et de repas à hauteur d'un forfait sont pris en charge par la Caisse. Les autres dépenses restent à la charge de l'individu.

Pour l'accompagnateur non agréé, aucune prise en charge financière par la CPS n'est prévue.

Si aujourd'hui, et nous tenons une nouvelle fois à le redire, l'essentiel est assuré de manière satisfaisante, à savoir permettre à tous les Polynésiens de bénéficier des meilleurs soins médicaux possibles en France et en Nouvelle Zélande, **l'amélioration de la prise en charge psychosociale des patients, et de leurs accompagnateurs le cas échéant, est une nécessité afin de conférer plus d'humanité à ce dispositif.**

3.2 Des ajustements nécessaires pour en optimiser le fonctionnement

Pour améliorer le fonctionnement de ce dispositif complexe, des ajustements simples mais indispensables devraient être mis en œuvre.

Ainsi, il convient de manière progressive et collégiale de :

- Renforcer les partenariats médicaux entre le CHPF et les établissements de soins en priorité en matière de chirurgie cardiaque.

En effet, 40% des évasans concernent la cardiologie. Aussi et au regard des besoins en chirurgie cardiaque en particulier, il conviendrait d'intensifier les missions d'experts sur le territoire à travers des conventions partenariales avec les établissements de soins de métropole mais aussi de Nouvelle Zélande. Ceci permettrait de planifier à court terme la mise en place de la chirurgie cardiaque extracorporelle programmée en Polynésie française avec la venue de plateaux techniques complets ad hoc. Ce faisant, environ 200 évasans par an pourraient être évitées.

PRÉCONISATION 08

Intensifier les missions d'experts médicaux sur le territoire

PRÉCONISATION 09

Établir des conventions partenariales entre le CHPF et les établissements de soins en France et en Nouvelle Zélande afin de permettre prioritairement la mise en place de la chirurgie cardiaque extracorporelle programmée en Polynésie française

- Préciser le cas échéant, les périmètres d'intervention des acteurs en les recentrant sur leur cœur de métier afin de clarifier le rôle des uns et des autres.
- Organiser une meilleure information des acteurs et des bénéficiaires pour améliorer leur communication, dissiper les malentendus, rassurer les patients et leurs accompagnateurs.

PRÉCONISATION 10

Établir une convention entre la Caisse de prévoyance sociale et la Délégation de la Polynésie française pour articuler leur coopération

- Faciliter une plus grande synergie pour améliorer la performance globale du service rendu allant au-delà de l'unique convention existante entre la Caisse de prévoyance sociale et l'association A Tauturu la Na qui concerne une seule opération ponctuelle et spécifique, celle du « Noël des patients » (annexe 23). Cette démarche concrétiserait les termes de l'article 17 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001 qui prévoient que « *la Caisse de prévoyance sociale établit en tant que de besoin les partenariats nécessaires à l'exercice de la mission de service public définie par la présente délibération* ».

- Sécuriser durablement la question de l'encadrement psychosocial en pérennisant les partenariats, en particulier ceux qui impliquent le monde associatif, à travers des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuels qui donneront une visibilité et un cadre pérennes à leurs actions.

- Encadrer l'assistance des Polynésiens les moins autonomes, comme les personnes âgées ne s'exprimant pas en français, car ils sont exposés à un véritable risque de rupture psychosociale lors d'une évacuation sanitaire internationale.

PRÉCONISATION 11

Officialiser des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuelles entre la Caisse de prévoyance sociale et les associations, tant avant le départ de Polynésie française que sur place

- Dispenser aux associations qui visitent les malades, dont le dévouement des membres bénévoles est admirable, des formations pour mieux les préparer en matière de déontologie et de pratiques psychosociales,

à l'image de celles dispensées par l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) ou par la Ligue contre le cancer au plan national.

PRÉCONISATION 12

Prévoir des formations au bénéfice des associations de visites aux malades pour améliorer leurs capacités d'accompagnement psychosocial

- Sensibiliser les associations d'étudiants polynésiens à la situation des malades évasanés afin de les intégrer, le cas échéant, dans le processus de formation susmentionné des visiteurs potentiels.

- Renforcer la capacité d'accompagnement psychosocial de la CPS.

Si, nous le savons, l'engagement individuel, souvent pour des raisons personnelles, est le moteur initial de l'action associative, comme cela fût le cas pour A Tauturu la Na et son ancien responsable monsieur Patrice JAMET ou à l'heure actuelle Mme Patricia GRAND qui préside dynamiquement la Ligue polynésienne contre le cancer, c'est aussi à n'en pas douter son talon d'Achille.

La puissance publique et la Caisse de prévoyance sociale ne peuvent faire peser l'intégralité de la responsabilité de cet accompagnement social et humain sur la bonne volonté associative.

En outre, il incombe expressément aux travailleurs sociaux de la CPS tel que le prévoient les articles 13 et 14 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001 « *d'assurer la mise en œuvre des mesures sociales*



spécifiquement adaptées à l'accompagnement et aux besoins du patient durant toute la période d'évacuation sanitaire », lesquelles « incluent l'information relative aux droits et obligations des assurés sociaux et aux spécificités des pays d'accueil ainsi que l'attribution des aides sociales liées à la situation personnelle des patients ».

La prise en charge psychosociale est une dimension pleine et entière du service public des évacuations sanitaires internationales et il convient d'en garantir, directement ou indirectement, la bonne réalisation.

Aussi, pour améliorer l'accompagnement psychosocial des patients évacués et de leurs accompagnateurs, une organisation nouvelle et flexible de tous les acteurs, y compris médicaux, doit être trouvée, autour d'un objectif unanimement partagé et clairement priorisé, à savoir l'amélioration de la prise en charge sociale et humaine. Ce point trouve toute son acuité lorsque des problèmes particuliers ou imprévus interviennent en dehors des procédures normalisées et des jours et heures ouvrables.

Cette réflexion indispensable n'est au final que la légitime expression du principe de mutabilité qui régit, avec celui de l'égalité et de la continuité, le fonctionnement de tout service public. Le service public ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société ; il doit suivre les besoins des usagers ainsi que les évolutions techniques de son environnement.

PRÉCONISATION 13

Renforcer humainement l'antenne CPS de Paris par des compétences professionnelles en matière d'accompagnement psychosocial (assistant social et psychologue) et en personnel spécifiquement dédié aux visites



3.3 Un accompagnement social et humain perfectible

Tout au long du processus d'évacuation sanitaire internationale, il ressort qu'en dépit des dispositions existantes et qui visent d'une manière générale à informer les personnes concernées du modus operandi en œuvre, le risque de détresse psychologique est une réalité, en particulier chez les personnes les moins autonomes.

La pleine mesure du traumatisme psychologique lié à la nouvelle d'être évacué pour des raisons médicales graves ou au fait de se retrouver « en terre inconnue », ne nous semble pas être prise en compte à sa juste mesure.

Il est apparu lors des travaux que l'information des malades et de leurs accompagnateurs sur les conditions de vie et d'accueil sur place, n'était pas systématique. Ceci devrait être l'occasion également d'évoquer la liste des points importants à connaître et de remettre les guides pratiques.

En outre, le caractère d'urgence parfois rencontré par les bénéficiaires du dispositif (évacuation sous 24/48 heures) ou l'absence de ressources financières de certains, impose un traitement social différencié.

De la préparation du départ à Papeete, à l'arrivée sur place ou au séjour et à la préparation du retour au Pays, une prise en charge humaine continue doit être pensée et mise en œuvre.

Si en matière de prise en charge psychosociale le besoin d'être informé est une réalité, les priorités restent néanmoins celles d'être rassuré et écouté.

Les patients et leurs accompagnants, doivent avant tout être réconfortés et préparés psychologiquement mais aussi pratiquement à traverser cette épreuve en étant éloignés de leurs familles et de leurs repères.

Une évacuation sanitaire internationale est par nature psychologiquement traumatisante, que cela soit pour les patients ou leurs proches, et il importe d'en tenir compte tout au long de la prise en charge afin de permettre aux bénéficiaires de se concentrer sur la seule chose qui importe à ce moment-là, la guérison.

Si concernant ce dispositif, la prise en charge financière et administrative, médicale et logistique est réalisée de manière professionnelle respectivement par la CPS, le système hospitalier dans sa globalité et Europe Assistance Océanie, il est fondamental de renforcer les acteurs de terrain - A Tauturu la Na en Polynésie française et les antennes CPS de Paris et d'Auckland - de professionnels en matière psychosociale (assistants sociaux et psychologues) pour assurer un accompagnement social et humain de proximité.

A titre d'exemple et pour bien appréhender la dimension globale de cette nouvelle approche, une réflexion locale de l'ensemble du corps médical polynésien, tant public que privé, et qui dépasserait les actuels réseaux personnels des professionnels du secteur, pourrait amplifier de manière sécurisée par voie de conventions pérennes (avec l'APHP prioritairement), la concentration géographique des évacués déjà entreprise. Pour mémoire, la grande majorité des hospitalisations métropolitaines se déroulent dans la région parisienne (80 % des cas).

PRÉCONISATION 14

Assurer au niveau de la CPS une entrevue systématique des personnes concernées les informant des conditions pratiques de déroulement du séjour, ceci préalablement à leur rencontre éventuelle avec le service social de la Caisse



Ceci permettrait d'une part, de faciliter encore plus le suivi et l'accompagnement des personnes évasannées par les services (antenne CPS, DPF) et les associations de terrain, et d'autre part, de simplifier les correspondances médicales entre professionnels.

Sauf dans le cas où le patient dispose d'attaches familiales en province, ce qui serait de nature à contribuer à son soutien psychosocial, le regroupement des évacuations sanitaires dans la région île de France mérite d'être fortement intensifié.

La conception d'un « kit de départ » (carte téléphonique prépayée, plans et tickets de métro, quelques tickets restaurants pour les premiers jours si besoin, petit pécule en euro ou en dollar NZ, etc.) qui serait disponible pour les évacuations sanitaires d'urgence et les personnes les plus nécessiteuses, serait également une avancée significative et un soulagement dans l'attente de la mise en place effective des mesures d'accompagnement social règlementairement prévues.

PRÉCONISATION 15

Poursuivre au maximum le regroupement des évacuations sanitaires dans la région île de France en formalisant des conventions inter-établissements pour sécuriser les partenariats

Hors hospitalisation, il est important de garder à l'esprit que si des textes réglementaires prévoient le versement d'une indemnité de séjour (IS-EVA) pour le patient évasané et son accompagnateur agréé par la CPS, l'avance des dépenses correspondantes reste à la charge des bénéficiaires.

L'indemnité de séjour, qui globalise une aide aux frais d'hébergement et une aide aux repas, varie selon l'âge de la personne (3 000 F par jour pour les moins de 12 ans et 5 000 F pour les plus de 12 ans) et est modulée selon les conditions de logement (hébergement conventionné en pension complète, en demi-pension, sans repas, non conventionné, chez la personne ou dans la famille).

PRÉCONISATION 16

Fournir un « kit de départ » aux personnes les moins autonomes

Sur ce point, il conviendrait, le cas échéant, d'une part de réévaluer ces montants en fonction des augmentations du coût de la vie en France et en Nouvelle Zélande. Il pourrait être envisagé d'autre part d'inclure une indemnité mensuelle « de communication », une vingtaine d'euro pour la métropole à titre indicatif, qui permettrait aux patients évasanés de prendre un abonnement téléphonique internet mobile et d'utiliser l'application Skype pour garder visuellement le contact avec leurs proches.

A noter que dans ce cadre, des délais importants et des lourdeurs dans la procédure de remboursement, parfois plusieurs mois, nous ont été signalés : acheminement compliqué mais obligatoire de la version originale du « calendrier » à l'antenne CPS attestant les jours de non hospitalisation du bénéficiaire, même s'il s'agit de l'accompagnateur agréé.

Une démarche de contrôle de gestion en interne à la Caisse serait pertinente pour objectiver au mieux cet aspect sensible de l'accompagnement financier et étudier les possibilités de la dématérialisation du calendrier pour simplifier la procédure.

En outre, cette aide est versée sur le compte bancaire local du bénéficiaire, lequel ne dispose pas toujours de carte bleue internationale. Se pose alors la problématique de l'acheminement de ces sommes en France ou en Nouvelle-Zélande (mandat ou virement).

Il conviendrait également d'étudier la possibilité de l'octroi d'avances pécuniaires dans certains cas, la durée de la procédure de remboursement des frais pouvant s'avérer préjudiciable aux personnes en situation précaire.

Enfin, il convient également de privilégier, au bénéfice des personnes les plus démunies, des hébergements dans lesquels les repas sont compris.

Il est vraiment important de se rendre compte que les bénéficiaires, directs ou indirects, de ce dispositif sont fortement perturbés par cette annonce d'évasan et que leur capacité d'attention en ces circonstances est considérablement amoindrie.

L'ensemble des intervenants publics et privés se doit, en ces circonstances humaines toujours difficiles, de faire preuve d'une réelle capacité d'empathie et d'une

PRÉCONISATION 17

Réévaluer, le cas échéant, l'indemnité de séjour ; y intégrer une nouvelle compensation permettant la souscription d'un abonnement téléphonique avec internet mobile

grande compassion à travers la mise en place d'un réel soutien psychologique adapté aux différentes personnes.

Dans ce même état d'esprit, une réforme du code de travail polynésien pourrait également être envisagée pour permettre notamment :

- le don de congés payés au sein d'une entreprise au profit d'un accompagnateur familial salarié ;
- le maintien des droits sociaux pour un accompagnateur agréé lors d'une évasan de longue durée (à titre d'exemple, la durée d'une évasan pour une greffe du cœur est en moyenne de 23 mois) au cours de laquelle, le ressortissant ouvrant-droit salarié ou non salarié, perdrait son activité ;
- le droit à la suspension du contrat de travail pour l'accompagnateur familial, sous conditions.

A l'instar de cette réforme du code du travail polynésien et en considérant la situation des patients mineurs, une réflexion autour de la question de l'indemnité congé parental se pose. En effet, sans même

parler des évasan de longue durée, le temps de séjour moyen en France de 66 jours, pose de sérieuses difficultés aux accompagnateurs qui, bien souvent, n'ont d'autre choix que de solliciter un arrêt maladie une fois leur solde de congés disponible épuisé.

A titre d'information et pour la métropole, il existe une prestation légale dite « congé parental » qui est financée par

PRÉCONISATION 18

Mettre en place un outil de contrôle interne à la CPS pour optimiser le remboursement des frais avancés par les bénéficiaires (patients et accompagnateurs agréés) au titre des indemnités de séjour et simplifier la procédure ad hoc



la branche famille garantissant une indemnité de pertes de revenus.

Enfin, il conviendrait également de prévoir la réalisation d'une étude médico-économique approfondie pour analyser les conditions de faisabilité de l'élargissement des circonstances d'octroi d'un accompagnateur agréé, au regard des besoins psychosociologiques du patient et des capacités de financement du dispositif. Ce travail serait également une opportunité pour objectiver, de manière transparente, les critères décisionnels en la matière, ce qui devrait être fortement apprécié par l'ensemble des bénéficiaires.

PRÉCONISATION 19

Prévoir une consultation par un psychologue au bénéfice du patient et de son accompagnateur agréé avant le départ pour identifier, en amont, d'éventuels risques de rupture psychosociale

PRÉCONISATION 20

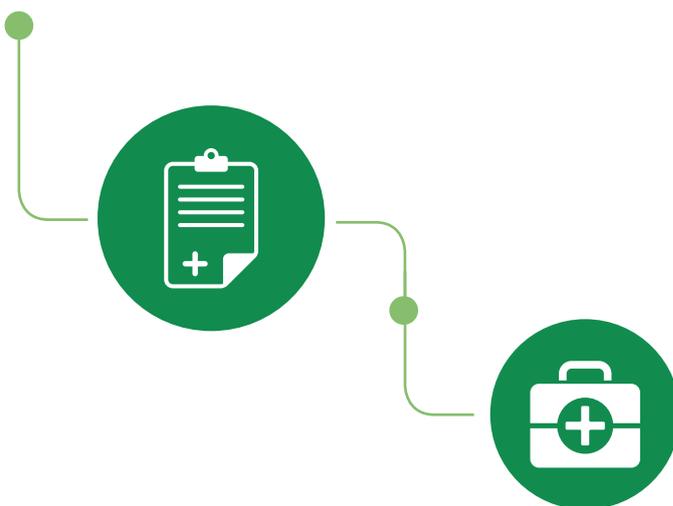
Modifier le code de travail polynésien pour prévoir le don de congés, le maintien des droits sociaux et le droit à la suspension du contrat de travail des accompagnateurs familiaux, sous conditions

PRÉCONISATION 21

Réaliser une étude technico-économique sur la faisabilité de la mise en place d'une indemnité congé parental

PRÉCONISATION 22

Réaliser une étude médico-économique approfondie visant l'élargissement des conditions d'octroi d'un accompagnateur agréé



3.4 Un renforcement de l'accès à l'information en matière d'aides sociales disponibles

Comme évoqué, l'information des bénéficiaires, même si elle peut être notablement améliorée, est déjà une préoccupation concrète des différents intervenants et en particulier de l'organisme gestionnaire du dispositif qu'est la Caisse de prévoyance sociale.

A cette fin, des guides spécifiques ont été publiés en 2011 et 2012 respectivement pour les bénéficiaires d'évacuations sanitaires en Nouvelle Zélande et en France (annexes 24 et 25).

Si ces ouvrages sont riches d'informations, tous ne sont plus d'actualité et nécessitent d'être rapidement réactualisés, traduits en tahitien, dématérialisés et accessibles via les réseaux sociaux.

Il conviendrait en outre d'y intégrer explicitement :

- une information sur les modalités de sollicitation et de fonctionnement de la commission de recours prévue par l'article 12 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001;

- une enquête de satisfaction type à retourner à la CPS en fin d'évasan, afin d'identifier rapidement les éventuels dysfonctionnements rencontrés et de pouvoir suivre en continu le niveau de satisfaction des Polynésiens en la matière ;

- les explications sur les modalités de versement des indemnités de séjour ;

- des informations sur le fonctionnement bancaire des mandats et sur les modalités d'ouverture rapide de compte bancaire en métropole si besoin ;

- une information des ressortissants des régimes métropolitains des conditions de prise en charge financière lors d'une évacuation sanitaire dans l'hexagone ;

- la procédure à suivre, et les contacts ad hoc chez Europe Assistance Océanie en charge du rapatriement diligent, en cas de décès, de la dépouille mortelle et de la gestion d'éventuelles problématiques administratives.

En outre, il conviendrait de prévoir une documentation spécifique aux aides sociales disponibles qui expliciterait simplement les droits des bénéficiaires et les modalités de mobilisation de ces aides. Celles-ci devraient être simplifiées du fait de la mise en place prochaine à la CPS d'un guichet unique, déjà prévu règlementairement par l'article 15 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001, en raison de l'intégration de la gestion des affiliés au RSPF par la Caisse. Par le passé, cette gestion était assurée par la Direction des affaires sociales. Ceci devrait aussi permettre d'optimiser l'information de tous les bénéficiaires et l'allocation des aides d'urgence existantes en numéraire pour les plus démunis.

Ces outils devront être largement diffusés à tous les intervenants du domaine et en particulier aux associations qui interviennent en amont du départ, ou au service social du CHPF dans le cas d'évacuation sanitaire urgente pour accompagner au mieux les patients et leurs accompagnateurs, ainsi qu'aux établissements de soins métropolitains ou néo-zélandais qui accueillent régulièrement des Polynésiens.

Le succès médical de l'évacuation sanitaire dépend fortement de l'état psychosocial du patient.

PRÉCONISATION 23

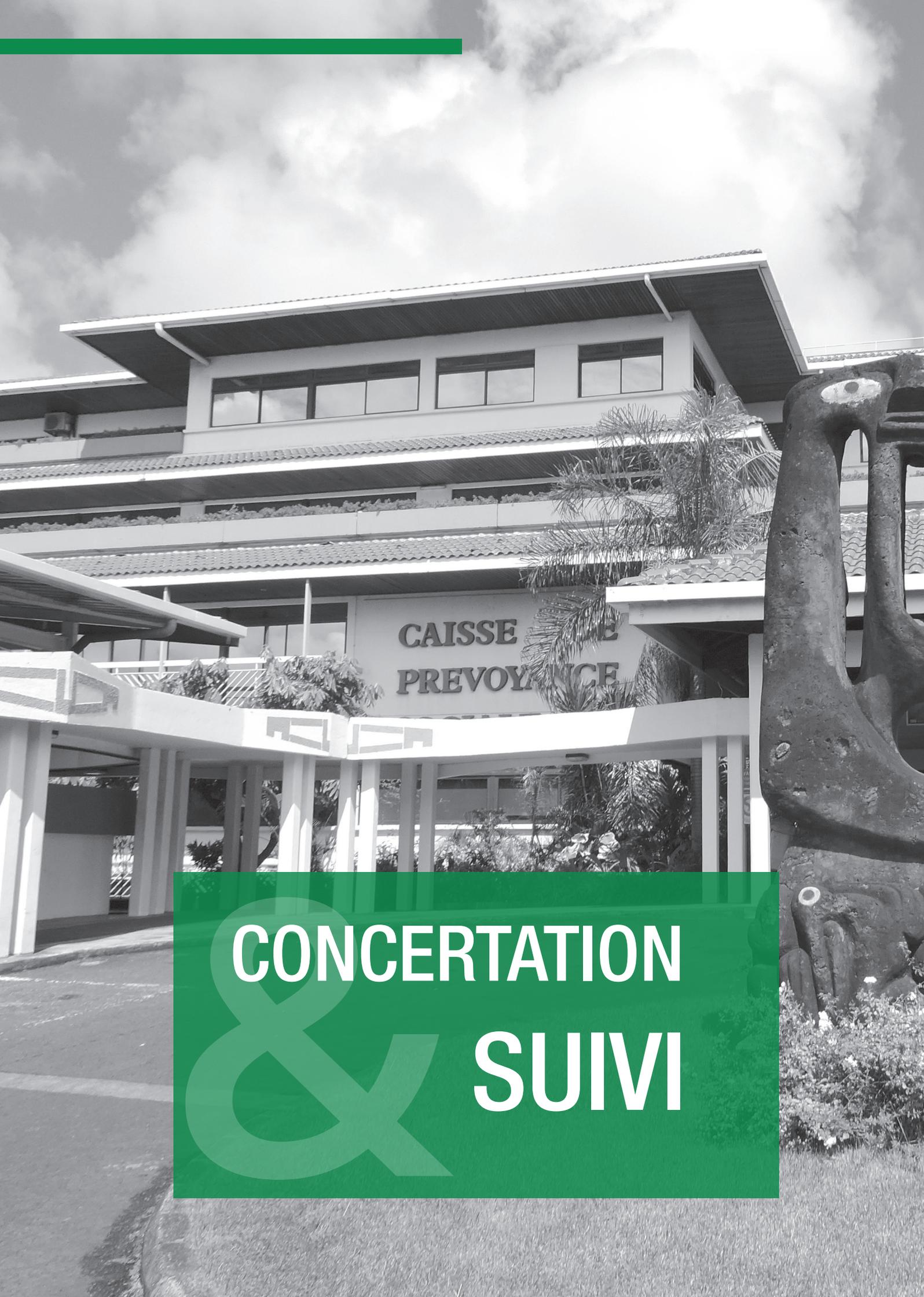
Réactualiser et compléter les guides relatifs aux évacuations sanitaires en France et en Nouvelle Zélande, les traduire en tahitien et prévoir leur dématérialisation

PRÉCONISATION 24

Doter le guichet unique d'information de la CPS d'un recueil des aides sociales disponibles et des modalités d'obtention, le remettre aux Polynésiens concernés et en faire la publicité

PRÉCONISATION 25

Mettre en place des campagnes d'information médiatisée sur les dispositions existantes lors d'une évacuation sanitaire internationale



CAISSE
PREVOYANCE

**CONCERTATION
& SUIVI**

4 UNE PLUS LARGE CONCERTATION AU SERVICE D'UN MEILLEUR SUIVI

4.1 La simplification et la sécurisation du partage des données médicales

Le nombre croissant des évassans et le poids économique qu'elles font peser sur les dépenses de maladies, la logistique et la préparation qu'elles imposent, les difficultés psychologiques et matérielles à vivre cet éloignement pour les patients et leurs accompagnateurs poussent à l'amélioration du dispositif notamment par un meilleur partage des données médicales.

Mieux informer le patient au départ en Polynésie française, sur place en métropole ou en Nouvelle Zélande, mais également au retour de son voyage nécessitent de mettre en place des procédures claires et bien définies.

Les professionnels de la santé considèrent qu'il est indispensable de disposer aujourd'hui d'une organisation médicale globale visant une gestion coordonnée, centralisée et surtout informatisée des transferts sanitaires incluant toute l'information nécessaire au suivi personnalisé, médical et social de chaque malade. Ces informations devront être obligatoirement renseignées à toutes les étapes du dispositif et consultables par chacun des intervenants médicaux du processus.

Dans le cadre de la convention liant la CPS et l'entreprise Europ Assistance Océanie, il est prévu la mise

en place d'un logiciel de gestion des données des évacuations sanitaires à la disposition des partenaires. Pour chaque évasan, le recueil des données devrait s'attacher à définir les caractéristiques de la demande (origine, motif, établissement receveur, solutions adoptées, ...); les indications médicales (type de spécialité, état du patient, motif de transfert, nom du médecin, ...); les données quantitatives permettant d'évaluer la rapidité d'intervention, les coûts par dossier et le type de destination ; les données qualitatives permettant de vérifier l'adéquation entre la situation et la réponse apportée ; les données aéronautiques (événements, incidents, décès, pertes ou dommages matériels, ...). En outre, le prestataire se chargera de saisir les informations fournies par la CPS, lui transmettra en retour les données informatiques, assurera la maintenance du logiciel et s'engagera même à dispenser les formations adéquates pour l'utilisation du logiciel. Cette base

de données, à dominante logistique, serait consultable par tous les intervenants du dispositif. A noter qu'il conviendrait d'envisager une automatisation du transfert des données entre la CPS et EAO, dans un souci d'efficacité.

La Caisse devrait étudier la faisabilité de l'élargissement de cette base de données aux informations médicales spécifiques à chaque patient

PRÉCONISATION 26

Rendre opérationnel et partageable le dossier médical individualisé informatisé

ainsi que l'ouverture des droits de consultation de cette base aux professionnels. Ceci aiderait à répondre au besoin formulé par les praticiens de disposer d'informations numérisées permettant le suivi global des malades et de connaître le projet individualisé des soins, particulièrement lors du retour en Polynésie française y compris dans l'île d'origine. Par ailleurs, cela permettrait aux médecins prescripteurs d'être également un relais d'information auprès des patients et de leurs familles.

PRÉCONISATION 27

Éclairer la réflexion prospective en matière d'évacuation sanitaire internationale à l'aune de la révolution technologique médicale en cours

Cette adaptation à l'environnement numérique dans lequel nous vivons aujourd'hui est une réponse adaptée et urgente à la révolution digitale actuelle du monde médical, à l'éloignement et à la dispersion géographique intrinsèque de notre Pays et au déploiement généralisé de l'e-santé (télé-médecine, télé-expertise, télé-assistance etc).

Devrait aussi être envisagée la création d'un secrétariat médical centralisateur qui veillera à rassembler les informations, organiser et coordonner le séjour médical, assurer une continuité dans les soins, officialiser les réseaux médicaux existants et professionnaliser les rapports entre praticiens. Le suivi des patients au retour en Polynésie française pourrait aussi s'améliorer dans le cadre du développement d'un réseau d'hospitalisation à domicile et l'organisation d'une filière de soignants formés.

En outre et en matière de soins, le retour des informations médicales nous a été souligné comme actuellement problématique. Le volume et le nombre de données digitales (images radio, scanner, etc.) est conséquent et l'usage actuel des mails non professionnels est éthiquement dangereux. Par ailleurs, l'utilisation de supports numériques portables privés (CD, clé USB) nous apparaît peu sécurisée et inadaptée.

Il conviendra impérativement de veiller à la bonne compatibilité de cet outil avec le chantier informatique évoqué supra et mené contractuellement par la société EAO. En effet dans un processus organisationnel, la maîtrise des conditions d'élaboration, d'utilisation et de partage de l'information collective est essentielle à une prise en charge coordonnée et efficace du processus, en raison même de la nature intrinsèque de l'évasan.



4.2 Le partage des informations pour améliorer le suivi et réduire l'isolement

Le cadre d'une évacuation sanitaire internationale est paradoxal. Les patients se retrouvent proches de personnes inconnues et loin des personnes connues. En outre, le changement d'environnement est profond et source d'anxiété.

Ce paradoxe génère de la tension qui se traduit par de l'inconfort psychologique.

Pour le minimiser, il faut « rapprocher » les gens, réduire l'isolement, minimiser les occasions de dépaysement et redonner de l'humanité à leur prise en charge.

Le partage des informations entre l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement des bénéficiaires du dispositif est un préalable indispensable.

Pour cela et toujours en respectant la liberté de choix de la personne, les futurs bénéficiaires doivent être vivement encouragés à accepter que leur situation soit communiquée aux différents intervenants, en particulier au monde associatif de terrain, afin que puisse se mettre en œuvre une prise en charge complémentaire et organisée.

PRÉCONISATION 28

Établir un planning commun sectorisé et partagé de visites des Polynésiens en centres de soins ou d'hébergement (une visite systématique le lendemain de l'arrivée)

A titre d'exemple concret, la CPS pourrait établir un planning commun sectorisé et partagé des visites, au profit des patients qui le souhaitent, au sein des structures de soins ou d'hébergement. Il tiendrait compte de la répartition géographique des patients, de la disponibilité des bénévoles des associations, y compris étudiantes si elles le souhaitent, et du déroulement médical des séjours hospitaliers.

4.3 Une évaluation commune pour un meilleur pilotage

Le cadre d'évaluation des évacuations sanitaires internationales (objectifs et comité ad hoc) est déjà réglementairement prévu depuis 2001 de manière expresse.

Ainsi et tel que le stipule l'article 3 de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 « *la mission d'organisation, de suivi et de gestion de l'ensemble du dispositif médical, administratif et social des évacuations sanitaires, par la Caisse de prévoyance sociale, a pour but :*

- de faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessités par une évacuation sanitaire ;
- d'améliorer la qualité de soins et de services aux usagers ;
- de centraliser les données nécessaires à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires ;
- d'informer les pouvoirs publics sur l'évolution de la prestation. »

Pour cela, il est prévu dans son article 18 que « l'analyse des objectifs fixés à l'article 3 de la délibération est effectuée par un comité d'évaluation dont la composition est fixée par arrêté pris en conseil des ministres ».

C'est à ce titre qu'a été instauré par arrêté n° 1058 CM du 29 novembre 2005 modifié, un comité d'évaluation des évacuations sanitaires dont la présidence actuelle est assurée par le ministre en charge de la santé et son secrétariat par la Caisse de prévoyance sociale.

Il est indiqué dans le règlement intérieur de ce comité qu'il doit se réunir « au moins deux fois par an sur convocation de son Président ou à la demande d'un tiers des membres » (annexe 26).

Si le dispositif d'évaluation existe dans les textes, on peut regretter que sa mise en œuvre dans la pratique ne soit pas une réalité puisque la dernière réunion du comité d'évaluation des évacuations sanitaires hors territoire date de juin 2008 (annexe 27).

Comment optimiser et améliorer un tel dispositif aussi sensible et complexe que les évacuations sanitaires internationales sans un pilotage régulier ? Difficile, voire impossible à priori.

Aussi, il est fort probable que l'essentiel des ajustements préconisés dans le cadre de la présente mission d'information, représente des points d'amélioration qui auraient pu, dû, être identifiés dans le cadre des travaux annuels de ce comité et qui relèvent de la bonne gestion du dispositif.

Il serait nécessaire de réactiver ce comité en lui redonnant un souffle nouveau à travers un cadre de réflexion réorienté à court terme sur les risques de ruptures psychosociales et à moyen et long terme,

sur l'appréhension des révolutions technologiques médicales actuelles et leurs impacts futurs en matière d'évacuations sanitaires internationales.

Des améliorations pratiques sur son fonctionnement seraient aussi souhaitables comme sa présidence. Elle mérite d'être confiée au service administratif de pilotage de l'action sanitaire et sociale

qu'est par essence l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS). Les rapporteurs ont noté que très récemment, l'arrêté n° 123 CM du 1er février 2018 a effectivement confié la responsabilité de ce comité à cette dernière. Une représentation associative active pourrait néanmoins y être pertinente.

PRÉCONISATION 29

Réactiver rapidement le comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales et y intégrer une représentation associative locale dynamique



CONCLUSION

Nous le rappelons avec force, le dispositif relatif aux évacuations sanitaires internationales est performant, en particulier dans sa dimension médicale qui en est l'objectif premier.

Le principe de mutabilité du service public sous-tend néanmoins une adaptation permanente des acteurs concernés, en premier lieu la Caisse de prévoyance sociale, en matière de prise en charge sociale et humaine de ses bénéficiaires.

Nous sommes convaincus qu'un renforcement professionnel en compétences dédiées (assistants sociaux, psychologues et visiteurs au sein de l'antenne de la Caisse de prévoyance sociale de Paris), une plus grande coordination et une meilleure communication des intervenants, permettront une amélioration durable de l'accueil et de la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle Zélande, ainsi que de leurs accompagnateurs.

La puissance publique devra également s'inscrire à nouveau dans une démarche régulière d'évaluation car un tel dispositif se pilote finement et impose un haut niveau de réactivité pour gérer avec plus d'humanité des situations individuelles toujours délicates.

Par ailleurs, comme pour tous les sujets humains, les raisons des évacuations sanitaires internationales sont multi-causales et l'enjeu socio-économique principal en pratique sur ce sujet demeure son optimisation.

« Plus d'humanité sans efficacité ne serait que belles paroles ». (E. Macron)

Aussi, pour donner les moyens aux responsables de faire les meilleurs choix possibles, il est essentiel que la réalisation d'études médico-économiques, à l'instar de celle en cours sur la question du PET SCAN, soit systématisée.

Ces études alimenteront la réflexion de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale et permettront d'orienter au mieux l'évolution de l'offre de soins locale à travers le double prisme de l'efficacité médicale et de sa soutenabilité financière, dans le souci constant et premier de l'amélioration des conditions de prise en charge psychosociales des bénéficiaires.

Enfin et tel qu'annoncé, nous n'avons pas approfondi dans ce rapport de mission d'information la dimension financière des évacuations sanitaires et en particulier ses modalités de financement.

Néanmoins, il est de notre responsabilité de souligner que le coût global (frais médicaux et de transports, accompagnateurs, hébergements...) de ce service public n'est pas marginal, environ 4 milliards de F CFP annuels (soit près de 5% des dépenses de santé), d'autant que certaines tendances démographiques et médicales (vieillesse de la population et prédominance des maladies chroniques) pourraient renforcer le nombre d'évasans à l'avenir.

Dans son rapport de juin 2014 intitulé « La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République », la Cour des comptes indique que :

« La République est une. Si les collectivités d'outre-mer ont un statut qui, aux termes de l'article 74 de la Constitution « tient compte des intérêts propres de chacune d'elles au sein de la République », l'article 72-3 affirme que « la République reconnaît, au sein du peuple français, les populations d'outre-mer, dans un idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité ». À ce titre, s'applique le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui dispose que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la protection de la santé ». Quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, il appartient en dernier ressort à l'État d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé, où qu'il vive, en métropole ou dans les outre-mer. »

Au regard des écrits de la juridiction administrative, nous nous demandons si les évacuations sanitaires internationales ne devraient pas être considérées comme un acte médical de « dernier ressort », dont la prise en

charge financière relèverait alors de la responsabilité de la République, sachant qu'en amont et conformément à l'autonomie statutaire en matière de santé, le Pays aurait pris à sa charge l'accès à une offre de soins locale déjà conséquente (prévention, offre de soins primaire, CHPF équipé et optimisé par la venue de missions d'experts) pour en minimiser le recours.

A noter que la systématisation de l'agrément des accompagnateurs pour l'ensemble des patients évasanés avait été évaluée en 2016 à environ 500 millions de F CFP (1/3 à ce jour en bénéficié seulement).

Ainsi, de manière constructive et respectueuse, il conviendrait d'étudier la possibilité que le coût de la prise en charge médicale des évacuations sanitaires internationales, incluant le transport avec la mobilisation à nouveau d'un dispositif tel que celui de la continuité territoriale, soit assuré par l'Etat. La collectivité, à travers la Caisse de prévoyance sociale, s'occuperait alors de celui lié à la prise en charge psychosociale du dispositif.





CONCEPTION ÉDITORIALE : SERVICE DES ÉVALUATIONS ET ÉTUDES
CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE : SERVICE DES SYSTÈMES D'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION
PHOTOGRAPHIES : DROITS RÉSERVÉS

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE – MARS 2018



**R A P P O R T
M I S S I O N
D'INFORMATION**

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE



Rue du Docteur Cassiau - BP 28 - 98713 Papeete Tahiti

Téléphone : (00 689) 40 41 63 00

Courriel : bureau_courriers@assemblee.pf

Site internet : www.assemblee.pf