

Papeete, le 10 JUIN 2026

N° 50-2026

RAPPORT

relatif à un projet de délibération portant approbation du schéma
d'organisation sanitaire 2026-2031,

présenté au nom de la commission de la santé et des solidarités,

par Mesdames les représentantes Patricia PAHIO-JENNINGS
et Sylvana TIATOA

**Document mis
en distribution**

Le 10 JUIN 2026

Monsieur le Président,
Mesdames, Messieurs les représentants,

Par lettre n° 244/PR du 19 janvier 2026, le Président de la Polynésie française a transmis aux fins d'examen par l'assemblée de la Polynésie française, un projet de délibération portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2026-2031.

I. Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021

Approuvé par la délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016, le schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016-2021, prorogé jusqu'en janvier 2023¹ puis jusqu'au 30 juin 2025², s'appuyait sur la politique de santé de la Polynésie française, définie dans les orientations stratégiques 2016-2025. Celles-ci offraient une vision d'ensemble du secteur et des évolutions à suivre, tandis que le SOS 2016-2021 déclinait les orientations et définissait des priorités de santé.

Ce SOS présentait 6 axes majeurs, avec 24 orientations et 76 actions, visant à :

- Axe 1 : Restaurer l'Autorité du Pays ;
- Axe 2 : Améliorer la santé primaire dans les Archipels ;
- Axe 3 : Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins ;
- Axe 4 : Réinvestir la prévention et la promotion de la santé ;
- Axe 5 : Relever le défi du bien vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité ;
- Axe 6 : Instaurer un espace numérique de santé polynésien.

À noter que le SOS 2016-2021 a été accompagné de plusieurs plans et schémas qui ont permis d'opérationnaliser sa stratégie, notamment le schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022, le Plan cancer polynésien 2018-2022, le Plan santé mentale 2019-2023, le programme de lutte contre le RAA en Polynésie 2019-2023, etc.

¹ Prorogation du SOS 2016-2021 prévue par l'article LP 81 de la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 : « À titre transitoire, le schéma d'organisation sanitaire 2016-2021 adopté par l'assemblée de la Polynésie française par la délibération n° 2016-12 APF du 16 février 2016, est prorogé jusqu'à la publication du schéma mentionné à l'article LP 2 pris en application de la présente loi du pays et au plus tard trois ans après la promulgation de la présente loi du pays. »

² Délibération n° 2023-32 APF du 1^{er} août 2023

Le bilan du SOS, arrêté en 2025, est contrasté. En effet, sur les 76 actions prévues, seules 42 ont été finalisées. Si certaines avancées sont significatives notamment dans les Axes 2 et 3 pour les soins primaires (64 % d'actions réalisées en matière de consultations avancées et de télé-médecine) et l'adaptation de l'offre de soins (67 % d'actions réalisées en matière de dialyse, oncologie et santé mentale), plusieurs axes stratégiques affichent des taux de réalisation faibles : la prévention (Axe 4 : 44%), le « bien vieillir » (Axe 5 : 41 %) et le numérique en santé (Axe 6 : 36 %).

La Chambre territoriale des comptes³ et le bilan intermédiaire réalisé en 2019 ont pointé les limites structurelles suivantes :

- L'absence d'une instance clairement identifiée chargée du pilotage stratégique, du suivi et de l'évaluation du schéma ;
- Une coordination insuffisante entre les acteurs du système de santé, limitant la cohérence de l'action publique et l'organisation des filières de soins ;
- L'absence d'objectifs chiffrés, d'indicateurs partagés et de dispositifs d'évaluation, réduisant la capacité à mesurer l'impact réel des actions engagées ;
- Des délais de mise en œuvre souvent irréalistes et une coordination interministérielle insuffisamment structurée ;
- Une politique de ressources humaines insuffisamment anticipée, ne permettant pas de sécuriser durablement les compétences médicales et paramédicales ;
- Des financements insuffisamment associés aux priorités stratégiques, reposant majoritairement sur des arbitrages budgétaires annuels, sans programmation pluriannuelle consolidée.

Face aux évolutions démographiques, sociales, épidémiologiques et organisationnelles du système de santé polynésien — pénurie de soignants, structures hospitalières sous tension, vieillissement de la population, fléau de l'Ice, progression des dépenses de santé, etc. —, une révision profonde du schéma était nécessaire.

II. Nouveau schéma d'organisation sanitaire 2026-2031

Suite aux enseignements tirés du bilan du SOS 2016-2021, le SOS 2026-2031 s'inscrit dans une logique de continuité et d'approfondissement en transformant les bases du schéma précédent en résultats concrets, durables et équitables. Il a pour objectif de privilégier l'optimisation et la mise en cohérence des dispositifs existants avant toute création de nouvelles structures, et introduit une architecture distinguant les orientations stratégiques et plans d'action opérationnels, adossée à un pilotage renforcé par la donnée et l'évaluation systématique.

Le nouveau SOS a été conçu pour mobiliser au maximum des ressources existantes (*budget général du Pays, budgets du fonds de protection sociale universelle et du fonds de prévention et de lutte contre les addictions*). Ce document présente également les coûts et modalités de financement des actions qu'il propose.

Le SOS 2026-2031 propose une organisation pensée comme un Va'a Ora — « la pirogue de la vie » — où chaque rameur (*soignant, commune, patient*) avance de concert vers un cap commun : la santé globale. Il place la prévention, la proximité, la médiation culturelle et l'implication des communautés au cœur des parcours de santé, avec pour ambition de renforcer l'équité d'accès, la qualité des prises en charge et la soutenabilité du système de santé, en articulant prévention, soins, médico-social et numérique.

Dans le cadre de l'élaboration de ce document stratégique (*cf. annexe au rapport*), un benchmark comparatif a été conduit auprès de 4 territoires insulaires, isolés ou à faible densité, confrontés à des contraintes similaires à celles de la Polynésie française (*gestion de l'isolement, attractivité des ressources humaines, innovation en santé, évasans, gestion du vieillissement de la population, intégration des dimensions culturelles et traditionnelles*).

Ce nouveau schéma a également fait l'objet d'une concertation globale (*entretiens, ateliers et consultation citoyenne*) et a mobilisé près de 250 acteurs (*experts, décideurs, professionnels de santé, associations, etc.*).

³ Rapport d'observations définitives de la chambre territoriale des comptes relatif au contrôle des comptes et de la gestion de la collectivité de la Polynésie française (politique de la santé) pour les exercices 2014 à 2018

Le SOS 2026-2031 comprend 5 axes stratégiques qui fixent le cap et 4 piliers qui assurent la structure.

✚ Les 5 axes stratégiques

- Axe 1 – Promouvoir la santé dans les milieux de vie : Cet axe officialise le concept du Va'a Ora comme référentiel culturel. Il s'agit ici de sortir d'une logique purement curative pour agir là où la santé se construit : familles, communes, monde éducatif, jeunesse, société civile.

Cet axe s'articule autour de trois objectifs stratégiques :

- Promouvoir des modes de vie favorables à la santé ;
- Consolider et renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les politiques éducatives et de la jeunesse ;
- Mobiliser les acteurs de proximité pour une santé communautaire.

- Axe 2 – Renforcer les soins primaires de proximité : Cet axe vise à structurer un modèle de soins primaires équitables, lisible et soutenable, garantissant à chaque habitant un accès effectif aux soins de base quel que soit son lieu de résidence. Face à la dispersion géographique, à l'hétérogénéité des infrastructures et à la variabilité de la présence médicale, il s'appuie sur une combinaison de leviers complémentaires : prévention et détection précoce, offre différenciée selon les îles, mobilité sanitaire planifiée, télésanté, unités mobiles polyvalentes et relais communautaires Arata'i Ora.

Cet axe s'articule autour de deux objectifs stratégiques :

- Organiser l'accès équitable aux soins primaires dans tous les archipels
- Renforcer la prévention le dépistage précoces dans les soins primaires

- Axe 3 – Assurer la continuité territoriale, la permanence et les urgences dans tous les archipels : Cet axe vise à garantir une continuité sanitaire effective dans tous les archipels, en assurant la mobilité des patients (Evasans) et des soignants, la réponse médicale d'urgence et la résilience du système face aux crises épidémiques, climatiques ou logistiques.

Cet axe s'articule autour de trois objectifs stratégiques :

- Garantir la continuité territoriale et l'équité d'accès aux soins dans tous les archipels
- Sécuriser la permanence et la réponse médicale urgente sur tout le territoire
- Consolider la résilience sanitaire territoriale

- Axe 4 – Transformer le système hospitalier : Cet axe vise à transformer le système hospitalier polynésien, aujourd'hui fortement centralisé autour du Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF), pour faire face à une hausse attendue du recours hospitalier d'ici 2030, liée au vieillissement, aux maladies chroniques et à la transition épidémiologique.

Cet axe poursuit trois objectifs stratégiques :

- Fluidifier l'aval hospitalier et renforcer la continuité à domicile
- Organiser la gradation et la complémentarité du réseau hospitalier
- Moderniser et accompagner la transformation de l'hôpital polynésien

- Axe 5 – Organiser les parcours de santé et de soins prioritaires : Cet axe vise à faire des parcours de santé un levier central de transformation du système, en passant d'une organisation centrée sur les structures à une logique centrée sur la personne, sa famille et son environnement.

Il s'articule autour de deux dimensions complémentaires : les parcours de santé selon les âges de la vie (*grossesse, enfant, jeune, bien vieillir, soins palliatifs*) et ceux pour les pathologies prioritaires (*cancers, santé mentale et addictions, filière rénale*), toutes deux déclinées en objectifs stratégiques.

Les 4 piliers de la cohésion

- Pilier 1 – Santé numérique, recherche et innovation : Un système moderne a besoin de données fiables. Ce pilier vise à construire un système d'information de santé unifié, sécurisé et souverain. Il ambitionne de moderniser le cadre réglementaire de la télémédecine et de stimuler la recherche locale, notamment en valorisant la pharmacopée locale et la biodiversité polynésienne.
- Pilier 2 – Compétences, attractivité et qualité des pratiques : Le nouveau SOS propose une réforme majeure avec la création d'une fonction publique de la santé pour harmoniser les statuts et favoriser la mobilité. Il prévoit des mesures pour rendre les archipels plus attractifs (*logements, primes*), structurer une filière de formation locale (*via un futur institut polynésien de formation sanitaire*) et faciliter la reconnaissance des diplômés étrangers pour attirer les compétences rares.
- Pilier 3 – Culture et approche du Va'a Ora : Ce pilier vise à reconnaître officiellement le Va'a Ora comme cadre de référence des politiques de santé, de déployer la médiation culturelle dans les soins et d'intégrer les pratiques traditionnelles et complémentaires (*médecines traditionnelles*).
- Pilier 4 – Gouvernance, coopération et soutenabilité : Pour éviter les écueils du précédent schéma, sa gouvernance est entièrement refondée. Un comité de pilotage stratégique et un comité technique opérationnel seront mis en place, dotés d'indicateurs chiffrés et d'une cellule d'évaluation. Le schéma impose également une logique de résultats en conditionnant les financements à l'évaluation des actions. Il encourage la coordination des acteurs privés et publics, la maîtrise des ressources et des dépenses de santé et la coopération régionale.

III. Travaux en commission

L'examen du présent projet de délibération en commission le 8 juin 2026 a été l'occasion pour les représentants présents d'avoir une présentation globale du dispositif proposé, en présence du ministre en charge de la santé et des différents chefs de services et chefs d'établissements publics concernés par la mise en œuvre du nouveau schéma.

Les débats ont porté sur plusieurs chantiers structurants comme l'installation du cyclotron au CHPF, la valorisation des tradipraticiens au sein du système hospitalier, la création d'une fonction publique hospitalière, le dossier médical partagé ainsi que les actions de prévention et de promotion de la santé.

D'autres thèmes ont également été abordés tels que la prévention et le traitement des addictions, le déploiement des actions en matière de lutte contre le VIH, ainsi que le renforcement de la santé mentale et de la prévention du suicide. La question de l'UAPED, unité dédiée à l'accueil des enfants victimes de violences, a suscité des échanges mettant en lumière des blocages administratifs entre le Pays et l'État.

*
* *

À l'issue des débats, le projet de délibération portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2026-2031, a recueilli un vote favorable unanime des membres de la commission.

En conséquence, la commission de la santé et des solidarités propose à l'assemblée de la Polynésie française, d'adopter le projet de délibération ci-joint.

LES RAPPORTEURES

Patricia PAHIO-JENNINGS

Sylvana TIATOA



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
en charge de la Prévention
et de la Protection sociale généralisée

ÉLÉMENTS DE CADRAGE ET DE DIAGNOSTIC DU SCHEMA D'ORGANISATION SANITAIRE 2026–2031

Table des matières

1. Bilan du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016–2021	3
1.1. Ambitions du SOS 2016-2021	3
1.2. Résultats atteints et écarts constatés	3
1.2.1 État d'avancement global	3
1.2.2 Analyse par axe	4
1.2.3 Limites relevées du SOS 2016-2021	4
1.3 Enseignements majeurs tirés du SOS 2016–2021	5
1.4 Perspectives pour le Schéma d'Organisation Sanitaire 2026–2031	5
2. Démarche d'élaboration du SOS 2026–2031	6
2.1 PHASE 1 : Cadrage (institutionnel)	6
2.2 PHASE 2 : Concertation (acteurs de terrain & expertises)	7
2.2.1 Entretiens bilatéraux ou collectifs (Experts, décideurs et acteurs de santé)	7
2.2.2 Ateliers collectifs (territoires & métiers)	8
2.2.3 Consultation citoyenne en ligne	9
2.3 PHASE 3 : Travaux de consolidation & rédaction du SOS	9
3. État des lieux	10
3.1 Santé au fenua	10
3.1.1 Transformations démographiques et sociales	10
3.1.2 État de santé de la population	11
3.1.3 Organisation de l'offre de soins	12
3.1.4 Ressources humaines en santé	15
3.1.5. Médico-social et accompagnement	16
3.2 Etat au 1 ^{er} novembre 2025 des capacités activités et équipements installés et ayant bénéficié d'une autorisation	18
4. Benchmark comparé des territoires insulaires et isolés	20
4.1 Contexte et objectifs de l'analyse	20
4.2 Analyses comparées par thématiques	20
4.2.1 La gestion de l'isolement	20
4.2.2 L'attractivité des ressources humaines en santé	21
4.2.3 L'innovation en santé	22
4.2.4 L'organisation du recours	23
4.2.5 La gestion du vieillissement de la population	24
4.2.6 L'interculturalité et les pratiques complémentaires	26

1. Bilan du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016–2021

1.1. Ambitions du SOS 2016-2021

Le SOS 2016–2021, prorogé jusqu'en 2025, avait pour ambition de moderniser un système de santé centralisé et peu régulé, afin de l'adapter aux contraintes géographiques et aux évolutions épidémiologiques du Pays.

Il avait pour priorités :

- La refondation de la gouvernance sanitaire
- Le renforcement de l'équité et de l'accès aux soins dans les archipels
- L'adaptation de l'offre de soins à la progression des maladies chroniques
- Le développement de la prévention et de la promotion de la santé
- L'accompagnement du vieillissement de la population
- L'émergence d'un espace numérique de santé

Ces priorités ont été déclinées au sein de six axes stratégiques, déclinés en 24 orientations et 76 actions :

1. Restaurer l'autorité du Pays (6 orientations, 13 actions)
2. Améliorer la santé primaire dans les archipels (4 orientations, 14 actions)
3. Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins (5 orientations, 12 actions)
4. Réinvestir la prévention et la promotion de la santé (3 orientations, 9 actions)
5. Relever le défi du bien vieillir (3 orientations, 17 actions)
6. Instaurer un espace numérique de santé polynésien (3 orientations, 11 actions)

Ce Schéma était complété par plusieurs plans sectoriels adoptés sur la même période :

- Le Plan Cancer 2018–2025
- Le Plan Santé mentale 2019–2023
- Le Programme Addictions 2019–2023
- Le Schéma de prévention et de promotion de la santé 2018–2022

1.2. Résultats atteints et écarts constatés

1.2.1 État d'avancement global

Le bilan en 2025 :

- 42 actions finalisées (55 %)
- 16 en cours (21 %)
- 14 non commencées (18 %)

- 4 abandonnées (5 %)

Ces résultats traduisent des niveaux de maturité variables selon les thématiques, avec une progression plus marquée sur les volets curatifs et organisationnels que sur les volets transversaux.

1.2.2 Analyse par axe

Axes ayant connu les avancées les plus significatives

- Axe 2 – Améliorer la santé primaire dans les archipels (64 % d’actions réalisées, aucune abandonnée) : développement des consultations et soins avancés (CSA), déploiement de la télémédecine, renforcement des équipements de proximité.
- Axe 3 – Adapter l’offre de soins à l’évolution des besoins (67 % d’actions réalisées) : montée en charge de la dialyse, structuration progressive des filières cancer et santé mentale, développement du SSR et de l’ambulatoire, premières démarches d’optimisation et de mutualisation des fonctions logistiques.

Axes ou orientations demeurant plus fragiles

- Axe 1 – Restaurer l’autorité du Pays et renforcer la gouvernance sanitaire (61 % des actions réalisées, mais près de 38 % en cours) : avancées partielles en matière de planification et d’observation de la santé, mais cadre réglementaire et organisationnel insuffisamment stabilisé pour permettre un pilotage pleinement effectif.
- Axe 4 – Réinvestir la prévention et la promotion de la santé (44 % d’actions réalisées) : actions restées en retrait face à la pression curative et à l’absence d’évaluation systématique.
- Axe 5 – Relever le défi du bien vieillir (41 % d’actions réalisées, 35 % non commencées ou abandonnées) : articulation encore incomplète entre sanitaire, médico-social et accompagnement à domicile.
- Axe 6 – Soutenir l’ensemble des efforts par un espace numérique de santé polynésien (36 % réalisées) : déploiements ponctuels réalisés, mais absence d’un cadre juridique, organisationnel et infrastructurel suffisamment stabilisé.

1.2.3 Limites relevées du SOS 2016-2021

Les constats formulés par la Chambre territoriale des comptes (2018), confirmés lors du bilan intermédiaire (2019), mettent en évidence plusieurs limites structurelles dans la mise en œuvre du Schéma d’Organisation Sanitaire 2016–2021.

Ils soulignent notamment :

- L’absence d’une instance clairement identifiée chargée du pilotage stratégique, du suivi et de l’évaluation du Schéma
- Une coordination insuffisante entre les acteurs du système de santé, limitant la cohérence de l’action publique et l’organisation des filières de soins
- L’absence d’objectifs chiffrés, d’indicateurs partagés et de dispositifs d’évaluation, réduisant la capacité à mesurer l’impact réel des actions engagées
- Des délais de mise en œuvre souvent irréalistes et une coordination interministérielle insuffisamment structurée
- Une politique de ressources humaines insuffisamment anticipée, ne permettant pas de sécuriser durablement les compétences médicales et paramédicales

- Des financements insuffisamment associés aux priorités stratégiques, reposant majoritairement sur des arbitrages budgétaires annuels, sans programmation pluriannuelle consolidée.

Ces limites ont restreint la portée opérationnelle du Schéma et freiné la cohérence entre les différents plans sectoriels, malgré la pertinence des orientations retenues.

1.3 Enseignements majeurs tirés du SOS 2016–2021

L'analyse du Schéma d'Organisation Sanitaire 2016–2021 permet de dégager plusieurs enseignements structurants pour l'évolution du système de santé polynésien.

Elle montre en premier lieu que la réussite des réformes repose sur un pilotage clairement structuré, doté d'une responsabilité identifiée, capable d'assurer la coordination, le suivi et l'évaluation des orientations stratégiques du schéma, en articulation avec les différents acteurs du système de santé.

Elle met également en évidence le rôle central de la donnée dans le pilotage des politiques de santé. L'absence de systèmes d'information intégrés et d'indicateurs partagés a limité la compréhension fine des besoins, l'évaluation des actions engagées et le développement d'une approche coût-efficacité, notamment en matière de prévention.

Par ailleurs, les constats issus du SOS 2016–2021 et les observations de la Chambre territoriale des comptes mettent en évidence les limites d'une prévention insuffisamment structurée, fragmentée et majoritairement hospitalo-centrée, soulignant la nécessité de développer une approche globale, coordonnée à l'échelle du Pays et mieux articulée aux dynamiques communautaires et culturelles.

Enfin, certaines réponses organisationnelles inspirées de modèles extérieurs se sont révélées insuffisamment adaptées aux réalités géographiques, culturelles et démographiques du Pays, soulignant la nécessité de concevoir des solutions ancrées dans les spécificités polynésiennes.

1.4 Perspectives pour le Schéma d'Organisation Sanitaire 2026–2031

Au regard des enseignements tirés du bilan du SOS 2016–2021, le Schéma d'Organisation Sanitaire 2026–2031 s'inscrit dans une logique d'évolution et de consolidation, plus que de rupture. Il vise à transformer les fondations posées par le schéma précédent en résultats mesurables, soutenables et équitables, en corrigeant les fragilités identifiées en matière de pilotage, de lisibilité et d'évaluation.

Il privilégie en priorité l'optimisation, la consolidation et la mise en cohérence des dispositifs existants, avant la création de nouvelles structures ou de nouvelles organisations.

Le nouveau schéma opère un changement de méthode, en s'appuyant sur une architecture stratégique plus lisible et hiérarchisée, distinguant clairement les orientations stratégiques des plans opérationnels. Il repose sur un pilotage renforcé, fondé sur les données, l'évaluation systématique des actions et l'adaptation progressive des financements aux impacts observés.

Il affirme enfin une approche à l'échelle locale et culturellement adaptée de la santé, en cohérence avec le concept du *Va'a Ora*, plaçant la prévention, la proximité, la médiation culturelle et l'implication des communautés au cœur des parcours de santé.

Le SOS 2026–2031 vise ainsi à renforcer l'équité d'accès, la qualité des prises en charge et la soutenabilité du système de santé sur l'ensemble du Fenua, en articulant de manière cohérente prévention, soins, médico-social et numérique.

2. Démarche d'élaboration du SOS 2026–2031

L'élaboration du présent SOS s'est articulée autour de 3 temps distincts sur une durée de 8 mois, qui ont permis de mobiliser l'ensemble des parties prenantes du système de santé polynésien, y compris la population.

2.1 PHASE 1 : Cadrage (institutionnel)

La première phase de cadrage a permis de mettre en évidence les grands enjeux associés à l'état de santé de la population polynésienne et à l'organisation des soins. Elle s'est appuyée sur des entretiens approfondis avec les représentants des principaux établissements et administrations de la santé de la Polynésie française, ainsi que sur l'analyse d'un large corpus documentaire composé de plus de 70 sources : rapports, analyses, documents cadre. Un benchmark avec les autres territoires insulaires et isolés a également été réalisé. Ce travail a abouti à la mise en évidence partagée par l'ensemble des acteurs d'un regard sur l'état de la santé de la population et l'organisation actuelle du système de santé.

Entretiens bilatéraux

Structures	Interlocuteurs / Fonctions
CHPF	Direction générale et direction adjointe en charge de la stratégie
ARASS	Direction, services médicaux, affaires juridiques et projets stratégiques
Direction de la Santé	Direction, direction adjointe, direction des soins, services de santé publique
CPS	Direction générale et direction des prestations de la PSG
Fare Tama Hau	Direction
Ministère de la Santé	Ministre

Des propositions d'actions à mettre en œuvre pour chaque orientation stratégique du SOS ont été construites dans un cadre partenarial entre les principaux acteurs de la santé du Pays. Cette phase de travail a permis de structurer la gouvernance en charge du pilotage et du suivi du SOS, ainsi que de cadrer les travaux nécessaires à son opérationnalisation.

2.2 PHASE 2 : Concertation (acteurs de terrain & expertises)

La phase de concertation s'est révélée cruciale dans l'élaboration du SOS. Elle a mobilisé plus de 250 personnes parmi l'ensemble des parties prenantes du système de santé polynésien, et ce dans l'ensemble des archipels du Pays. L'approche retenue a permis de s'adapter aux enjeux et spécificités de chaque population, afin de recueillir les fruits de l'intelligence collective. La concertation s'est ainsi organisée en 4 temps :

- L'organisation d'entretiens bilatéraux ou collectifs avec des parties prenantes et experts du système de santé polynésien.
 - o Objectifs associés : stabiliser les enjeux de l'organisation sanitaire en Polynésie française ; cadrer les défis et les orientations stratégiques devant structurer le SOS ; discuter de l'ambition à suivre à horizon 5 ans sur l'organisation de la santé en Polynésie française ; identifier les actions à mettre en œuvre prioritairement
 - o Résultats : la réalisation d'une trentaine d'entretiens ayant mobilisé plus de 60 interlocuteurs aux profils variés (ministres et directeurs de cabinet, élus, Tavana, représentants d'organismes publics, associations, directeurs d'établissements de santé, professionnels de santé)
- L'organisation d'ateliers de travail collectifs dits de « territoires ».
 - o Objectifs associés : consulter l'ensemble des archipels et comprendre leurs spécificités ; mettre en exergue les priorités à intégrer au SOS ; identifier les spécificités de l'organisation de la santé de chaque archipel ; discuter et approfondir la structure du SOS ; identifier les orientations stratégiques et actions à porter dans le cadre du SOS.
 - o Résultats : 7 ateliers conduits dans les archipels ayant rassemblé au total près de 150 personnalités (représentants et élus locaux, directions des établissements de santé publics et privés, professionnels de santé, confessions religieuses, associations).
- L'organisation d'ateliers de travail collectifs dit de « métiers ».
 - o Objectifs associés : identifier les principaux enjeux et difficultés relatifs aux métiers de la santé en Polynésie ; mettre en exergue les priorités à intégrer au SOS ; discuter et approfondir la structure du SOS ; identifier les orientations stratégiques et actions à porter dans le cadre du SOS.
 - o Résultats : 3 ateliers organisés au Salon d'honneur de la Présidence ayant mobilisé près de 50 personnes (professionnels de santé, acteurs de la sphère sanitaire et sociale, élus)
- L'organisation d'une consultation citoyenne en ligne qui a permis identifier les priorités et les besoins de la population polynésienne relatifs à l'organisation de la santé du Pays et à mettre en évidence les principaux obstacle et freins dans l'accès à la santé.

2.2.1 Entretiens bilatéraux ou collectifs (Experts, décideurs et acteurs de santé)

Échanges avec des professionnels de santé, des établissements, des ordres professionnels, des associations, des acteurs sociaux, culturels et communautaires, ainsi que des chercheurs, afin de recueillir une compréhension fine des réalités de terrain et des attentes locales.

Structures / Organisations	Rôle / Expertise mobilisée
Assemblée de la Polynésie française	Commissions santé et éducation
Représentation nationale (Assemblée nationale)	Représentation et vision stratégique
Associations communautaires et culturelles	Approches populationnelles et d'ancrage terrain

Structures / Organisations	Rôle / Expertise mobilisée
Centres d'étude et de recherche (ex. CESMI, ILM, MSH-Pacifique)	Expertise scientifique et santé publique
Services hospitaliers spécialisés (CHPF)	Expertise clinique et organisation des parcours
Cliniques privées	Organisation des soins et articulation public/privé
CESEC	Représentation sociétale et avis consultatif
Commissions / délégations interministérielles	Santé-environnement, climat, inclusion
Établissements de santé des archipels (Uturoa, Moorea, Taravao...)	Organisation territoriale des soins
Ordres professionnels (médecins, pharmaciens, IDE, sage-femmes, dentistes)	Régulation et enjeux d'exercice
Autres experts santé	Retours d'expérience et éclairages stratégiques

2.2.2 Ateliers collectifs (territoires & métiers)

Ces ateliers ont permis de faire émerger les spécificités territoriales, les enjeux métiers et des propositions d'actions partagées pour l'organisation du système de santé.

Type d'atelier	Objectif	Participants mobilisés
Ateliers « territoires »	Identifier les priorités sanitaires propres à chaque archipel et les spécificités organisationnelles locales	Représentants locaux, élus, directions d'établissement, professionnels de santé, associations
Ateliers « métiers »	Identifier les enjeux liés aux pratiques professionnelles, aux conditions d'exercice et aux parcours des patients	Professionnels de santé, ordres, acteurs médico-sociaux, acteurs sociaux, institutions

Résultat : près de 150 personnes mobilisées dans les territoires et 50 professionnels mobilisés dans les ateliers métiers.

2.2.3 Consultation citoyenne en ligne

Une consultation citoyenne en ligne a été organisée afin de recueillir la perception de la population concernant l'accès aux soins, la qualité des services, les priorités de santé et les attentes vis-à-vis du système de santé du Pays.

Objectifs	Méthode	Résultats principaux
Identifier les besoins, attentes et priorités exprimés par la population	Consultation ouverte en ligne et accessible depuis l'ensemble des archipels	Mise en évidence des principaux obstacles d'accès aux soins, des attentes prioritaires en matière de prévention, de qualité de prise en charge et d'égalité territoriale

L'organisation d'une consultation citoyenne en ligne qui a permis d'identifier les priorités et les besoins de la population polynésienne relatifs à l'organisation de la santé du Pays et à mettre en évidence les principaux obstacles dans l'accès à la santé.

2.3 PHASE 3 : Travaux de consolidation & rédaction du SOS

Les contributions issues des entretiens et des ateliers ont été consolidées afin de :

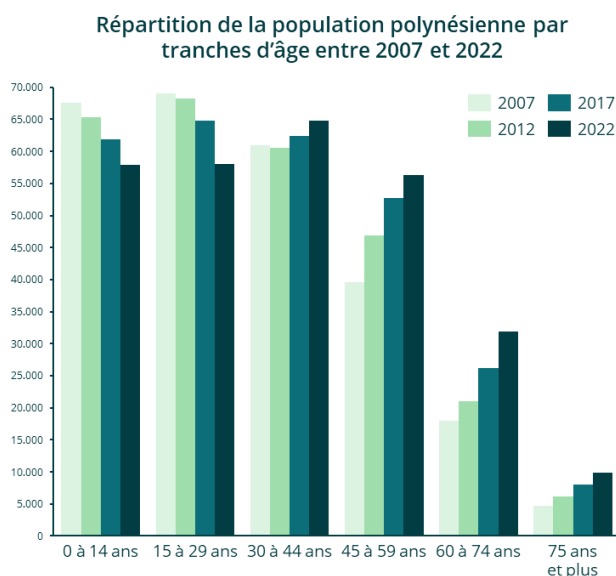
- Définir les orientations stratégiques du SOS
- Élaborer des actions opérationnelles
- Structurer la gouvernance de mise en œuvre et les modalités de pilotage

3. État des lieux

3.1 Santé au fenua

3.1.1 Transformations démographiques et sociales

La Polynésie française compte environ 280 000 habitants en 2024, soit une multiplication par cinq depuis 1945. Après une période de croissance soutenue, la dynamique démographique a nettement ralenti ces dernières années, avec un taux de croissance réduit à 0,05% en 2024, une natalité en baisse (taux brute de natalité de 11,7/1000 en 2024) et un solde migratoire négatif (-1 300 personnes/an entre 2017 et 2022), principalement chez les jeunes adultes dont 1 sur 10 quitte le Pays chaque année. Le vieillissement s'accélère : les 60 ans et plus représentaient 9 % de la population en 2007, 15 % en 2022, et devraient atteindre 25 % en 2040. L'âge moyen est désormais de 35,6 ans. L'espérance de vie à la naissance augmente mais reste inférieure à 80 ans (74,5 ans chez les hommes et 79,1 chez les femmes).



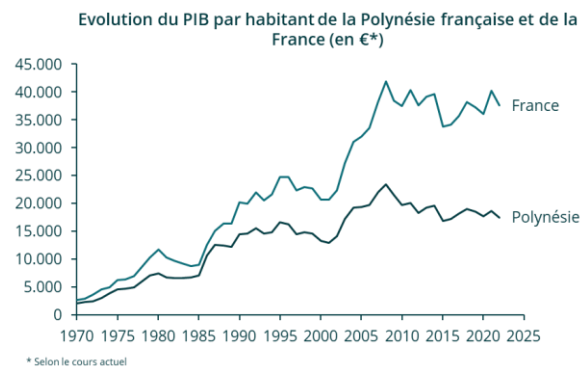
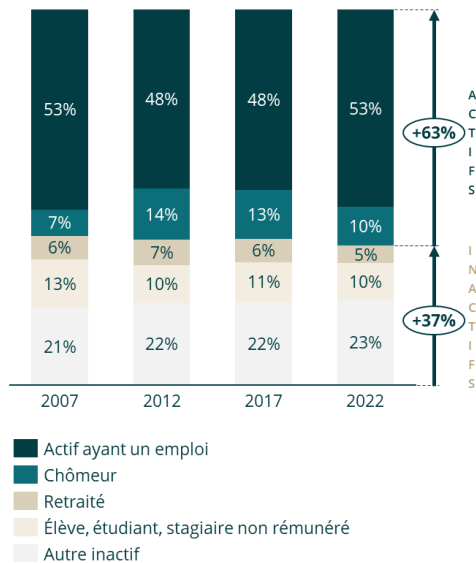
La population est concentrée à 75 % dans les Îles du Vent, tandis que les archipels éloignés (Tuamotu, Gambier, Australes, Marquises) sont marqués par une faible densité de population (souvent moins de 500 habitants par commune), accentuant les difficultés d'accès aux soins.

Les inégalités sociales et économiques restent fortes :

- 26 % de la population vit sous le seuil de pauvreté
- 60 % de la population vit sous le seuil de bas revenu hexagonal
- Chômage global : 8,7 %, atteignant 27 % chez les jeunes
- Le taux d'emploi n'est que de 46.8%
- Seulement 17% de la population adulte a un diplôme d'études supérieures et on estime que l'illettrisme concerne 26% de la population

- L'accès à l'électricité est bien répandu (99.3% de la population), mais celui à l'eau courante (89%) et plus particulièrement à l'eau potable reste insuffisant.

Population de 15 à 64 ans selon le type d'activité



Ces fragilités et ce manque de ressources renforcent les vulnérabilités en santé.

3.1.2 État de santé de la population

- Surpoids et obésité : 75 % des adultes sont en surpoids, dont 48 % au seuil d'obésité. Ce taux d'obésité atteint 23% chez les adolescents. Cette problématique est à l'origine de la majorité des maladies chroniques présentes dans la population.
- Maladies chroniques : Ces maladies sont essentiellement : le diabète (type 2) qui concernerait environ 12% de la population adulte, l'hypertension artérielle (estimée à 35%) et ses complications circulatoires (2ème cause de mortalité), et l'insuffisance rénale chronique (récemment mesurée à près de 3% de la population adulte). La goutte et l'hyperuricémie concernerait également près d'un Polynésien sur cinq.
- Les cancers sont en augmentation (5 % d'incidence/an avec plus de 900 nouveaux cas/an). Ils représentent la première cause de mortalité. Les actions de dépistage restent insuffisantes (les taux de couverture des dépistages du sein par mammographie et du col de l'utérus par frottis sont respectivement de 36 % et 42 %). Les localisations les plus fréquentes sont le sein, l'utérus, la prostate, le poumon, et colorectal. Les mortalités les plus élevées sont liées aux cancers digestifs, pulmonaires et des organes génitaux.
- Santé mentale : 43 % des Polynésiens ont connu un trouble psychique au cours de leur vie. Des tentatives de suicide sont rapportés par 19% des adolescents (Ea piahi 2024) ; 25 décès par suicide ont été déclarés en 2019.
- Vieillesse et dépendance : doublement attendu du nombre de personnes dépendantes d'ici 2040, avec progression des maladies mentales dégénératives, dont Alzheimer.
- Périnatalité : 6 décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vs 3.7 en hexagone.

- Addictions : Le tabagisme et l'alcoolisme restent très prévalents et principaux facteurs de risque de nombreux cancers. Les addictions au cannabis et à l'ICE (méthamphétamine) sont en forte augmentation, avec impacts sanitaires, sociaux et judiciaires.
- Maladies infectieuses : vulnérabilité persistante aux épidémies (dengue et arboviroses, grippe, leptospirose, tuberculose et lèpre), mais aussi à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (26 nouveaux cas en 2024) et aux autres infections sexuellement transmissibles (IST). L'intoxication par ciguatéra ainsi que le rhumatisme articulaire aigu (RAA) représentent également des pathologies de forte incidence en Polynésie française.
- Spécificités culturelles : recours différé aux soins, importance de la spiritualité, utilisation culturelle du Ra'au Tahiti.

3.1.3 Organisation de l'offre de soins

3.1.3.1 Premier recours – Structures de proximité

Le réseau de premier recours repose quasi exclusivement sur la Direction de la Santé (DS). Selon la DS (2025), il comprend :

- 38 postes de santé (dont 4 sans permanence de soins)
- 25 infirmeries
- 16 dispensaires
- 13 centres médicaux
- 4 hôpitaux périphériques (Uturoa, Taravao, Taiohae, Moorea)
- 20 centres dentaires
- 10 cellules de prévention (santé scolaire, PMI, alcoologie-toxicomanie, etc.)
- 7 cellules de santé environnementale (CSE)

Soit un total de 133 structures sanitaires et de prévention, auxquelles s'ajoutent 8 centres spécialisés (infectiologie, santé scolaire, addictions, Centre d'Addiction Médico-Sociale Précoce (CAMSP), centre médico-social, etc.) et 1 centre de formation.

Ces structures assurent :

- Les soins courants et urgences locales
- La prévention et la promotion de la santé (vaccination, addictions, dépistages, santé maternelle et infantile)
- Le suivi des pathologies chroniques

Cependant :

- La médecine libérale reste concentrée dans l'agglomération de Tahiti
- La prévention primaire demeure insuffisamment structurée
- La dispersion géographique limite la continuité des parcours de soins

3.1.3.2 Second recours

Le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) compte 492 lits, dont 423 en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) et 66 de psychiatrie, + 45 places d'hospitalisation de jour (20 en médecine, 8 en chirurgie et 17 en psychiatrie). Il concentre la quasi-totalité des plateaux techniques

lourds du Pays et dispose seul de certaines spécialités médicales et chirurgicales.

Il est complété par :

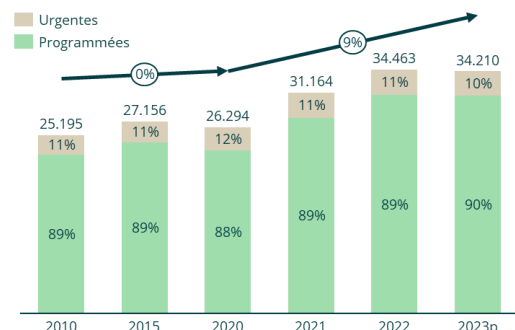
- Uturoa (48 lits, médecine–chirurgie–obstétrique et 3 places MCO)
- Taravao (33 lits, médecine générale + maternité et 4 places de médecine)
- Taiohae (18 lits médecine–chirurgie–obstétrique et 1 place de chirurgie)
- Moorea (10 lits de médecine)

Le secteur privé est concentré à Papeete avec les cliniques Paofai, Cardella, Mamao (149 lits MCO en tout 57 places) et les centres de soins de suite et de réadaptation SSR Ora Ora et Centre Te Tiare (72 lits et 10 places de SSR en tout).

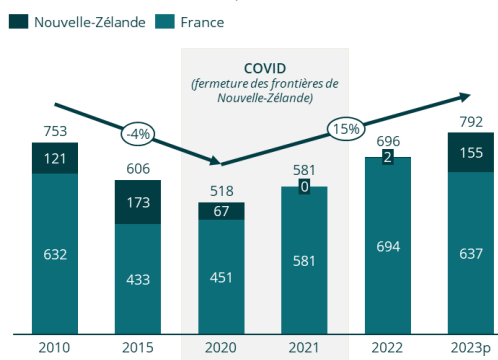
3.1.3.3 Troisième recours – Évacuations sanitaires (EVASAN)

- 40 000 transferts inter-îles/an pour 20 000 patients (≈100/jour) en 2025. Evasan inter îles urgentes 2 milliards, EVASAN inter îles non urgentes 1.7 milliards.
- 600 à 700 évacuations internationales/an (principalement cancers, cardiologie, Tep scan et grands brûlés) 2.6 milliards.
- Coût total ≈ 6.3 Mds F CFP/an.

Evolution du nombre d'évasans inter-îles
Par typologie, 2010 à 2023p



Evolution du nombre d'évasans internationales
Par destination, 2010 à 2023p



Quand ils sont acceptés par le patient, ces transferts peuvent entraîner :

- Ruptures familiales et sociales
- Isolement des patients
- Déscolarisation et perte d'emploi des accompagnants

3.1.3.4 Réseau inter-île de consultations et soins avancés (CSA)

Des soins spécialisés de proximité sont délivrés dans les îles par l'envoi de médecins spécialistes dans les îles pour répondre aux besoins des patients de la structure de l'île concernée et limiter les EVASAN pour consultations. Ce dispositif est coordonné par la DS, en lien avec le CHPF, la CPS et l'ARASS. A compter de 2026, ces consultations spécialisées avancées évoluent vers un dispositif de consultations et soins avancés (CSA) pour permettre la participation à ce dispositif de tout professionnel de santé (libéraux, publics et professionnels des établissements publics ou privés) et

sur l'ensemble du Pays afin de répondre à l'ensemble des besoins de soin identifiés. Le dispositif évolue également pour permettre le télésuivi des patients.

3.1.3.5 Analyse transversale

Constats :

- Offre concentrée sur Tahiti
- Faible autonomie sanitaire des archipels
- Dépendance au secteur public hospitalier
- Complémentarité public/privé limitée
- Fragilité des ressources humaines

Type de structure	Localisation	Capacités / Activités	Limites principales
Centre Hospitalier de la Polynésie française (CHPF)	Tahiti	~492 lits, plateau technique complet (chirurgie, oncologie, réanimation, dialyse, imagerie)	Saturation de certains services, centralisation excessive
Hôpitaux périphériques	Uturoa (Raiatea), Taravao (Tahiti Iti), Taiohae (Nuku Hiva), Moorea	20–50 lits chacun (Moorea 10 lits), médecine générale et soins courants	Pas de réanimation, chirurgie limitée, dépendance au CHPF
Cliniques privées	Paofai, Cardella, Mamao (Tahiti)	Chirurgie, obstétrique, consultations spécialisées	Infrastructures vieillissantes pour certaines
Structures de santé	Environ 47 structures réparties dans les archipels	Soins primaires, prévention, vaccination, suivi des MNT	Ressources médicales limitées, coordination insuffisante
Secteur médico-social	Tahiti, Raiatea	Quelques unités de vie, et des unités Alzheimer	Personnes âgées dépendantes maintenu autant que possible à domicile avec une offre insuffisante pour les personnes ayant besoins de soins spécialisés
EVASAN	Archipels → Tahiti / métropole	~6.3 Mds CFP/an, transferts vers CHPF et NZ/Métropole	Délais et coûts élevés

3.1.3.6 Enjeux à 5–10 ans

- Soins primaires :
 - Doter les archipels d'un véritable réseau structuré de soins de proximité public/privé afin d'éviter l'engorgement du CHPF et de réduire la dépendance aux EVASAN.
 - Garantir la continuité des parcours de prévention et de soins, avec un renfort des ressources humaines et une intégration systématique de la télémédecine.
- Hôpitaux périphériques et CHPF :

- Moderniser les hôpitaux périphériques pour leur donner une autonomie accrue (notamment en radiologie, urgences, SSR).
- Anticiper la saturation du CHPF (cancérologie, dialyse, réanimation) d'ici 2031.
- Développer l'ambulatoire.
- Complémentarité public/privé :
 - Mettre en place une gradation réelle des soins entre CHPF, hôpitaux périphériques et secteur libéral, avec des conventions et une régulation partagée.
 - Éviter les doublons d'activités coûteuses (chirurgie, imagerie) et privilégier la mutualisation des équipements lourds.
- EVASAN :
 - Réduire de 20 à 30 % le coût des évacuations sanitaires à l'horizon 2036 en développant les alternatives locales (SSR, dialyse, oncologie de proximité, télé-expertise) et en coordination avec le dispositif CSA.
 - Créer un dispositif de régulation centralisée des EVASAN, adossé à la télémédecine.

3.1.4 Ressources humaines en santé

Les difficultés structurelles en ressources humaines pèsent lourdement sur la capacité du système de santé polynésien à répondre aux besoins de la population.

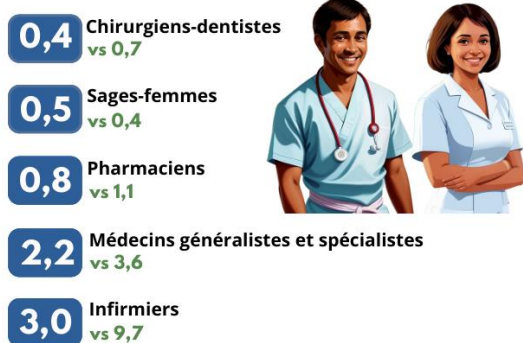
3.1.4.1 Densité médicale et paramédicale

- Médecins : 220 pour 100 000 habitants, soit -40 % par rapport à l'hexagone (360/100 000).
 - Forte disparité : de 79/100 000 dans les archipels éloignés à 435/100 000 dans les Îles du Vent.
 - Spécialités en tension : psychiatrie, gériatrie, oncologie, cardiologie, pneumologie.
- Infirmiers : ratio très insuffisant (sous-estimation probable car non inscription à l'ordre de professionnels du public), avec un déficit estimé à -70 % par rapport à la moyenne hexagonale. Cela limite la couverture des soins de proximité, la surveillance épidémiologique et le suivi des maladies chroniques.

Professionnels de santé

Taux pour 1 000 habitants

Source : Ordres professionnels 2023



Comparaison avec la France entière

Source : DRESS 2023

3.1.4.2 Formation et attractivité

- Formations médicales : l'Université de la Polynésie française (UPF) n'offre que la première année (LAS). Les étudiants poursuivent ensuite à Bordeaux. On observe un faible taux de retour (beaucoup restent en hexagone ou reviennent hyperspécialisés, alors qu'une partie des besoins locaux nécessite une certaine polyvalence pour les soins primaires).
- Formations paramédicales : après plusieurs années sans nouvelles promotions d'infirmiers initiées, elles ont été relancées en 2024 mais avec une capacité encore limitée notamment en raison d'une limite dans les terrains de stage disponibles sur le Pays.
- Attractivité : isolement géographique, coût de la vie élevé, statuts de la fonction publique peu attractifs (durée du travail, pas de temps de travail pouvant être utilisé pour les missions autres que le soin tel que l'enseignement ou la recherche, limite dans l'avancement et dans la reprise d'ancienneté), absence de formation continue obligatoire et financée, surcharge de travail dans les îles éloignées. Il en résulte un turnover élevé, une dépendance aux contractuels hexagonaux et une difficulté à stabiliser les équipes.

3.1.4.3 Enjeux à 5–10 ans

- Besoin de renforcer la formation locale initiale et continue (centre de formation sanitaire et sociale avec filières paramédicales complètes).
- Développer des statuts attractifs et fidélisants, favorisant la mobilité entre toutes les structures publiques.
- Rééquilibrer les effectifs entre Tahiti et les archipels, ou faciliter les déplacements pour répondre de manière coordonnée aux besoins dans les îles pour rationaliser les EVASAN.

3.1.5. Médico-social et accompagnement

Les constats rejoignent ceux du Schéma directeur de l'action sociale et médico-sociale 2025–2030 : un vieillissement rapide de la population, une offre concentrée sur Tahiti, un manque de structures et de professionnels spécialisés, et des inégalités marquées à l'échelle du Pays. Ces éléments confirment la nécessité d'un développement coordonné du sanitaire et du médico-social sur l'ensemble des archipels.

3.1.5.1 Personnes âgées

- Environ 30 structures d'accueil recensées, dont 83 unités de vie de petite taille (≤ 10 places) et 33 familles d'accueil adultes.
- La majorité des personnes âgées restent prises en charge à domicile :
 - 47 % avec leur famille
 - 40 % avec leur conjoint
- Cette organisation repose sur la solidarité traditionnelle mais est fragilisée par :
 - La baisse de la taille des ménages
 - L'émigration des jeunes
 - L'allongement de l'espérance de vie avec polypathologies

3.1.5.2 Personnes en situation de handicap

- 19 établissements médico-sociaux, dont 17 situés aux Îles du Vent
- Capacité totale : 454 places pour adultes et enfants confondus
- Offre quasi inexistante dans les archipels éloignés, obligeant à des déplacements coûteux vers Tahiti

3.1.5.3 Fragilités

- Sous-dimensionnement chronique par rapport aux besoins actuels et futurs
- Inégalités massives à l'échelle du Pays (quasi-absence de structures dans les archipels éloignés)
- Manque de professionnels spécialisés (ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés, auxiliaires de vie)
- Absence de filières structurées pour Alzheimer, les troubles neuro-développementaux ou l'autisme

3.1.5.4 Enjeux à 5–10 ans

- Soutenir le maintien à domicile lorsque l'environnement familial le permet, en accompagnant les proches aidants et en renforçant les relais de proximité.
- Développer une offre d'hébergement de petite taille (unités de vie, hébergements intermédiaires) sur l'ensemble du Pays, avec un encadrement garanti et des conditions de vie dignes et adaptées.
- Renforcer les dispositifs de soins et d'accompagnement à domicile (HAD, SSIAD, services à domicile), pour limiter les hospitalisations évitables et permettre la continuité des soins.
- Former et recruter des professionnels spécialisés, notamment en gériatrie, soins palliatifs, santé mentale et coordination de parcours, pour sécuriser la qualité des prises en charge.

3.2 Etat au 1^{er} novembre 2025 des capacités activités et équipements installés et ayant bénéficié d'une autorisation

Disciplines		CHPF	DS-Taravao	DS-Moorea	DS-Uturoa	DS-Taiohae	Clinique Cardella	Clinique Paofai	Clinique Mamao	Isis	Apair-apurad	SFR Te Tiare	SSRP Ora Ora	Total PF	Observations
Médecine	Lit(s)	216	10	6	18	6	20	32						308	
	place(s)	20	3		2		3	2						30	
Chirurgie	Lit(s)	107			10	3	25	29						174	
	place(s)	8			1	1	15	19	11					55	
Gynéco-Obstétrique	Lit(s)	60			12	4	21	21						118	
	place(s)				1		4	3						8	
Psychiatrie adulte	Lit(s)	66												66	
	place(s)													0	
Psychiatrie infanto-juvenile	Lit(s)													0	
	place(s)	17												17	
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	Lit(s)		11	4	6	5						72		98	+ 1 dérogatoire Te Tiare
	place(s)												10	10	+ 11 dérogatoires Ora Ora
Soins de longue durée	Lit(s)	12												12	
	place(s)													0	
HAD	Lit(s)													0	
	place(s)									24				24	
Néonatalogie	Lit(s)	2												2	
	place(s)													0	
Néonatalogie et réanimation néonatale	Lit(s)	29												29	
	place(s)													0	
Neurochirurgie	Lit(s)	11												11	
	place(s)													0	

Transplantation et greffes d'organes (rein)	Lit(s)	3												3	
	place(s)													0	
Greffe de cornée	Lit(s)	1												1	
	place(s)													0	
Dialyse	Centre lourd	22												22	
	UAD ou UDM ou mixte									32	32			64	+3 autorisés mais non installés
	domicile									30	80			110	

ÉQUIPEMENTS MATÉRIELS LOURDS

Nature de l'équipement	CHPF	DS-Uturoa	DS-Taiohae	SARL IRM de TAHITI	SARL SCANNER PAOFAI
IRM	1			1	
Scanographe à usage médical	2	1	1		1
Angiographie numérisée	3				
Caméra à scintillation (gamma caméra)	1				
Gamma caméra couplée à un scanner (TEP-scan)	1				
Caisson hyperbare	1				

4. Benchmark comparé des territoires insulaires et isolés

4.1 Contexte et objectifs de l'analyse

Dans le cadre de l'élaboration du Schéma d'Organisation Sanitaire 2026–2031, un benchmark comparatif a été conduit afin d'identifier des principes d'organisation et des leviers d'action mobilisés par d'autres territoires insulaires, isolés ou à faible densité, confrontés à des contraintes géographiques, démographiques et sanitaires comparables à celles de la Polynésie française.

Quatre territoires ont été étudiés :

- La Guyane, pour ses dispositifs d'accès aux soins fondés sur des équipes mobiles et des centres délocalisés
- La Nouvelle-Calédonie, pour son approche territoriale intégrée et ses politiques d'attractivité des ressources humaines
- L'Islande, pour le développement d'un système numérique de santé unifié et d'une médecine de proximité structurée
- Saint-Pierre-et-Miquelon, pour l'articulation entre soins de proximité et recours à des plateaux techniques extérieurs.

L'objectif de ce benchmark n'est pas la comparaison institutionnelle ni la transposition de modèles extérieurs, mais l'identification de leviers potentiellement transposables, à adapter aux réalités géographiques, culturelles, humaines et organisationnelles propres à la Polynésie française. Les éléments présentés ci-après constituent des sources d'inspiration destinées à éclairer la réflexion stratégique du SOS, sans préjuger des choix organisationnels définitifs, qui relèvent des orientations propres au Pays.

4.2 Analyses comparées par thématiques

4.2.1 La gestion de l'isolement

Différentes initiatives ont été développées au sein des territoires analysés afin d'améliorer la gestion de l'isolement des populations et de renforcer leur accès aux soins.

- Développement de l'aller-vers : déplacement d'équipes hospitalières dans les centres de santé afin d'apporter un accès aux spécialistes aux populations éloignées des centres hospitaliers (Guyane).
- Renforcement de la place du médecin traitant : coordination du parcours patient par le médecin généraliste qui est l'acteur principal du suivi des patients et de la prévention (Nouvelle-Calédonie).
- Développement d'Hospitel (à l'instar de l'Hospitel de 63 chambres développées par le CHPF) : création de structures d'hébergement « Hospitel » pour accueillir les patients d'îles plus éloignées nécessitant une chirurgie ambulatoire sans avoir à les hospitaliser la veille. Ce dispositif permet de libérer des lits pour des hospitalisations conventionnelles (Nouvelle-Calédonie).

- Le développement des dispositifs d'hospitalisation à domicile (HAD) et de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour soutenir le retour à domicile (Nouvelle-Calédonie et à Saint-Pierre-et-Miquelon).
- Renforcement du réseau territorial : encadrement des conditions d'accès à l'emploi pour les jeunes médecins en leur imposant une période de pratique hors du Grand Nouméa (1 an pour les Calédoniens, 2 ans pour les nationaux, et 3 ans pour les non-nationaux) (Nouvelle-Calédonie).
- Renforcement de la prise en charge en santé mentale : des professionnels de la santé mentale, comme des psychologues et des psychiatres, sont intégrés dans les centres de santé primaires pour assurer une prise en charge précoce (Islande).

4.2.2 L'attractivité des ressources humaines en santé

Différentes initiatives ont été développées au sein des territoires analysés afin de renforcer l'attractivité et la formation des professionnels de santé.

- Renforcement de l'offre de formation locale : création de formations pour les IBODE (Guyane) ; institution d'une formation sur les spécificités culturelles, institutionnelles, épidémiologiques, et professionnelles du territoire pour tous les nouveaux praticiens médicaux et infirmiers (Nouvelle-Calédonie) ; mise en place des dispositifs d'accompagnement pour aider les jeunes et les adultes à intégrer les métiers paramédicaux et médico-sociaux : forums, plateformes d'orientation, formations courtes de découverte (Nouvelle-Calédonie) ; accueil d'internes de l'Université de Rennes pour la fin de leur formation médicale au Centre Hospitalier François Dunan (CHFD), une démarche visant à combler les besoins médicaux du territoire (Saint-Pierre-et-Miquelon).
- Développement de partenariats et soutiens financiers à la formation : partenariats avec différentes Universités (Antilles et métropoles) pour permettre aux étudiants d'avoir accès à des formations indisponibles sur place (Guyane) ; mise en place d'un programme de soutien pour former des médecins locaux en proposant des bourses et aides au voyage pour les étudiants en médecine, avec l'objectif de favoriser leur retour sur le territoire et leur intégration durable dans les communautés locales (Nouvelle-Calédonie) ; partenariats avec l'Université de Bordeaux et l'IFPSS visent à former des IPA (Nouvelle-Calédonie).
- Développement de la recherche comme levier d'attractivité pour les médecins : attirer les médecins en offrant des opportunités de recherche au sein du Landspítali et de l'Université d'Islande, soutenues par des financements et des partenariats internationaux (Islande)
- Sensibilisation des plus jeunes aux métiers de la santé : déploiement d'une campagne de sensibilisation est mise en place pour susciter l'intérêt des jeunes envers les carrières dans le domaine de la santé (Guyane)
- Mise en place de conditions attractives en zones sous-denses ou difficiles : mise à disposition de logements, véhicules et rémunérations plus attractives (Guyane) ; mise en place d'une prime de 50 000 euros et d'autres avantages (billets d'avions, conditions de travail ajustées) pour les praticiens acceptant un contrat d'au moins trois ans dans le but de stabiliser l'effectif médical localement (Nouvelle-Calédonie) ; déploiement de conditions avantageuses (soutiens au logement, primes) offertes aux médecins qui s'engagent à travailler dans des hôpitaux ou centres de santé situés en dehors de Reykjavik (Islande).

- Soutien et adaptation des nouveaux arrivants : optimisation des conditions de vie et de travail des professionnels par la facilitation d'accès à l'hébergement, le transport et une meilleure organisation du temps de travail (Nouvelle-Calédonie).
- Assouplissement des conditions de recrutement : suppression de la condition de nationalité pour certains professionnels de santé, permettant ainsi de recruter des médecins, dentistes et sage-femmes non-européens ayant un diplôme délivré en France ou conforme aux exigences européennes (Nouvelle-Calédonie) ; accueil de nombreux médecins titulaires de diplômes hors Union Européenne (PADHUE), qui suivent un parcours de consolidation de compétences encadré par le ministère de la Santé (Guyane).
- Valorisation des métiers en tension : revalorisation des salaires des personnels médico-sociaux, adaptation des cadres réglementaires des conventions collectives, révision des forfaits et barèmes pour encourager l'engagement dans ces métiers (Nouvelle-Calédonie)
- Développement de partenariats sanitaires : établissement d'une convention de partenariat avec le Suriname et le Brésil permettant notamment le recours à des professionnels de santé brésiliens et surinamiens pour répondre aux besoins locaux. Des discussions sont également en cours pour permettre l'intégration d'infirmiers brésiliens dans le système de santé guyanais (Guyane).

4.2.3 L'innovation en santé

Différentes initiatives innovantes en santé ont été développées au sein des territoires analysés.

Développement de la chirurgie à distance : développement d'une chirurgie robotique téléguidée permettant aux chirurgiens basés à Besançon de réaliser des interventions à distance (Guyane).

Déploiement de la téléconsultation :

- Plateforme intégrée : plateforme Heilsuvera est un portail numérique de santé lancé par le gouvernement islandais, conçu pour offrir aux citoyens un accès centralisé et sécurisé à leurs informations de santé et à divers services médicaux en ligne : consultation médicale à distance, renouvellement prescriptions, accès dossier médical, autosurveillance de la santé, promotion et éducation par le biais de ressources éducatives en santé, communication sécurisée et démarches administratives (Islande).
- Formation : formation des infirmières pour utiliser des outils connectés permettant de consulter des médecins à distance (Nouvelle-Calédonie)
- Equipements : équipement de certains dispensaires avec des malles de téléconsultation offrant des rendez-vous réguliers par visioconférence et garantissant un suivi médical continu pour les patients éloignés (Nouvelle-Calédonie).
- Téléassistance pour évasans : gestion des évacuations sanitaires est coordonnée par les urgences à Cayenne, qui supervisent les transferts de patients à distance grâce à un système de jumelles connectées permettant une visualisation en temps réel des patients dans les zones isolées. Ces lunettes permettent au médecin de voir les patients (en téléconsultation) et de zoomer sur certaines parties de leur corps par le biais d'une technologie intelligente afin de les diagnostiquer et de déterminer leur besoin en évacuation et la typologie (CH, Antilles, métropole, ...). Cependant, des problèmes de connectivité internet limitent actuellement l'efficacité de cet outil (Guyane).
- Partenariats : le CHFD collabore avec le CHU de Tours pour des services de télé-expertise en dermatologie, avec des perspectives d'extension vers la téléconsultation et la téléassistance ; les images radiologiques, y compris pour le dépistage du cancer du sein, sont analysées par le CH de Sainte-Anne, Paris ; par le biais de partenariats avec des hôpitaux comme Saint-Brieuc et

Diaconesses Croix Saint-Simon, le CHFD assure la télésurveillance pour les patients dialysés et propose des téléconsultations en oncologie, soins palliatifs et gestion de la douleur (Saint-Pierre-et-Miquelon).

- Déploiement d'un service de consultation téléphonique : service de consultation téléphonique, opéré par le Centre d'information des soins de santé, permet de gérer efficacement les urgences (dirigées vers les centres de santé pour un rendez-vous le jour même ou le lendemain) et les conseils médicaux (pour les urgences non critiques, assurés par des infirmiers spécialisés) (Islande).

Développement de la recherche en santé : développement de clusters de start-up et de partenariats entre le secteur public et privé avec des incubateurs comme « Klak - Icelandic Startups » et des clusters de biotechnologie et de santé comme « Iceland Health Tech Cluster » par exemple. Ils favorisent le développement de nouvelles technologies médicales et de solutions numériques en collaboration avec les universités et les entreprises nationales et internationales (Islande).

4.2.4 L'organisation du recours

Différentes initiatives ont été développées au sein des territoires analysés afin d'améliorer l'organisation des soins de recours.

Une gestion centralisée des évasans :

- Validation évasans : un comité de médecins valide les évacuations sanitaires hebdomadaires, avec des décisions d'extrême urgence prises par un médecin contrôleur (Nouvelle-Calédonie).
- Coordination générale : la Direction de la Santé et du Développement Social est l'instance qui coordonne et gère les recours (Guyane) ; coordination centralisée pour les services d'urgence et un centre de répartition national qui mobilise les équipes médicales locales, les ambulances et les services d'ambulance aérienne pour transporter les patients nécessitant des soins intensifs vers des installations adaptées (Islande).
- Coordination évasans intra-territoriales : le SAMU est chargé de coordonner les évacuations sanitaires en fonction de la gravité des cas et le SMUR intervient pour les urgences critiques par ambulance ou hélicoptère (Nouvelle-Calédonie).
- Développement d'un CHU en Guyane pour réduire les évacuations sanitaires : la création et le développement d'un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) en Guyane visent à limiter le besoin d'évacuations sanitaires vers les Antilles ou la France hexagonale. En disposant localement des infrastructures et des spécialités médicales nécessaires, ce CHU permettrait de renforcer l'autonomie du territoire en matière de soins spécialisés et de répondre aux besoins de la population sur place (Guyane).

Une offre partenariale :

- Complète, allant de la logistique au soin : partenariat avec le Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC) de Lyon permet d'envoyer les patients guyanais nécessitant un traitement contre le cancer dans des conditions optimales. Un "pack complet" est mis en place, assurant une prise en charge intégrale sans que le patient ait à se soucier des aspects logistiques, facilitant ainsi l'accès aux soins spécialisés (Guyane).
- Dans un objectif de limitation des coûts : pour limiter les dépenses liées aux évacuations sanitaires, le gouvernement de Nouvelle-Calédonie, la DASS, et la Cafat collaborent pour établir des conventions avec des groupes hospitaliers privés en Australie, permettant ainsi d'assurer des soins spécialisés plus proches et à moindre coût (Nouvelle-Calédonie).

- Visant au déplaçant des médecins et non des patients : pour réduire les évacuations sanitaires (et également les coûts), la Nouvelle-Calédonie développe des missions locales. Des cardiologues, chirurgiens, et anesthésistes de l'hôpital Montsouris (Paris) interviennent ponctuellement pour des opérations de chirurgie cardiaque avancée, ainsi que des ophtalmologues et pédiatres australiens (Nouvelle-Calédonie) ; des médecins spécialistes de métropole assurent des missions au CHFD (environ 400 jours de présence par an) grâce à une quarantaine de missions, durant chacune une à deux semaines. Organisées dans le cadre de conventions, ces missions facilitent la continuité des soins spécialisés, harmonisent les pratiques et maintiennent les compétences, tout en renforçant le réseau entre établissements de santé (Saint-Pierre-et-Miquelon).

4.2.5 La gestion du vieillissement de la population

Différentes initiatives ont été développées au sein des territoires analysés afin d'accompagner la transformation du système de santé dans le cadre du vieillissement de la population.

Repérage de la perte d'autonomie : des équipes mobiles sont déployées en Guyane pour repérer les personnes en perte d'autonomie. Elles identifient les besoins spécifiques des patients et les orientent vers des services adaptés, tels que les soins médicaux, les aides sociales ou des structures d'accueil comme les EHPADs (Guyane) ; mise en place d'équipes de proximité pour repérer et accompagner les personnes vulnérables (Nouvelle-Calédonie).

Mise en place d'une filière gériatrique : une filière gériatrique est organisée autour de trois établissements sanitaires et trois hôpitaux psychiatriques en Guyane. Cette structure permet d'offrir une prise en charge complète et spécialisée pour les personnes âgées, avec un suivi médical et psychiatrique adapté à leurs besoins (Guyane) ; mise en place d'une instance de coordination (guichet unique) visant à assurer une prise en charge adaptée et humaine des personnes âgées en renforçant la coordination entre les acteurs concernés (collectivités, structures d'hébergement, services publics et privés). Elles incluent également le développement d'une politique provinciale axée sur la prévention, la formation, l'évaluation et la recherche, tout en favorisant l'information et la concertation pour garantir la cohérence et l'efficacité des actions (Nouvelle-Calédonie) ;

Développement de la prise en charge à domicile

- Hospitalisation à Domicile (HAD) : un dispositif d'hospitalisation à domicile est mis en place pour permettre aux patients de recevoir des soins dans leur environnement (des difficultés pour les personnes sans domicile fixe) (Guyane) ; la politique islandaise encourage fortement le maintien des personnes âgées à domicile aussi longtemps que possible. Pour cela, des services de soins à domicile, incluant des soins infirmiers, de l'assistance au quotidien et la gestion des médicaments, sont offerts par les autorités locales, parfois en partenariat avec des ONG. Des appartements adaptés pour seniors sont également à disposition pour faciliter leur autonomie (Islande).
- Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : développement des services de soins Infirmiers à domicile (SSIAD), de même que le service d'hospitalisation à domicile (HAD) profitera aux seniors qui souhaiteraient être accompagnés et se soigner chez eux (Nouvelle-Calédonie) ; pour les seniors souhaitant rester chez eux, le SSIAD du CHFD fournit des soins à domicile, incluant soins d'hygiène et soutien médical, pour les personnes âgées dépendantes et les adultes atteints de maladies chroniques. Ce service, essentiel pour les personnes en perte d'autonomie, permet d'éviter ou de différer l'admission en établissement d'hébergement, en assurant une prise en charge continue à domicile grâce à des équipes soignantes dédiées (Saint-Pierre-et-Miquelon).

Elaboration d'un diagnostic général de la situation des séniors :

- Ponctuel : en partenariat avec les structures hospitalières et l'AFD, le ministère de la santé a commandé un diagnostic très précis de la situation des seniors en Nouvelle-Calédonie, afin de pouvoir élaborer un plan d'action (qui est toujours en cours de conception) afin de répondre avec précision aux besoins du territoire (Nouvelle-Calédonie).
- Continu : depuis 1990, le gouvernement islandais a instauré un programme d'évaluation des soins pour les personnes âgées, avec des comités régionaux chargés d'évaluer les besoins en soins de longue durée des seniors. Ces comités identifient les besoins spécifiques des personnes âgées et coordonnent les services nécessaires pour les maintenir en bonne santé et en sécurité (Islande).

Développement de nouvelles structures d'accueil :

- EHPAD : le gouvernement de Nouvelle-Calédonie soutient la création de nouvelles structures d'accueil pour répondre à l'augmentation des situations de dépendance. Des mesures fiscales incitatives ont été introduites pour encourager la construction de maisons de retraite, afin de mieux répondre aux besoins d'hébergement et de soins des personnes âgées sur le territoire (Nouvelle-Calédonie).
- Hébergements spécialisés : l'Islande dispose de maisons de soins, de résidences sécurisées et de centres spécialisés pour les personnes âgées, notamment celles atteintes de démence. Avant l'admission en soins institutionnels, une évaluation complète des besoins est réalisée par les comités d'évaluation locaux, garantissant ainsi que les résidents reçoivent un soutien approprié en fonction de leur état de santé (Islande).
- Réseau de familles d'accueil : ce dispositif complète les services d'aide à domicile et favorise l'intégration sociale des bénéficiaires. Les accueillants familiaux doivent suivre une formation obligatoire et signer une convention avec les conseils départementaux, garantissant un cadre légal strict pour l'accueil. Ils perçoivent une rémunération et des indemnités pour couvrir les frais liés à leur mission. En plus des soins quotidiens, les accueillants fournissent un soutien moral et social, contribuant au bien-être des personnes accueillies et renforçant leur qualité de vie dans un environnement familial (Nouvelle-Calédonie).

Promotion et prévention pour les seniors :

- Promotion de la santé : des activités physiques spécifiques sont organisées pour les seniors, avec des ateliers proposés par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de Nouméa, des sessions régulières dans les Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) et au CHS Albert Bousquet, ainsi que des possibilités d'exercice en salle de sport à Nouméa. Un programme dédié, « Sport santé seniors », est offert par la Province Sud pour encourager l'activité physique chez les seniors (Nouvelle-Calédonie).
- Prévention sanitaire : les initiatives de prévention pour les seniors, menées par l'Agence Sanitaire et Sociale (ASS), comprennent un suivi et une sensibilisation au diabète spécifiquement pour les plus de 60 ans, un programme de dépistage des cancers féminins, des mesures de prévention contre la tuberculose et un événement annuel, le « salon du senior », visant à informer et sensibiliser cette population aux différents aspects de la santé. (Nouvelle-Calédonie).

4.2.6 L'interculturalité et les pratiques complémentaires

L'intégration encadrée des dimensions culturelles et traditionnelles apparaît comme un facteur de qualité et d'acceptabilité des soins. Différentes initiatives ont été développées au sein des territoires analysés afin d'allier médecine conventionnelle et médecine traditionnelle dans la prise en charge des patients.

Gestion de la douleur et du soutien psychiatrique par les plantes : des approches innovantes sont explorées pour la gestion de la douleur et le soutien psychiatrique, incluant l'utilisation de plantes locales comme le pili-pili. La Martinique mène des expérimentations sur l'usage de ces plantes comme alternatives aux traitements psychologiques, ciblant des problématiques telles que la dépression chronique résistante, la gestion de la douleur invasive, et la dérégulation thymique (Guyane).

Introduction à la médecine kanak à l'université : l'Université de la Nouvelle-Calédonie propose un cursus en ethnomédecine pour les professionnels et étudiants en santé, axé sur les traditions et savoirs ancestraux, dans le but de mieux comprendre et intégrer les pratiques kanak dans le système de soins (Nouvelle-Calédonie).

Reconnaissance de la médecine complémentaire (MC) mais sans intégration complète au système de santé : la médecine est présente mais reste partiellement distincte des soins de santé conventionnels. Le ministère de la santé supervise les pratiques de la MC, en définissant des réglementations et en exigeant que les praticiens soient dûment licenciés (acupuncture, l'homéopathie, l'herboristerie etc.). Bien que la MC ne soit pas pleinement intégrée au système de santé public, certains professionnels de la santé islandais peuvent orienter leurs patients vers des praticiens de MC lorsqu'ils jugent cela approprié. Toutefois, les traitements MC sont à la charge des patients, car ils ne sont pas couverts par l'assurance maladie nationale de l'Islande (Islande).

Réduction des barrières linguistiques et culturelles :

- Adaptation de la signalétique dans les hôpitaux : développement d'une signalétique adaptée dans les hôpitaux pour faciliter l'orientation des patients, en tenant compte des barrières linguistiques et culturelles (Guyane).
- Mise en place de médiateurs en santé : face à la diversité linguistique et culturelle, des médiateurs en santé agissent comme interface entre les patients et les professionnels de santé. Ils facilitent l'identification des patients nécessitant une prise en charge spécifique dans les centres de santé, assurent des services de traduction, et aident à repérer les signes de fragilité. Ces médiateurs reçoivent une formation dédiée pour répondre aux besoins de traduction et de médiation culturelle, contribuant ainsi à une prise en charge adaptée et inclusive (Guyane).
- Assistance linguistique des patients : mise en place d'un groupe de travail incluant des soignants, des cadres administratifs des hôpitaux, des sociolinguistes et des représentants des locuteurs, afin de développer un dispositif expérimental d'assistance linguistique dans plusieurs établissements hospitaliers (Nouvelle-Calédonie).

ASSEMBLÉE
DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE

NOR : MSP25203454DL-9

DÉLIBÉRATION N°

/APF

DU

portant approbation du schéma d'organisation
sanitaire 2026-2031

L'ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 modifiée complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française ;

Vu l'avis n° 81/2025 du Conseil économique, social, culturel et environnemental en date du 23 décembre 2025 ;

Vu l'arrêté n° 58 CM du 19 janvier 2026 soumettant un projet de délibération à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° /2026/APF/SG du portant convocation en séance des représentants à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu le rapport n° du de la commission de la santé et des solidarités ;

Dans sa séance du

A D O P T E :

Article 1^{er}.- Le schéma d'organisation sanitaire 2026-2031, annexé à la présente délibération, est approuvé.

Article 2.- Le Président de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

La secrétaire,

Le Président,

Odette HOMAI

Antony GEROS



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
en charge de la Prévention
et de la Protection sociale généralisée

SCHÉMA D'ORGANISATION SANITAIRE 2026-2031

Table des matières

METHODOLOGIE DE LECTURE DU SCHÉMA D'ORGANISATION SANITAIRE 2026-2031	5
INTRODUCTION GÉNÉRALE	6
I. ÉTAT DES LIEUX SYNTHÉTIQUE DE LA SANTÉ EN POLYNÉSIE FRANÇAISE	7
II. FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ POLYNÉSIEEN.....	7
III. LE MODÈLE DU VA'A ORA : UNE BOUSSOLE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA D'ORGANISATION SANITAIRE.....	9
IV. DE LA VISION AUX ORIENTATIONS : LE TRESSAGE DE LA VOILE DU VA'A ORA.....	10
V. BRINS HORIZONTAUX : LES AXES QUI FIXENT LE CAP	12
Axe 1 – Promouvoir la santé dans les milieux de vie.....	12
★ Objectif stratégique A1.1 – Promouvoir des modes de vie favorables à la santé.....	13
Objectif stratégique A1.2 – Consolider et renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les politiques éducatives et de la jeunesse	16
Objectif stratégique A1.3 – Mobiliser les acteurs de proximité pour une santé communautaire	19
Axe 2 – Renforcer les soins primaires de proximité	24
★ Objectif stratégique A2.1 Organiser l'accès équitable aux soins primaires dans tous les archipels	24
Objectif stratégique A2.2 Renforcer la prévention et le dépistage précoces dans les soins primaires.....	29
Axe 3 – Assurer la continuité territoriale, la permanence et les urgences dans tous les archipels ..	34
★ Objectif stratégique A3.1 – Garantir la continuité territoriale et l'équité d'accès aux soins dans tous les archipels	34
Objectif stratégique A3.2 – Sécuriser la permanence et la réponse médicale urgente sur tout le territoire	38
Objectif stratégique A3.3 – Consolider la résilience sanitaire territoriale	40
Axe 4 – Transformer le système hospitalier.....	43
★ Objectif stratégique A4.1 – Fluidifier l'aval hospitalier et renforcer la continuité à domicile...	43
Objectif stratégique A4.2 – Organiser la gradation et la complémentarité du réseau hospitalier	45
Objectif stratégique A4.3 – Moderniser et accompagner la transformation de l'hôpital polynésien	48
AXE 5- Organiser les parcours de santé et de soins prioritaires	51
I. Les parcours de santé selon les âges de la vie.....	51
Objectif stratégique A5.I.1 – Agir dès les 1000 premiers jours (grossesse → 3 ans).....	51
Objectif stratégique A5.I.2 – Protéger et promouvoir la santé des enfants et des jeunes.....	54
Objectif stratégique A5.I.3 – Bien vieillir : organiser la réponse sanitaire au vieillissement et à la dépendance.....	56

Objectif stratégique A5.I.4 – Développer les soins palliatifs et la fin de vie.....	59
II. Les parcours de soins pour les pathologies prioritaires	61
Objectif stratégique A5.II.1 – Renforcer la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cancers.....	61
Objectif stratégique A5.II.2 – Structurer le parcours de santé mentale et des addictions	64
Objectif stratégique A5.II.3 – Développer une filière rénale équitable et performante	67
VI. BRINS VERTICAUX : LES PILIERS DE LA COHÉSION.....	70
P1 – Santé numérique recherche et innovations	70
★ Objectif stratégique P1.1 – Construire un système de santé connecté, sécurisé et équitable.	70
Objectif stratégique P1.2 – Renforcer la recherche et la souveraineté scientifique	74
Objectif stratégique P 1.3 – Stimuler l’innovation responsable et l’intelligence collective	76
P2 – Compétences, attractivité & qualité des pratiques	79
★ Objectif stratégique P2.1 – Renforcer l’attractivité et la cohésion du corps des professionnel de santé	79
Objectif stratégique P2.2 – Planifier et sécuriser les parcours professionnels.....	81
Objectif stratégique P2.3 – Former et fidéliser durablement les compétences locales.....	84
Objectif stratégique P2.4 – Garantir la qualité, la compétence et la bienveillance dans les pratiques de soin	86
P3 – Culture et approche du <i>Va’a Ora</i>	89
★ Objectif stratégique P3.1 – Reconnaître et consolider le <i>Va’a Ora</i> comme cadre culturel de gouvernance sanitaire	89
Objectif stratégique P3.2 – Rendre la santé accessible par la médiation culturelle et la communication enracinée.....	91
Objectif stratégique P3.3 – Reconnaître et intégrer les pratiques traditionnelles et complémentaires de santé	93
P4 – Gouvernance, coopération et soutenabilité.....	97
★ Objectif stratégique P4.1 — Améliorer l’organisation et la régulation du système de santé ...	97
Objectif stratégique P4.2 — Construire une politique de santé et de l’offre de soins intégrée, régulée et fondée sur la réalité des besoins.....	101
Objectif stratégique P4.3 — Optimiser la soutenabilité, la mutualisation et la logistique du système de santé	105
Objectif stratégique P4.4 — Renforcer l’intégration régionale et le rayonnement international du modèle polynésien de santé.....	109
VII. CONCLUSION	113
VIII. PILOTAGE, MISE EN OEUVRE ET SUIVI DU SCHÉMA	114
1. Niveau d’intervention.....	114
2. Un cadre évolutif et concerté	114
3. Dispositif de pilotage	116

IX. CALENDRIER PRÉVISIONNEL.....	120
X. COUTS ET MODALITES DE FINANCEMENT.....	122
LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS	144

METHODOLOGIE DE LECTURE DU SCHÉMA D'ORGANISATION SANITAIRE 2026-2031

Le présent Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS) est un document d'orientations stratégiques.

Chaque axe/pilier stratégique exprime une priorité majeure de transformation du système de santé et débute par une présentation des enjeux et des principes qui le fondent.

Chaque axe/pilier se décline ensuite en objectifs stratégiques (OS), présentés dans un ordre de priorité. Le premier objectif stratégique de chaque axe correspond au levier jugé le plus structurant, destiné à créer les conditions de réussite des objectifs suivants. Il est marqué d'une ★.

Chaque objectif stratégique est décliné en objectifs opérationnels

Pour chaque objectif opérationnel, le Schéma précise :

- Le besoin prioritaire ;
- Les actions préconisées, présentées dans un ordre de priorité et de logique de déploiement ;
- Les éléments réglementaires ou juridiques mobilisables ;
- Un calendrier indicatif ;
- Les bénéfices attendus, le niveau de difficulté ;
- Des exemples d'indicateurs de suivi.

Les indicateurs associés au Schéma sont des indicateurs de suivi et de pilotage qui visent à apprécier l'avancement de la mise en œuvre, la structuration des dispositifs et les tendances observées.

L'ensemble des axes et des piliers du SOS ont vocation à être engagés simultanément, dans une approche globale et intégrée

La priorisation affichée au sein des axes et piliers vise à faciliter la lecture stratégique et les arbitrages, sans préjuger d'une mise en œuvre strictement séquentielle des actions.

Afin de distinguer clairement les orientations des modalités de mise en œuvre, la gouvernance et le pilotage du SOS, le calendrier détaillé des actions ainsi que les coûts et modalités de financement sont présentés en fin de document.

Pour éclairer la lecture et la compréhension des orientations du SOS 2026–2031, un document d'« Éléments de cadrage et de diagnostic » accompagne le Schéma. Il comprend notamment le bilan du précédent SOS, la démarche d'élaboration du présent Schéma, un benchmark avec d'autres territoires insulaires et isolés, un état des lieux détaillé de la santé en Polynésie française, ainsi qu'un état des capacités, activités et équipements autorisés, arrêté au 1er novembre 2025.

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Schéma d'Organisation Sanitaire (SOS), tel que défini par la loi du pays n° 2020-4 du 16 janvier 2020 relative à l'organisation sanitaire de la Polynésie française, constitue le cadre de planification et de régulation de l'offre de soins.

Il vise à garantir la cohérence, la qualité, la sécurité et la complémentarité des prises en charge sur l'ensemble du territoire, en tenant compte des spécificités géographiques, démographiques et sociales du Pays. Instrument de coordination entre les acteurs publics, privés et communautaires, le SOS s'articule avec les politiques de prévention, de santé publique et de protection sociale.

Le SOS 2026–2031 s'inscrit dans un contexte de profondes mutations. Le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques, la montée des troubles de santé mentale et des addictions, l'impact du changement climatique sur la santé, la transformation numérique et l'évolution des attentes des patients comme des professionnels imposent une adaptation structurelle du système de santé polynésien.

Ces évolutions appellent un changement de paradigme, passant :

- d'une logique centrée sur la maladie à une approche fondée sur la promotion de la santé et la prévention ;
- d'un système fragmenté à une organisation plus intégrée et de proximité ;
- d'une gouvernance verticale à une gouvernance partagée entre acteurs institutionnels et communautaires ;
- d'une approche principalement technique à une réaffirmation du lien, de la confiance et du sens au cœur des parcours de santé.

Dans ce contexte, l'élaboration du SOS a mis en évidence plusieurs limites structurelles, au premier rang desquelles figure l'insuffisance de données de santé fiables, partagées et actualisées. Ce déficit freine la compréhension fine des besoins, la planification de l'offre et l'évaluation des politiques publiques. Le SOS 2026–2031 affirme ainsi le pilotage par les données comme un levier structurant, en engageant la construction progressive d'un système d'information intégré et sécurisé, capable d'éclairer la décision publique et de préparer les futurs plans de santé.

Parallèlement, les transformations sociales, organisationnelles et numériques ont parfois fragilisé la relation de soin. La spécialisation croissante, la charge administrative et certaines formes de distanciation induites par les usages numériques ont pu affaiblir le lien humain, tandis que les professionnels font face à des tensions accrues et que les populations expriment de nouvelles vulnérabilités. Le renforcement de la qualité des parcours de santé suppose ainsi de consolider la proximité, la coordination entre les acteurs et les conditions d'exercice des professionnels, au bénéfice des patients comme des équipes.

Ces orientations trouvent un écho particulier en Polynésie française, où la santé est traditionnellement pensée comme un équilibre de vie, fondé sur les relations entre le corps, l'esprit, la communauté et l'environnement. Sans constituer un retour au passé, le SOS 2026–2031 s'inscrit dans cette continuité culturelle, en cohérence avec les approches contemporaines de la santé globale et de la promotion de la santé, qui considèrent le bien-être comme une construction collective et durable à l'échelle du Pays.

Fondé sur un état des lieux partagé des réalités sanitaires et sociales de la Polynésie française et sur une concertation associant l'ensemble des parties prenantes, le SOS 2026–2031 fixe une trajectoire collective visant à renforcer l'organisation sanitaire, à réduire les inégalités de santé et à accompagner le Pays dans les transitions à venir.

I. ÉTAT DES LIEUX SYNTHÉTIQUE DE LA SANTÉ EN POLYNÉSIE FRANÇAISE

La Polynésie française compte environ 280 000 habitants en 2024, dont 75 % vivent dans les Îles-du-Vent. Les archipels éloignés (Australes, Tuamotu-Gambier, Marquises) présentent des faibles densités de population, avec des difficultés d'accès aux soins et une forte dépendance aux évacuations sanitaires. Le vieillissement démographique s'accélère : la part des personnes de 60 ans et plus est passée de 9 % en 2007 à 15 % en 2022 et pourrait atteindre 25 % en 2040, ce qui annonce une augmentation importante des situations de dépendance.

Le Pays fait face à une transition épidémiologique marquée : 75 % des adultes sont en surpoids, dont 48 % sont obèses, et 12 % des adultes seraient diabétiques. L'hypertension artérielle touche environ un tiers de la population, et les cancers, en progression annuelle d'environ 5 %, sont devenus la première cause de mortalité, avec plus de 900 nouveaux cas par an. La Polynésie compte environ 600 dialysés. Les addictions (alcool, tabac, cannabis et méthamphétamine) représentent un enjeu sanitaire et social majeur, particulièrement chez les jeunes.

Si la Polynésie française dispose d'un plateau technique hospitalier de référence, l'offre de soins reste très centralisée à Tahiti, limitant l'autonomie sanitaire des archipels. Les évacuations sanitaires inter-îles et internationales constituent un élément essentiel de l'accès aux soins, mais génèrent des ruptures familiales et un coût élevé estimé à environ 6 milliards F CFP par an (respectivement 3.7Mds/an et 2.6Mds/an). Les ressources humaines en santé sont insuffisantes et inégalement réparties : la densité médicale est inférieure à celle de l'Hexagone et le turnover est élevé, affectant la continuité des parcours de santé.

II. FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTÈME DE SANTÉ POLYNÉSISIEN

Le système de santé polynésien repose sur des atouts structurants, mais présente également des fragilités profondes qui affectent son efficacité, sa soutenabilité et sa capacité d'adaptation aux besoins actuels et futurs de la population.

1. Forces

Le réseau de la Direction de la santé (DS) constitue une force majeure, avec 133 structures de proximité (postes de santé, infirmeries, dispensaires, centres médicaux et hôpitaux périphériques), assurant une présence sanitaire dans chaque îlot de population des archipels.

Le Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPF) dispose d'un plateau technique complet (réanimation, imagerie avancée, chirurgies spécialisées, oncologie, dialyse), permettant la prise en charge locale de pathologies complexes sans recours systématique à l'étranger.

Le secteur privé contribue de manière significative à l'offre de soins primaires et secondaires, à l'hospitalisation, à certaines activités spécialisées (notamment la dialyse), ainsi qu'aux prises en charge d'aval : soins de suite et de réadaptation (SSR), hospitalisation à domicile (HAD), soins infirmiers à domicile (SSIAD). Cette offre demeure toutefois principalement concentrée à Tahiti et Moorea.

La diversité des situations prises en charge par les professionnels de santé témoigne de leur polyvalence, qui constitue un atout majeur du système de santé polynésien.

Le dispositif d'évacuations sanitaires interinsulaires (EVASAN) incarne l'engagement du Pays en faveur de l'équité territoriale. Malgré un coût significatif — 1,7 milliard F CFP pour les évacuations

programmées et 2 milliards F CFP pour les évacuations d'urgence —, il garantit à chaque Polynésien l'accès aux soins spécialisés, quel que soit son lieu de résidence.

La montée en puissance des consultations et soins avancés (CSA), fondée sur des tournées programmées de professionnels médicaux et paramédicaux dans les îles, constitue un levier structurant pour améliorer l'accès aux soins de proximité, soutenir les équipes locales et limiter les ruptures de parcours liées à l'isolement géographique, en complémentarité avec les structures existantes.

Enfin, sur le plan socioculturel, la solidarité familiale demeure un pilier essentiel de l'accompagnement des personnes vulnérables, en particulier dans les zones éloignées.

2. Faiblesses

La centralisation de l'offre de soins à Tahiti limite la capacité des archipels à assurer une prise en charge locale et entraîne un recours important aux évacuations sanitaires, parfois accentué par une forte pression ou des attentes élevées de la population. Cette situation s'inscrit dans un contexte de charge épidémiologique élevée, marquée par la prévalence des maladies chroniques, de l'obésité, du diabète, de la maladie rénale chronique et des troubles de santé mentale, aggravée par des inégalités sociales importantes (26 % de la population sous le seuil de pauvreté ; illettrisme estimé à 26 %).

La multiplicité des acteurs de l'offre de soins, conjuguée à une vision globale insuffisante de cette offre et à l'absence de retours d'information systématiques vers les équipes de soins primaires, traduit un déficit de coordination, particulièrement pénalisant pour les parcours de santé complexes impliquant de multiples intervenants.

L'observance aux soins est fréquemment entravée par une éducation à la santé limitée, des difficultés de mobilité, y compris sur l'île de Tahiti, et une avance de frais importante pour les ménages à faible revenu, en l'absence de tiers-payant généralisé.

Les structures publiques de la Direction de la santé ont vu leur activité curative augmenter fortement au cours des dernières années, au détriment de leurs autres missions, notamment la prévention et la promotion de la santé, y compris au sein de structures spécialisées telles que les centres de santé scolaire.

Le temps de travail des professionnels de santé est fortement mobilisé par des démarches administratives chronophages, encore largement réalisées de manière manuelle, en l'absence d'outils numériques adaptés aux conditions d'exercice en Polynésie française.

L'absence d'un cadre réglementaire structuré de partage des données de santé limite la continuité des prises en charge : le dossier patient n'est pas systématiquement accessible entre structures, entraînant des redondances d'examens et un suivi insuffisamment coordonné.

Enfin, la pénurie de ressources humaines constitue un frein structurel majeur : la densité médicale demeure environ 40 % inférieure à celle de l'Hexagone, les effectifs infirmiers sont insuffisants, l'attractivité des statuts reste limitée et le turnover fragilise durablement les équipes, en particulier dans les archipels. Le secteur médico-social demeure également sous-développé, avec une capacité d'accueil insuffisante et une offre encore inadaptée aux maladies neurodégénératives et aux troubles du développement.

Dans ce contexte, le système de santé, fortement mobilisé sur les besoins curatifs et freiné par une coordination et un partage de données encore insuffisants, présente un pilotage stratégique perfectible, avec des politiques de prévention et des parcours de santé encore insuffisamment intégrés, notamment pour les maladies chroniques et les cancers.

III. LE MODÈLE DU VA'A ORA : UNE BOUSSOLE POUR LA MISE EN ŒUVRE DU SCHÉMA D'ORGANISATION SANITAIRE

Avant d'entrer dans la déclinaison opérationnelle des grands axes et piliers, il convient de rappeler le cadre culturel et symbolique qui inspire l'ensemble du SOS : le va'a, embarcation emblématique de la civilisation polynésienne. Sa navigation, fondée sur une lecture fine de l'environnement et une organisation collective remarquable, a permis de relier les îles du Pacifique et d'unir les peuples. Par cette capacité à s'orienter, à coopérer et à s'adapter aux éléments, le va'a incarne pleinement les valeurs qui structurent le Schéma.

C'est de cet héritage qu'est né le concept du *Va'a Ora* : une philosophie du « Ora » polynésien, fondé sur les mêmes principes d'équilibre, de coopération et de résilience, où chaque rame et chaque geste contribue à l'équilibre du tout.

Le *Va'a Ora* devient ainsi la boussole et le fil conducteur du SOS : il met en cohérence les valeurs polynésiennes de cohésion, de respect, d'équilibre et de coopération à la planification concrète des politiques de santé.

Il porte la conviction que la santé du peuple polynésien doit avancer comme un *va'a* : avec un cap partagé, des rameurs coordonnés et une direction commune. Tout ce qui contribue au « mieux-être » appartient au même mouvement. Tout ce qui « navigue » vers la santé est partie intégrante du *va'a*.

Le *Va'a Ora*, fondement culturel et identitaire du système de santé polynésien

La santé est un équilibre de vie entre le corps, l'esprit et l'environnement.

Le *Va'a Ora* incarne cette vision holistique. Sa traduction littérale — « la pirogue de la vie » — effleure à peine son sens profond, celui de l'harmonie créée par le *vivre ensemble*, essence même de la vie communautaire polynésienne.

Chaque rame du *Va'a* symbolise une dimension du bien-être :

- la prévention et l'équilibre pour le corps,
- la spiritualité et les valeurs communautaires pour l'esprit,
- la culture et la langue pour l'identité,
- la protection de l'environnement pour la durabilité,
- et la cohésion comme gouvernail qui oriente la pirogue.

Le Schéma d'Organisation Sanitaire 2026–2031 s'appuie sur ce modèle culturel pour donner cohérence et sens à l'ensemble des actions de santé publique.

Le *Va'a Ora*, fil conducteur du SOS, inspire ainsi une politique de santé ouverte, solidaire et ancrée, reliant les approches médicales modernes aux savoirs, valeurs et pratiques traditionnelles du Fenua. Comme les anciennes pirogues doubles du Pacifique, le *Va'a Ora* s'appuie sur un tressage solide de liens maintenus dans un même équilibre.

IV. DE LA VISION AUX ORIENTATIONS : LE TRESSAGE DE LA VOILE DU VA'A ORA

La vision portée par le SOS 2026–2031 est simple : un système de santé n'est véritablement fort que lorsqu'il parvient à relier ses dimensions techniques, humaines et culturelles dans une cohérence d'ensemble.

Pour donner une forme concrète à cette vision, le Schéma adopte la logique du tressage : une structure à la fois solide par son ossature et souple dans sa capacité d'adaptation. Cette approche fait profondément écho à la conception polynésienne du collectif et de la santé.

Dans la culture du Fenua, tresser signifie relier : chaque fibre conserve sa place et sa fonction, mais c'est leur assemblage patient qui fait naître une forme stable, harmonieuse et durable. Héritage ancien, ce savoir-faire a donné naissance aux cordages (taura), aux voiles ('ie) et aux nattes (pē'ue), supports essentiels de la vie quotidienne, des pirogues et des communautés.

Appliqué au système de santé, le tressage en devient la trame structurante : il ne juxtapose pas les composantes, il les articule pour former une ossature cohérente.

Dans la symbolique du *Va'a Ora*, ce tressage prend la forme d'une voile — 'ie — qui capte le vent et transforme la structure en mouvement. Composée de neuf brins — cinq brins directeurs, horizontaux, qui donnent le cap, et quatre brins de cohésion, verticaux, qui relient et soutiennent l'ensemble — la voile du Schéma traduit la vision en action. Elle impulse l'élan, soutient l'effort collectif et met la stratégie du Pays en dynamique partagée.

Ainsi, la force du Schéma ne réside pas dans des axes isolés, mais dans la tension maîtrisée qui relie et équilibre la promotion de la santé, les soins primaires, la continuité des parcours, la spécialisation, l'innovation, la formation, la culture et la gouvernance.

Le *Va'a Ora* et son 'ie incarnent cette organisation : un modèle enraciné dans la culture, fondé sur la coopération et l'articulation des forces, capable d'évoluer avec son environnement tout en conservant un cap commun.

Un tressage à neuf brins

Axes	Titre
A1	Promouvoir la santé dans les milieux de vie
A2	Renforcer les soins primaires de proximité
A3	Assurer la continuité territoriale, la permanence et les urgences dans tous les archipels
A4	Transformer le système hospitalier
A5	Organiser les parcours de santé prioritaires

Piliers de cohésion	Titre
P1	Santé numérique, recherche et innovation
P2	Compétences, attractivité & qualité des pratiques
P3	Santé culturelle & approche <i>Va'a Ora</i>
P4	Gouvernance, coopération et soutenabilité

Ensemble, ces neuf brins assurent la cohésion du système de santé polynésien et donnent corps à la vision du *Va'a Ora*.

V. BRINS HORIZONTAUX : LES AXES QUI FIXENT LE CAP

Axe 1 – Promouvoir la santé dans les milieux de vie

L'axe 1 vise à faire des milieux de vie — familles, écoles, lieux de travail, communes, associations et confessions religieuses — les premiers leviers de promotion de la santé et du bien-être en Polynésie française.

Il repose sur une approche globale, communautaire et culturellement ancrée, considérant la santé comme un équilibre dynamique entre le corps, l'esprit, la culture, l'environnement et le lien social.

Inspiré du modèle polynésien du *Va'a Ora*, cet axe affirme que la promotion de la santé ne se limite pas au système de soins, mais se construit au quotidien, au plus près des populations, dans les espaces où se vivent les choix de vie, les solidarités et les transmissions culturelles.

Il mobilise l'ensemble des acteurs de proximité — familles, communes, monde éducatif, jeunesse, société civile — afin de réduire durablement les inégalités sociales et géographiques de santé dans tous les archipels.

Précarité et inégalités sociales de santé

Un facteur majeur de vulnérabilité sanitaire

La précarité est l'un des déterminants de santé les plus puissants : elle augmente le risque de maladies chroniques, de troubles psychiques, de difficultés alimentaires, d'addictions et de renoncement aux soins.

Elle touche particulièrement les jeunes en internat, les familles modestes, les personnes isolées et les habitants des archipels éloignés.

Ces constats rejoignent ceux du Schéma directeur de l'action sociale et médico-sociale 2025–2030, qui identifie la précarité, l'isolement et les fragilités familiales comme facteurs centraux de vulnérabilité.

Ne pas creuser les inégalités : un enjeu clé du SOS

Les expériences internationales montrent que les programmes de prévention "universels" profitent d'abord aux publics les plus favorisés.

Le SOS 2026–2031 fait donc le choix d'une politique de prévention ciblée, adaptée et culturellement pertinente, pour garantir que ses actions bénéficient en priorité aux personnes les plus vulnérables.

Le *Va'a Ora* : une réponse polynésienne aux inégalités

Le *Va'a Ora* propose une manière polynésienne de construire des politiques de santé en partenariat avec les familles, les communes, les Fare Ora, les acteurs sociaux et les communautés.

Il permet d'adapter les messages aux codes culturels, d'aller vers les publics prioritaires et de co-construire des actions réellement accessibles et utiles.

Cette approche communautaire est essentielle pour réduire les inégalités sociales et de santé dans tous les archipels.

★ Objectif stratégique A1.1 – Promouvoir des modes de vie favorables à la santé

***Va'a Ora* et équilibre de vie**

Dans la vision du *Va'a Ora*, la santé est un équilibre entre le corps, l'esprit, la culture, l'environnement et la vie communautaire. Promouvoir l'alimentation saine, l'activité physique quotidienne et la cohésion dans les espaces du quotidien revient à renforcer les rames du *Va'a Ora*, permettant au peuple polynésien d'avancer ensemble vers le bien-être.

★ *Objectif opérationnel A1.1.1 – Déployer le Va'a Ora comme référentiel culturel transversal de promotion de la santé*

Besoin prioritaire :

Les politiques et actions de promotion de la santé peinent encore à s'ancrer durablement dans les représentations culturelles locales, limitant leur appropriation par la population.

Le *Va'a Ora*, modèle polynésien de santé holistique, constitue un cadre fédérateur permettant de relier identité, cohésion sociale et bien-être, et d'inscrire la promotion de la santé dans une vision partagée et durable.

Actions préconisées :

1. Reconnaître le *Va'a Ora* comme référentiel culturel de promotion de la santé.
2. Intégrer de manière transversale le *Va'a Ora* dans les politiques publiques du Pays et des communes, afin de renforcer une approche intersectorielle de la santé.
3. Inscrire le *Va'a Ora* dans les futurs plans de santé thématiques
4. Décliner les principes du *Va'a Ora* dans les actions de promotion de la santé menées dans les milieux de vie (P3.1.1).
5. Accompagner et former les relais communautaires, acteurs associatifs, confessions religieuses et professionnels à l'approche du bien-être et de l'équilibre de vie.
6. Valoriser les pratiques culturelles favorables à la santé telles que le « jeûne préventif » dans une approche éducative et encadrée.

Réglementation / aspects juridiques :

Charte du *Va'a ora* le reconnaissant comme référentiel culturel de promotion de la santé

Intégration du concept du *Va'a Ora* dans les Plans de Santé 2026–2036.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 1.1.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Dès 2026 : charte du *Va'a ora* et inscription dans les plans santé

Bénéfices attendus :

- Promotion mieux ancrée dans la culture polynésienne, adaptée aux représentations locales de la santé et du bien-être.
- Mobilisation communautaire renforcée autour de pratiques de santé intégratives, valorisant équilibre, vie saine et solidarité.

Niveau de difficulté :

Moyen : nécessite essentiellement de la coordination intersectorielle Culture–Santé–Communes.

Indicateur :

% de programmes de promotion de la santé intégrant le référentiel <i>Va'a Ora</i>	50 % d'ici 2031
---	-----------------

★ *Objectif opérationnel A1.1.2 – Améliorer l'équilibre nutritionnel et promouvoir une alimentation saine dans les milieux de vie*

Besoin prioritaire :

Le surpoids et l'obésité progressent sous l'effet combiné des environnements alimentaires défavorables, de contraintes économiques, de transformations sociales rapides et d'une disponibilité accrue de produits ultra-transformés. Ces facteurs créent des écarts importants entre les archipels et limitent l'accès à une alimentation saine et locale. Une action coordonnée sur les environnements de vie est indispensable pour réduire durablement les risques nutritionnels et renforcer l'autonomie des familles.

Actions préconisées :

1. Inscrire la création d'environnements favorables à l'équilibre nutritionnel comme priorité du Plan de Prévention et de Promotion de la Santé 2026–2036.
2. Renforcer la coopération intersectorielle entre Santé, Éducation, Agriculture et collectivités afin d'intégrer des objectifs nutritionnels communs dans les politiques publiques.
3. Mettre en place un cadre réglementaire et économique facilitant l'accès aux produits sains et encadrant la commercialisation des produits gras, salés et sucrés.
4. Valoriser les pratiques alimentaires locales et traditionnelles comme leviers de santé.
5. Sensibiliser la population à travers des campagnes cohérentes avec le référentiel *Va'a Ora*.

Réglementation / aspects juridiques :

Plan de prévention et de promotion de la santé 2026–2036.

Loi du pays encadrant la commercialisation et la publicité des produits gras salés sucrés.

Dispositif réglementaire permettant d'abaisser le coût des produits sains.

Calendrier :

2026 - pour les actions de prévention et de promotion de la santé et l'encadrement des produits gras, salés, sucrés

	2026	2027
A 1.1.2	Déploiement	Terminé

Bénéfices attendus :

- Amélioration de l'équilibre nutritionnel et recul progressif du surpoids.
- Meilleure cohérence entre santé, agriculture, éducation et collectivités.
- Valorisation des pratiques alimentaires traditionnelles et locales.
- Renforcement du pouvoir d'agir des familles et des communautés.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la modification des comportements alimentaires est complexe et longue et une concertation avec les commerçants devra être mise en place pour l'encadrement des conditions de commercialisation.

Indicateurs :

% des actions du Plan de Prévention et de Promotion de la Santé 2026–2036 consacrées à la création d'environnements favorables à l'équilibre nutritionnel	≥ 10 % d'ici 2026
Baisse d'importation des Produits gras salés sucrés (PGSS)	-10% d'ici 2029

★ *Objectif opérationnel A1.1.3 – Promouvoir, déployer et renforcer l'activité physique comme mode de vie*

Besoin prioritaire :

La sédentarité, favorisée par l'organisation actuelle des milieux de vie et par des modes de vie de plus en plus statiques, constitue un déterminant majeur du surpoids, des maladies chroniques et de la fragilité mentale et sociale. Les environnements ne facilitent pas suffisamment l'activité physique au quotidien, et les politiques publiques n'intègrent pas encore pleinement la culture du mouvement.

Il est nécessaire d'agir sur les espaces de vie pour rendre l'activité physique accessible, attractive et intégrée à tous les âges.

Actions préconisées :

1. Inscrire l'activité physique comme composante essentielle du mode de vie et du bien-être dans les politiques publiques.
2. Favoriser la mise en place et l'accès à des environnements facilitant la mobilité active et l'activité physique quotidienne à tous les âges.
3. Structurer l'organisation de l'activité physique adaptée (APA).
4. Développer l'activité physique dans les écoles, les lieux de travail et les communes.
5. Encourager les initiatives locales et communautaires favorisant le mouvement et la cohésion sociale.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays relative à l'activité physique adaptée.

Cadre réglementaire des incitations.

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030
A 1.1.3	Lancement	Déploiement	Consolidation	Terminé

2027 : cadre réglementaire de l'APA

Bénéfices attendus :

- Hausse de la pratique régulière d'activité physique dans la population.
- Réduction du surpoids et amélioration de la santé cardio-métabolique.
- Maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des seniors.
- Amélioration du bien-être mental et social.
- Intégration de la culture du mouvement dans les politiques locales.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la modification des comportements est complexe et longue et une concertation avec les professionnels de l'activité physique et les professionnels de santé devra être mise en place pour encadrer l'APA.

Indicateurs :

% des politiques, dispositifs ou programmes publics intégrant explicitement l'activité physique comme levier de santé et de bien-être	≥ 50 % d'ici 2031
Existence d'une organisation structurée de l'APA	Oui/non – 2028

Objectif stratégique A1.2 – Consolider et renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les politiques éducatives et de la jeunesse

Objectif opérationnel A1.2.1 – Généraliser la démarche "École et CJA en santé"

Besoin prioritaire :

L'école et les centres de jeunes adolescents (CJA) sont des milieux clés pour l'acquisition durable des comportements favorables à la santé.

Cependant, la démarche "École et CJA en santé" reste inégalement déployée, les pratiques varient d'un archipel à l'autre et les équipes éducatives et de santé scolaire manquent de ressources structurées pour intégrer la santé dans leurs projets éducatifs.

La participation des jeunes doit également être renforcée pour garantir l'appropriation durable des compétences de vie et une cohérence éducative sur tout le Pays.

Actions préconisées :

1. Généraliser l'intégration de la promotion de la santé globale dans les politiques éducatives.
2. Déployer progressivement la démarche "École et CJA en santé" sur l'ensemble du Pays.
3. Inscrire la participation des jeunes comme principe structurant de l'élaboration des programmes de santé en milieu éducatif.
4. Former et accompagner les équipes éducatives et de santé scolaire.

Réglementation / aspects juridiques :

Actualisation de la charte de collaboration entre la DGEE et la direction de la Santé

Calendrier :

	2026	2027	2028
A 1.2.1	Lancement	Déploiement	Terminé

Bénéfices attendus :

- Émergence d'une génération consciente de sa santé et du bien-être collectif.
- Appropriation durable des comportements favorables à la santé.
- Réduction des comportements à risque et des violences.
- Renforcement du respect, du consentement et de la cohésion sociale.
- Meilleure coordination entre Éducation, Santé et Jeunesse.

Niveau de difficulté :

Moyen : essentiellement en raison du nombre important d'acteurs concernés à former ou à engager dans la démarche « École et CJA en santé ».

Indicateurs :

% d'écoles/CJA engagés dans la démarche "École et CJA en santé"	90 % d'ici 2031
Actualisation de la charte de collaboration entre la DGEE et la direction de la Santé intégrant la promotion de la santé globale	Oui/non – 2026

Objectif opérationnel A1.2.2 – Développer le périscolaire "Santé- Education-Culture-Activité physique"

Besoin prioritaire :

Le temps périscolaire représente un espace stratégique d'éducation informelle et communautaire. Il offre une opportunité majeure pour promouvoir une santé globale, en articulant activité physique, culture, lien social et équilibre émotionnel, tout en réduisant les inégalités d'accès aux actions de santé et de bien-être entre les archipels.

Actions préconisées :

1. Définir un cadre commun d'intervention du périscolaire, associant santé, éducation, culture et activité physique, en cohérence avec le modèle du *Va'a Ora*.
2. Intégrer le périscolaire « Santé–Éducation–Culture–Activité physique » dans les dispositifs existants « École et CJA en santé » et « Commune en santé », afin d'assurer une cohérence d'ensemble à l'échelle du Pays.
3. Renforcer l'articulation entre écoles, CJA, communes, associations, clubs et acteurs communautaires, pour garantir la continuité éducative, sociale et sanitaire autour de l'enfant et de l'adolescent.
4. Expérimenter le dispositif dans des archipels pilotes, en s'appuyant sur les cadres et partenariats définis, avant toute généralisation.
5. Déployer progressivement, dans les communes prioritaires, des programmes périscolaires « Santé–Éducation–Culture–Activité physique »

Réglementation / aspects juridiques :

Actualisation des dispositifs « École et CJA en santé » et « Commune en santé ».

Adaptation des critères d'attribution des subventions afin de soutenir les actions périscolaires contribuant à la promotion de la santé globale.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029
A 1.2.2	Lancement	Déploiement	Consolidation	Terminé

Bénéfices attendus :

- Accessibilité équitable des activités de santé et bien-être dans tous les archipels.
- Réduction des inégalités sociales et géographiques de santé.
- Renforcement des liens entre écoles, CJA, communes, associations, clubs et acteurs communautaire.
- Développement précoce de comportements favorables à la santé et au vivre-ensemble.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : l'actualisation des critères d'attribution des aides en santé et des critères d'écoles et CJA en santé ne présentent pas de difficulté particulière.

Indicateur :

% d'écoles disposant d'un périscolaire intégrant la santé globale (culture, activité physique, bien-être)	≥ 50 % d'ici 2030
---	-------------------

Vers une jeunesse polynésienne actrice de sa santé

Le développement de la jeunesse polynésienne repose sur une éducation à la santé globale, intégrant de manière équilibrée le corps, l'esprit, la culture et le lien à la nature.

Cette approche vise à accompagner les enfants et les jeunes dans toutes les dimensions de leur bien-être — physique, mentale, sociale, culturelle et environnementale — en cohérence avec les valeurs du Fenua.

Elle inclut l'éducation à la vie affective, émotionnelle et sexuelle, abordée avec respect et responsabilité, afin de favoriser des relations fondées sur la bienveillance, le consentement et la dignité.

Elle encourage également la connaissance et le respect de la nature comme composantes essentielles de la santé, de l'équilibre et du sentiment d'appartenance.

Dans cette perspective, l'école, les CJA, communes, associations, clubs et acteurs communautaires constituent ensemble les rames du *Va'a Ora* en proximité pour la jeunesse, autour de repères partagés :

- la culture comme socle identitaire,
- la nature comme environnement à préserver,
- l'activité physique comme mouvement de vie,
- l'équilibre émotionnel comme *peperu*.

L'association des jeunes à l'élaboration des programmes de santé apparaît ainsi essentielle pour garantir des actions adaptées, cohérentes et durables.

Ces orientations s'inscrivent dans le Plan de Prévention et de Promotion de la Santé 2026–2036 et contribuent à l'émergence d'une génération *Va'a Ora*, consciente de ses choix de vie, respectueuse de son environnement et engagée dans ses responsabilités collectives

Objectif stratégique A1.3 – Mobiliser les acteurs de proximité pour une santé communautaire

Objectif opérationnel A1.3.1 – Dynamiser et accompagner l'action communale en santé

Besoin prioritaire

Les communes sont au cœur de la santé de proximité.

Leur engagement, déjà fort dans les domaines de l'environnement, du sport, de la jeunesse et de la cohésion sociale, constitue un levier essentiel pour la promotion de la santé et le bien-être des populations.

L'objectif est de renforcer leur accompagnement, de valoriser leurs initiatives et de faciliter la coopération intercommunale pour amplifier leur impact sur les déterminants de santé.

Actions préconisées :

1. Soutenir le dispositif "Commune en santé" comme cadre de référence de l'action communale en matière de promotion de la santé et de bien-être.
2. Positionner le dispositif "Commune en santé" comme un levier structurant du SOS, en cohérence avec les priorités stratégiques et les dispositifs existants.
3. Actualiser le dispositif "Commune en santé" comme cadre d'accès et de déploiement des dispositifs de promotion de la santé (*Arata'i Ora*, *Va'a Ora*, jardins pédagogiques, santé mentale, alimentation saine à l'école, périscolaire, etc.), sans se substituer aux cadres de pilotage sectoriels.
4. Accompagner les communes dans la mise en œuvre de leurs projets de santé, en cohérence avec les priorités du SOS et les besoins identifiés.

5. Valoriser la progression des communes au sein du dispositif « Commune en santé », selon une logique de niveaux (Bronze → Argent → Or).

Réglementation / aspects juridiques :

Actualiser le dispositif de « Commune en santé »

Calendrier :

	2026	2027
A 1.3.1	Lancement, Déploiement et Consolidation	Terminé

Bénéfices attendus :

- Communes accompagnées pour agir sur les déterminants de santé.
- Gouvernance locale structurée et cohérente avec les politiques du Pays.
- Dynamique de santé durable et partagée à l'échelle du Pays.
- Visibilité accrue des initiatives locales à travers le label « Commune en santé ».

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : l'actualisation du cadre commune en santé ne présente pas de difficultés techniques particulières mais des concertations avec les communes sont nécessaires pour les engager dans la démarche « Commune en santé ».

Indicateurs :

% de communes engagées dans le dispositif "Commune en santé"	50 % d'ici 2031
Existence d'un cadre actualisé du dispositif "Commune en santé"	Oui/non – 2026

Les communes, rames du *Va'a Ora*

Dans la pirogue du *Va'a Ora*, chaque commune est une rame essentielle : elle donne l'impulsion, maintient la trajectoire et relie les rameurs.

En intégrant la santé dans leurs politiques locales, les communes traduisent le modèle polynésien du bien-être au quotidien : alimentation saine, environnement équilibré, lien social, activité physique et entraide.

Objectif opérationnel A1.3.2– Intégrer les effecteurs de message : les Arata'i Ora dans le maillage sanitaire communautaire

Besoin prioritaire :

Le renforcement de la santé de proximité nécessite des relais de confiance capables d'agir au plus près des populations.

Les Arata'i Ora, volontaires formés à la promotion de la santé, à la prévention, à l'écoute et à l'orientation, constituent un levier essentiel pour renforcer le lien entre la population, les communes, les Fare Ora et les structures de santé.

Actions préconisées :

1. Déployer et accompagner le dispositif Arata'i Ora dans tous les archipels.
2. Intégrer les volontaires dans les équipes locales de promotion de la santé et les comités locaux de santé communaux.

Règlementation / aspects juridiques :

Loi du Pays relative aux Arata'i Ora adoptée en 2025

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029
A 1.3.2	Lancement	Déploiement	Consolidation	Terminé

Bénéfices attendus :

- Renforcement du lien entre la population et les structures de santé.
- Couverture accrue dans les archipels et les quartiers prioritaires.
- Amélioration de la confiance et de la réactivité du système de santé de proximité.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : la loi du pays est adoptée et les budgets ont été sécurisés : il conviendra cependant de veiller à la coordination interministérielle et au suivi à l'échelle locale du déploiement des Arata'i ora.

Indicateur :

% d'archipels couverts par le dispositif Arata'i Ora	100 % d'ici 2028
--	------------------

Arata'i ora

Le dispositif Arata'i Ora, créé par Loi du Pays n° 2025-31 du 13 octobre 2025, incarne une innovation polynésienne en matière de santé communautaire.

Inspiré des valeurs du *Va'a Ora*, il repose sur la mobilisation de volontaires de proximité formés à la promotion de la santé, à la prévention, à l'écoute et à l'orientation.

Véritables messagers de santé, les Arata'i Ora assurent un lien direct entre la population, les communes, les Fare Ora, les comités locaux de santé, le réseau associatif et les institutions sanitaires.

Leur mission vise à relayer les messages de santé publique, à favoriser la prévention au plus près des familles et à repérer précocement les besoins de santé, notamment dans les quartiers prioritaires et les archipels éloignés.

Le dispositif s'appuie sur une formation certifiée, un accompagnement et un pilotage coordonné avec le ministère de la Santé.

Ancré dans le Plan de Prévention et de Promotion de la Santé 2026–2036, le dispositif Arata'i Ora constitue un levier majeur d'équité et de renforcement de la confiance entre la population et le système de santé.

Objectif opérationnel A1.3.3 – Renforcer les capacités, la reconnaissance et la coordination des acteurs communautaires

Besoin prioritaire :

Les associations, confessions religieuses et acteurs communautaires jouent un rôle essentiel dans la promotion de la santé au plus près des populations. Leur action gagnerait à être davantage structurée, coordonnée et reconnue afin d'assurer la qualité, la pérennité et la cohérence des interventions menées.

Actions préconisées :

1. Définir et formaliser un cadre commun d'engagement des acteurs communautaires en santé, à travers une charte reconnue par le Pays.
2. Structurer une coordination des actions communautaires en lien avec les priorités du SOS.
3. Déployer des programmes de formation et d'accompagnement des acteurs communautaires.
4. Valoriser et pérenniser les actions exemplaires par des mécanismes de reconnaissance et de financement pluriannuel.
5. Instaurer une évaluation structurée et participative des actions.

Réglementation / aspects juridiques :

Rédaction de la charte d'engagement communautaire et de reconnaissance des actions exemplaires

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029
A 1.3.3	Lancement	Lancement	Déploiement & consolidation	Terminé

Bénéfices attendus :

- Acteurs communautaires mieux formés et reconnus.
- Actions locales pérennes et de qualité.
- Renforcement du partenariat entre société civile et institutions publiques.

Niveau de difficulté :

Moyen : une période de concertation entre les acteurs concernés sera nécessaire, afin d'aboutir à un consensus sur le cadre commun d'engagement et sur le programme de formation et d'accompagnement.

Indicateur :

% d'associations et d'acteurs communautaires signataires de la charte d'engagement en santé communautaire	70 % d'ici 2031
---	-----------------

Facteurs clés de réussite – Axe 1

- ✓ Adhésion institutionnelle et professionnelle au modèle polynésien de santé *Va'a Ora*.
- ✓ Coordinations intersectorielles formalisées entre Santé, Éducation, Culture, Jeunesse, Sport et Communes.
- ✓ Dispositifs structurés d'animation.
- ✓ Ressources humaines de proximité formées à la promotion de la santé globale.
- ✓ Outils communs et cohérents de communication et d'intervention en milieux de vie.
- ✓ Mécanismes de soutien, de reconnaissance et de financement des initiatives locales.
- ✓ Capacité d'adaptation opérationnelle aux réalités culturelles et géographiques des archipels.
- ✓ Intégration transversale de la santé et du bien-être dans les politiques locales.

Les actions de l'Axe 1 sont évaluées dans le cadre de la politique d'évaluation portée par l'objectif stratégique P 4.2 du pilier 4 (cartographie, Observatoire, indicateurs).

Axe 2 – Renforcer les soins primaires de proximité

Les soins de santé primaires constituent le socle du système de santé. Ils assurent, au plus près des populations, la prévention, le dépistage, les soins courants, l'accompagnement des maladies chroniques et la continuité des parcours de santé tout au long de la vie.

En Polynésie française, la dispersion géographique, l'éloignement des îles, l'hétérogénéité des infrastructures et la variabilité de la présence médicale génèrent des retards de recours aux soins, des complications évitables et un recours encore important aux évacuations sanitaires. Ces contraintes rendent indispensable une organisation des soins primaires adaptée aux réalités des archipels, fondée sur la proximité, la gradation des réponses et la coordination des acteurs.

Cet axe vise à structurer un modèle de soins primaires équitable, lisible et soutenable, garantissant à chaque habitant un accès effectif à une offre de soins de base, quel que soit son lieu de résidence. Il s'appuie sur une combinaison de leviers complémentaires : prévention et détection précoce, organisation différenciée de l'offre selon les îles, mobilité sanitaire, télésanté et mobilisation des relais communautaires.

En cohérence avec le modèle *Va'a Ora*, cet axe renforce la capacité de chaque rame — le soin, la prévention, le Pays et la communauté — à avancer dans un même cap : soigner tôt, soigner juste et soigner au plus près des lieux de vie, dans l'ensemble des archipels.

Les soins de santé primaires selon l'OMS Pacifique

Les soins de santé primaires (SSP) constituent la base du système de santé dans les îles du Pacifique. Selon l'OMS, ils offrent des services intégrés, accessibles et équitables, au plus près des communautés, tout au long du parcours de vie : prévention, dépistage, soins courants, accompagnement des maladies chroniques, réhabilitation et soutien au bien-être. Ils reposent sur :

- des services complets et coordonnés ;
- des politiques agissant sur les déterminants de santé ;
- la participation active des familles et des communautés.

Ce modèle inspire directement la vision polynésienne *Va'a Ora*, qui relie le soin, le Pays et la communauté pour garantir à chaque habitant un accès de proximité, équitable et culturellement adapté.

★ Objectif stratégique A2.1 Organiser l'accès équitable aux soins primaires dans tous les archipels

★ Objectif opérationnel A2.1.1 – Définir une offre de soins primaires adaptée à chaque île

Besoin prioritaire :

L'accès aux soins primaires demeure très inégal selon les îles en raison de l'éloignement, des contraintes géographiques, de l'hétérogénéité des infrastructures et de la disponibilité limitée de professionnels. La soutenabilité du système ne permet pas une présence médicale uniforme. Une offre minimale et homogène, adaptée aux profils des îles, est nécessaire pour garantir l'équité et la sécurité des soins dans tous les archipels.

Actions préconisées :

1. Définir des catégories d'îles fondées sur des critères objectifs (population, isolement, accessibilité, infrastructures), en intégrant un coefficient d'accessibilité sanitaire.
2. Définir une offre minimale de soins primaires adaptée à chaque catégorie d'île, pouvant être assurée par des acteurs publics et/ou privés.
3. Organiser la programmation des soins par archipels avec le Centre de coordination de santé numérique des îles (A3.2.1) pour assurer une réponse graduée : proximité, télésanté, missions programmées.

Réglementation / aspects juridiques :

Instaurer réglementairement les catégories d'île et l'offre de soins associée

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 2.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026-2027 : Définition des catégories d'île et de leur offre de soin minimale

2028-2031 déploiement progressif

Bénéfices attendus :

- Réduction des inégalités d'accès aux soins primaires.
- Amélioration de la prise en charge des pathologies fréquentes dans chaque île.
- Diminution des hospitalisations évitables et des évacuations sanitaires non urgentes.
- Renforcement de l'autonomie sanitaire des archipels et sécurité accrue des patients.

Niveau de difficulté :

Elevé : la définition des catégories d'île est un exercice complexe, en l'absence de données de santé complètes. Par ailleurs, une fois l'offre minimale définie, il faudra en assurer le déploiement et donc la source de financement.

Indicateur :

% d'îles disposant de l'offre minimale de soins primaires définie pour leur catégorie	80 % d'ici 2031
---	-----------------

★ *Objectif opérationnel A2.1.2 – Déployer et coordonner la mobilité et la télésanté*

Besoin prioritaire :

Dans les archipels éloignés, la continuité des soins primaires est fragilisée par l'isolement géographique, la variabilité des ressources médicales disponibles et les contraintes logistiques de transport.

L'accès équitable nécessite une organisation structurée qui combine une mobilité sanitaire planifiée, une présence médicale séquentielle, une coopération interprofessionnelle et de la télésanté opérationnelle.

Actions préconisées :

1. Organiser la mobilité sanitaire avec les communes et les services du Pays, sous coordination du Centre de coordination de santé numérique des Îles.
2. Planifier des missions régulières de soins primaires, incluant la présence médicale séquentielle.
3. Déployer la télésanté dans toutes les structures sanitaires publiques pour assurer la continuité des soins à distance.
4. Encadrer la prise en charge à distance grâce à des protocoles de coopération.
5. Former les professionnels à la télémédecine, à la prise en charge protocolisée et à la sécurité des données.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays relative aux données de santé et à la santé numérique

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 2.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation

2026 : Loi du pays relative aux données de santé et à la santé numérique

2027 : déploiement numérique au sein du Centre de coordination de santé numérique des Îles

Bénéfices attendus :

- Réduction des évacuations sanitaires évitables.
- Amélioration de la continuité des soins et du suivi des patients isolés.
- Équité renforcée et optimisation de la coordination sanitaire inter-îles.

Niveau de difficulté :

Elevé : cet objectif nécessite la réalisation de plusieurs actions complexes : raccordement très haut débit, sécurisé et fiable des dispensaires, élaboration d'un outil informatique adapté au contexte et aux spécificités polynésiennes, respect des règles liées aux données personnelles, mise en place du Centre de coordination de santé numérique des Îles (A3.2.1).

Indicateurs :

% de missions séquentielles réalisées par rapport à celles planifiées	90 % d'ici 2029
% de dispensaires équipés d'un point de connexion sécurisé télésanté	100% d'ici 2030
Évolution du taux d'EVASAN évitables	-15 % d'ici 2031

★ *Objectif opérationnel A2.1.3 – Déployer des unités mobiles de santé polyvalentes*

Besoin prioritaire :

Dans de nombreuses îles, la présence d'un dispensaire ou d'une infirmerie ne garantit pas un accès effectif aux soins en raison de l'éloignement des habitations, du manque de transports et de la dispersion de la population. Cette situation entraîne des renoncements aux soins, des retards diagnostiques et une aggravation des inégalités.

Une réponse mobile de proximité est nécessaire pour amener les soins, le dépistage et la prévention directement auprès des populations les plus isolées.

Actions préconisées :

1. Déployer des unités mobiles de santé réalisant des tournées régulières par archipel.
2. Assurer lors de ces tournées des consultations de médecine générale et, selon faisabilité, des consultations et soins avancés en présentiel ou en téléexpertise.
3. Intégrer dans les missions mobiles des dépistages protocolisés, des bilans de santé et des actions de prévention.
4. Articuler les unités mobiles avec les catégories d'îles définies dans A2.2.1.

Réglementation / aspects juridiques :

Encadrer l'exercice de la médecine ambulante

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 2.1.3	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2027 : déploiements des premières unités mobiles, dotées de moyens logistiques nécessaires

Bénéfices attendus :

- Diminution des iniquités d'accès aux soins primaires
- Meilleur suivi, dépistage et prévention des maladies avec des diagnostics précoces
- Réduction des évasans

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : il est facile d'acquérir des unités mobiles, ce type d'équipement existants notamment dans l'hexagone, mais leur déploiement effectif soulève des contraintes logistiques (circulation « inter-île ») et organisationnelles (mobilisation des ressources RH)

Indicateurs :

% d'îles prioritaires couvertes par au moins une tournée annuelle	80 % des îles prioritaires d'ici 2030
% de la population des zones à faible accessibilité ayant bénéficié d'une tournée	70% d'ici 2031

★ *Objectif opérationnel A2.1.4 – Intégrer les Arata'i Ora comme facilitateurs d'accès aux soins primaires*

Besoin prioritaire :

Les contraintes géographiques et l'éloignement des structures de soin ne sont pas la seule cause des inégalités d'accès aux soins. Plusieurs obstacles non médicaux (absence information ou d'orientation, manque de moyens logistiques ou de transports) restreignent également l'accès aux soins, surtout dans les archipels éloignés. Pour renforcer l'équité d'accès et la continuité des parcours, un accompagnement de proximité est indispensable.

Actions préconisées :

1. Mobiliser les Arata'i Ora pour accompagner les habitants dans l'accès aux soins primaires (prise de rendez-vous, rappels, orientation, informations utiles).
2. Soutenir l'adhésion aux soins, notamment pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles (MNT).
3. Articuler l'action des Arata'i Ora avec les équipes de soins primaires afin de fluidifier les parcours et réduire les ruptures de suivi.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays relative aux Arata'i ora

Politiques publiques de déploiement des Arata'i ora via les services et établissements du Pays ou via les associations

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 2.1.4	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2026 : phase pilote Fare Tama Hau

2027 : déploiement via les associations, en soutien du déploiement opéré par les services et entités de la Polynésie française

Bénéfice attendu :

- réduction des ruptures de suivi
- amélioration de l'équité d'accès aux soins primaires.

Niveau de difficulté :

Facile : la loi du pays est adoptée et les budgets pour la phase pilote ont été sécurisés : il conviendra cependant de veiller à la coordination interministérielle et au suivi à l'échelle locale du déploiement des Arata'i ora.

Indicateurs :

Nombre d'Arata'i Ora formés et déployés dans les îles prioritaires	+50 d'ici 2028
Nombre d'actions de proximité réalisées annuellement par les Arata'i Ora	+30 % d'ici 2030

Ouverture stratégique : renforcer les prérogatives des professionnels de santé et des pharmacies de proximité

Pour renforcer l'accès de proximité aux soins courants, les métiers de santé peuvent évoluer dans le cadre de protocoles validés :

Pharmacies de proximité

Les officines pourront :

- participer aux campagnes de vaccination élargies (rattrapage, campagnes spéciales),
- dispenser et adapter certains traitements simples (infections urinaires simples, affections respiratoires aiguës...) dans le cadre de protocoles validés,
- jouer un rôle de relais de santé publique dans les archipels éloignés : conseil, rappel vaccinal, orientation, soutien à l'observance.

Autres professionnels de santé

Les autres professions (infirmiers, sage-femmes, kinésithérapeutes, etc.) exerceront également leurs missions élargies afin de renforcer la réponse de proximité et la continuité du soin.

Objectif stratégique A2.2 Renforcer la prévention et le dépistage précoces dans les soins primaires

Objectif opérationnel A2.2.1 – Intégrer la prévention clinique dans chaque consultation

Besoin prioritaire :

La prévention clinique (conseil bref, repérage des facteurs de risque, actualisation vaccinale, information sanitaire) n'est pas encore systématiquement intégrée dans les consultations.

Les professionnels manquent d'outils simples, harmonisés et mobilisables rapidement dans le flux des soins. Or cette prévention de premier niveau est un levier essentiel pour réduire durablement les risques et favoriser l'autonomie des personnes face à leur santé.

Actions préconisées :

1. Outiller les professionnels pour intégrer un acte de prévention clinique à chaque contact
2. Former les professionnels à la prévention clinique intégrée
3. Organiser l'intégration de la prévention clinique dans les pratiques de soins primaires

Réglementation / aspects juridiques :

Les référentiels, outils pédagogiques et supports associés seront élaborés dans le cadre des orientations fixées par le Plan de prévention et de promotion de la santé 2026–2036

Calendrier :

	2027	2028	2029
A 2.2.1	Lancement & Déploiement	Consolidation	Terminé

Bénéfices attendus :

- Prévention intégrée au soin courant.
- Détection plus précoce des comportements à risque.

Niveau de difficulté :

Moyenne : principalement en raison du délai nécessaire pour former les soignants volontaires

Indicateurs :

% de soignants volontaires formés à la prévention clinique	100% d'ici 2029
% de structures de soins primaires ayant intégré les outils de prévention clinique	100 % des structures publiques et 50 % des structures privées d'ici 2028

*Objectif opérationnel A2.2.2 - Améliorer l'accès au dépistage précoce de proximité***Besoin prioritaire :**

Les îles éloignées rencontrent des difficultés d'accès au dépistage à cause de la centralisation des plateaux techniques, de capacités locales insuffisantes et d'un manque de moyens logistiques.

Ces limites entraînent des diagnostics tardifs, des complications évitables et une dépendance accrue aux évacuations sanitaires.

Renforcer les capacités locales de dépistage est indispensable pour améliorer la précocité des diagnostics et réduire les inégalités à l'échelle locale.

Actions préconisées :

1. Harmoniser les protocoles de dépistage et les diffuser à l'ensemble des professionnels (public et privé) pour garantir une pratique homogène sur tous les archipels.
2. Doter les équipes de soins primaires du matériel nécessaire (kits de dépistage, échographes connectés, auto-prélèvements HPV, mammographes portables selon faisabilité).
3. Former les professionnels au dépistage adapté aux besoins locaux (RAA, cancer, maladies chroniques etc.).
4. Mobiliser les unités mobiles (A1.3.2) lorsque pertinent pour soutenir la logistique du dépistage dans les îles isolées.

Réglementation / aspects juridiques : N/A**Calendrier :**

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 2.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2027 : mise à disposition des premiers matériels et protocoles.

2030 : contribution des unités mobiles.

Bénéfice attendu :

- Diagnostics plus précoces.
- Réduction des complications et des évacuations sanitaires évitables.
- Renforcement de l'autonomie des structures locales.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : l'acquisition du matériel nécessite au préalable des études pour déterminer la faisabilité et la pertinence des équipements envisagés, de plus la formation est parfois complexe, en particulier pour les soignants des îles qui n'ont pas toujours les moyens logistiques (connexion haut débit) ou opérationnel (nécessité de remplaçant pendant les formations) pour les suivre

Indicateurs :

% de soignants formés à la prévention clinique	70% d'ici 2029
% de structures de soins primaires ayant intégré les outils de prévention clinique	100 % des structures publiques et 50 % des structures privées d'ici 2028

*Objectif opérationnel A2.2.3 – Maintenir et étendre la couverture vaccinale***Besoin prioritaire :**

Des écarts de couverture vaccinale persistent entre archipels et âges, exposant la population à des épidémies évitables. Le maintien d'une immunité collective élevée nécessite une coordination accrue, des outils numériques fiables et une meilleure adhésion de la population.

Actions préconisées :

1. Renforcer la gouvernance en formalisant un Conseil technique de vaccination.
2. Actualiser le calendrier vaccinal de l'enfant et élaborer un calendrier vaccinal de l'adulte en garantissant leur financement.
3. Moderniser le suivi vaccinal avec le carnet vaccinal numérique intégré au Dossier patient informatisé (DPI)
4. Intégrer la vaccination dans les parcours existants : bilans scolaires, consultations de soins primaires, campagnes communautaires.
5. Renforcer l'adhésion de la population avec des actions de communication culturelle (*Va'a Ora, Arata'i Ora*).

Réglementation / aspects juridiques :

Actualisation par loi du pays de la délibération relative à la vaccination et de ses arrêtés d'application

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030
A 2.2.3	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Terminé

2026 : évaluation médico économique de l'actualisation du calendrier vaccinal

2027-2028 : déploiement du carnet vaccinal numérique au sein du dossier patient informatisé

Bénéfices attendus :

- Meilleure couverture vaccinale.
- Prévention des épidémies évitables.

Niveau de difficulté :

Moyen : l'adhésion sociale à la vaccination reste complexe, ainsi que la logistique associée aux campagnes de vaccination dans les îles (le transport de vaccins nécessite des précautions particulières de conservation)

Indicateurs :

Formalisation du Conseil technique de vaccination	Oui/Non – 2026
Actualisation du calendrier vaccinal enfant et création du calendrier vaccinal adulte	Oui/Non – 2028
% de couverture vaccinale dans les îles prioritaires	+20% d'ici 2031
% d'enfants avec carnet vaccinal numérique	70 % d'ici 2028

*Objectif opérationnel A2.2.4– Renforcer la lutte antivectorielle (LAV)***Besoin prioritaire :**

Les épidémies vectorielles restent récurrentes en Polynésie française et les capacités d'intervention varient selon les archipels, en raison d'équipements, de ressources humaines et de pratiques hétérogènes. Cette inégalité fragilise la prévention et retarde la réaction aux épisodes épidémiques. Un renforcement coordonné à l'échelle du Pays de la lutte antivectorielle est nécessaire pour réduire durablement les risques.

Actions préconisées

1. Renforcer la prévention communautaire sur la réduction des gîtes et la protection individuelle.
2. Consolider les moyens à l'échelle locale : équipements, formation, ressources humaines.
3. Structurer la coopération avec les communes.
4. Moderniser la surveillance entomologique.

Réglementation / aspects juridiques :

Intégrer la lutte antivectorielle dans les objectifs du plan de santé globale

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 2.2.4	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2026 : intégration de la lutte antivectorielle dans le plan de santé globale 2026-2036

Bénéfices attendus :

- Moins d'épidémies vectorielles.
- Meilleure appropriation des gestes de prévention.

Niveau de difficulté :

Moyen : la LAV repose beaucoup sur l'implication de la population (destruction des gîtes de moustique)

Indicateurs :

% de réduction de dengues déclarées	-30% d'ici 2031
% de communes disposant d'un dispositif opérationnel de lutte antivectorielle	≥ 50% d'ici 2031

Facteurs clés de réussite – Axe 2

- ✓ Reconnaissance organisationnelle et financière des soins primaires comme socle du système
- ✓ Modèle d'offre de soins différencié et formalisé selon les catégories d'îles
- ✓ Stabilité minimale des ressources humaines médicales et paramédicales dans les archipels
- ✓ Dispositifs structurés de mobilité sanitaire et de présence séquentielle
- ✓ Outils numériques opérationnels au service de la coordination clinique et de la télésanté
- ✓ Référentiels communs de pratiques en prévention, dépistage et suivi
- ✓ Intégration formalisée des relais communautaires dans l'organisation des soins primaires

Axe 3 – Assurer la continuité territoriale, la permanence et les urgences dans tous les archipels

Garantir une continuité sanitaire effective dans tous les archipels est un enjeu vital pour la cohésion du système de santé polynésien.

Cet axe vise à assurer la mobilité des patients et des soignants, la réponse médicale d'urgence et la résilience du système face aux crises épidémiques, climatiques ou logistiques, à l'échelon local mais également régional dans le cadre de la coopération internationale dans le Pacifique sud.

L'objectif est de bâtir un modèle intégré, capable d'assurer la sécurité sanitaire, la coordination opérationnelle et la réactivité des soins, même dans les îles les plus isolées.

Focus stratégique – Le *Va'a Ora* :

Comme une pirogue reliant les archipels, le système de santé doit permettre à chaque rameur — patient, professionnel, établissement, commune — d'avancer au même rythme vers la santé collective.

L'Axe 3 relie les volets opérationnels (AMU, EVASAN, coordination) et les volets humains (formation, résilience, solidarité) dans une logique unifiée.

★ Objectif stratégique A3.1 – Garantir la continuité territoriale et l'équité d'accès aux soins dans tous les archipels

Contexte de la continuité territoriale sanitaire

L'accès aux soins est, dans certains cas, freiné par l'impossibilité pour les patients de se rendre sur le lieu de soin, quel que soit le moyen de transport disponible — aérien, maritime ou terrestre.

Dans les archipels autres que les Îles du Vent, les évacuations sanitaires (EVASAN) programmées sont organisées et prises en charge par l'assurance maladie.

Pour les Îles du Vent et certaines autres îles, la prise en charge du transport terrestre est possible via des transporteurs sanitaires agréés, mais reste limitée à une liste restreinte d'indications médicales.

En dehors de ce cadre, de nombreux patients signalent des retards de soins liés à des difficultés de déplacement.

Enfin, il n'existe pas à ce jour de dispositif structuré de transport maritime sanitaire : les trajets sont organisés selon les moyens disponibles dans les communes concernées.

★ Objectif opérationnel A3.1.1 – Organiser et réguler les évacuations sanitaires programmées

Besoin prioritaire :

Les évacuations sanitaires programmées représentent 1,7 milliards F CFP par an, mais restent faiblement coordonnées entre acteurs.

L'absence de régulation médicale intégrée, de planification commune et de système de suivi partagé entraîne des évacuations évitables, une perte d'équité et des coûts excessifs pour le Pays.

Actions préconisées :

1. Structurer une régulation unique de déclenchement, de planification et de contrôle des « EVASAN programmés » en lien avec le Centre de coordination de santé numérique des Îles (A 3.2.2) et le contrôle médical de la Caisse de prévoyance sociale (C.P.S)
2. Déployer une télé-expertise en appui aux équipes locales pour soutenir et sécuriser la décision de transfert (P1.1.4 et A2.1.2).
3. Moderniser le suivi des EVASAN en déployant un système de gestion numérique (P1.1.1).

Réglementation / aspects juridiques :

Élaboration d'un cadre juridique aux évacuations sanitaires interinsulaires coordonnant le rôle du médecin prescripteur de l'EVASAN et de la Caisse de prévoyance sociale en matière d'organisation et de suivi de ces EVASAN

Intégration des transports liés aux évasans programmées dans le Schéma directeur des transports aériens interinsulaire

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.1.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Coordination renforcée et rationalisation des coûts.
- Meilleure équité d'accès aux soins spécialisés.
- Réduction des évacuations non nécessaires
- Maitrise des dépenses liées aux évacuations sanitaires

Niveau de difficulté :

Elevé : la cellule ne pourra être pleinement opérationnelle que lorsque les structures sanitaires publiques seront toutes raccordées à un réseau haut débit. Il faudra s'assurer de la bonne coopération du médecin prescripteur et du médecin conseil de la CPS.

Indicateurs :

Mise en place de la cellule unique de régulation des EVASAN	Oui/Non – 2027
% d'EVASAN programmées tracées via le système numérique	≥ 80 % d'ici 2029
Baisse des EVASAN programmées	-10% d'ici 2030

★ *Objectif opérationnel A3.1.2 – Structurer les transports sanitaires non-urgents terrestres et maritimes*

Besoin prioritaire :

Les déplacements des patients vers les lieux de soins sont freinés par l’absence de solutions de transport adaptées ou par des critères restrictifs de prise en charge par l’assurance maladie, fondé sur la pathologie plutôt que sur l’altération de la mobilité du patient ou l’absence de moyens de locomotion. Le manque d’organisation logistique locale et de financement dédié limite l’accès aux soins programmés, notamment pour les personnes âgées ou à mobilité réduite.

Actions préconisées :

1. Élaborer un état des lieux prospectif des transports sanitaires non-urgents terrestres et maritimes
2. Clarifier les règles de recours et de prise en charge des transports des patients, en distinguant les transports sanitaires des transports sociaux.
3. Définir les modalités de financement des transports, en articulant la prise en charge par l’assurance maladie avec celle des financements sociaux.
4. Structurer l’organisation des transports sanitaires non-urgents, en intégrant la mutualisation des trajets lorsque l’état de santé le permet et en veillant à l’efficacité des vecteurs de transport.

Réglementation/ aspects juridiques :

Modification des dispositions réglementaires encadrant la prise en charge du transport par l’assurance maladie et transfert d’une partie de cette prise en charge aux financements sociaux.

Intégration dans les conventions CPS – transporteurs sanitaires de conditions financières adaptées en cas de mutualisation des transports.

Conventionnement de l’expérimentation du transport sanitaire maritime.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation

2026 : Intégrations des transports liés aux évasans programmées dans le Schéma directeur des transports aériens interinsulaires

2026–2030 : déploiement progressif par archipel.

Bénéfices attendus :

- Accès facilité aux soins programmés dans toute la Polynésie.
- Réduction des renoncements au soin pour raisons logistiques et des retards de diagnostic ou de prise en charge provoqué par ce renoncement.
- Mutualisation des moyens et rationalisation des coûts.

Niveau de difficulté :

Élevé : une fois l’état des lieux faits, il faudra estimer les coûts de prise en charge des transports sanitaires ou à visée sociale avant de modifier la situation actuelle. Une concertation avec les transporteurs sanitaires sera nécessaire.

Indicateur :

Elaboration de l'état des lieux de transport sanitaire maritime et terrestre	Oui/Non – 2027
--	----------------

★ *Objectif opérationnel A3.1.3 – Coordonner l'accès des spécialités dans les archipels***Besoin prioritaire :**

L'accès aux spécialités médicales dans les archipels reste insuffisamment structuré et coordonné.

Les déplacements des professionnels de santé dépendent fortement des contraintes de transport inter-îles et de l'organisation locale, limitant la prévisibilité des tournées, la continuité des soins et l'optimisation du temps médical.

Il est nécessaire de structurer une organisation coordonnée des missions de spécialités, intégrant les contraintes logistiques et les leviers numériques, afin de renforcer de manière pertinente la présence soignante dans les îles tout en préservant l'équilibre professionnel des équipes.

Actions préconisées :

1. Définir un plan de mobilité des missions des spécialités régulées par le Centre de coordination de santé numérique des îles
2. Structurer des solutions de transport dédiées ou priorisées pour les missions soignantes, lorsque les contraintes géographiques et logistiques le justifient, afin de sécuriser et fluidifier les déplacements.
3. Intégrer la télé-expertise et la téléformation comme leviers complémentaires, afin d'assurer la continuité des soins et du suivi entre les missions présentiels.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays relative aux données de santé et à la santé numérique pour la télé-expertise

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.1.3	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2026 : mise en place du plan de mobilité

Bénéfices attendus :

- Amélioration de la continuité des soins dans les îles éloignées.
- Réduction du temps soignant non productif lié aux contraintes de transport.
- Soutien logistique et attractivité renforcée des missions de terrain.
- Organisation plus fluide et prévisible des tournées de santé publique.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la principale difficulté réside dans les contraintes logistiques liées aux transports, en particulier dans les îles dépourvues d'aérodrome ou celles où les liaisons aériennes sont peu fréquentes.

Indicateurs :

Existence d'un plan de mobilité des missions de spécialités, régulé par le Centre de coordination de santé numérique des îles	Oui / non – 2027
% d'archipels couverts par une organisation coordonnée des missions de spécialités, reposant sur un plan de mobilité structuré	100% d'ici 2030

Objectif stratégique A3.2 – Sécuriser la permanence et la réponse médicale urgente sur tout le territoire

Objectif opérationnel A3.2.1 – Créer un Centre de coordination de santé numérique des îles

Besoin prioritaire :

L'organisation des soins dans les archipels souffre d'un déficit de coordination clinique et logistique, entraînant des ruptures de parcours, une variabilité des décisions médicales et un recours parfois évitable aux évacuations sanitaires.

La structuration d'un Centre de coordination de santé numérique des îles est nécessaire pour renforcer la continuité des soins, sécuriser les décisions médicales et soutenir durablement les équipes isolées.

Actions préconisées :

1. Définir l'organisation, le périmètre et le cadre juridique du Centre de coordination de santé numérique des Îles au regard de l'organisation des établissements publics de santé (EPS) (P4.1.2).
2. Positionner le Centre comme instance de coordination clinique et logistique de référence pour les archipels.
3. Structurer les outils numériques de suivi et de pilotage de l'activité du Centre.
4. Accompagner la montée en compétence des équipes locales dans l'usage des outils numériques et des dispositifs de coordination.

Réglementation/ aspects juridiques :

Loi du Pays relative à la e-santé.

Arrêté créant et organisant le Centre de coordination de santé numérique des îles.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation

Pilote 2026–2027 (Australes) et généralisation 2028–2030.

Bénéfices attendus :

- Soutien clinique aux équipes isolées.
- Accès équitable aux soins.
- Réduction des évacuations sanitaires évitables.

Niveau de difficulté :

Elevé : le fonctionnement opérationnel de ce Centre repose sur la réalisation concomitante d'autres objectifs opérationnels : déployer et coordonner la télésanté (A2.2.1) ainsi que l'ensemble du pilier 1 et les ressources qui seront allouées à ce Centre.

Indicateurs :

Existence d'un Centre de coordination de santé numérique des îles juridiquement institué et opérationnel	Oui / non – 2027
% d'archipels couverts par le Centre de coordination de santé numérique des Îles	100% d'ici 2030

Objectif opérationnel A3.2.2 – Organiser la chaîne de l'Aide Médicale Urgente (AMU)

Besoin prioritaire :

La réponse médicale d'urgence en Polynésie française ne repose pas encore sur une organisation, à l'échelle du Pays, unifiée et structurée.

La régulation médicale, la coordination entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux et communaux, ainsi que l'organisation des moyens logistiques demeurent hétérogènes selon les archipels.

L'absence d'un cadre légal et organisationnel clair de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins constitue un frein majeur à la sécurisation et à l'équité de la prise en charge urgente dans les archipels.

Actions préconisées :

1. Adopter une Loi du Pays sur l'aide médicale urgente et la permanence des soins, fixant les responsabilités et les niveaux d'intervention de chacun.
2. Structurer une organisation à l'échelle du Pays, intégrée, de l'AMU articulant le Centre 15 (SAMU), les équipes locales (EPIS, pompiers) et les structures de santé.
3. Rationaliser et sécuriser le cadre contractuel de recours aux moyens de transports aériens urgents.
4. Renforcer la régulation médicale et la télé-expertise urgente (protocoles AVC, traumatismes, détresse psychosociale).

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du Pays relative à l'aide médicale urgente et à la permanence des soins.

Réorganisation de la contractualisation avec les vecteurs de transport aérien urgents.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : élaboration du projet de loi du Pays relative à l'aide médicale urgente et à la permanence des soins.

2027 : Mise en place du nouveau cadre contractuel avec les vecteurs aériens de transport urgent.

2028 : mise en place progressive du dispositif et formation du personnel.

Bénéfices attendus :

- Réponse médicale d'urgence rapide et coordonnée sur tout le Pays.
- Sécurisation du parcours de soins dès la phase préhospitalière.
- Réduction des délais d'intervention et amélioration du pronostic vital.
- Intégration efficiente des communes et des équipes locales dans la chaîne de secours.
- Renforcement du lien entre santé, secours et psychosocial.

Niveau de difficulté :

Moyen : le déploiement des actions préconisées nécessitera des concertations avec les acteurs concernés.

Indicateurs :

Adoption de la loi de pays sur AMU et permanence des soins	Oui / non – 2027
% d'archipels couverts par une organisation à l'échelle du pays intégrée de l'AMU	100% d'ici 2030

Objectif stratégique A3.3 – Consolider la résilience sanitaire territoriale

Objectif opérationnel A3.3.1 – Développer la veille sanitaire One Health (Homme–Animal–Environnement)

Besoin prioritaire :

La Polynésie française est exposée à des risques sanitaires émergents liés aux interactions entre la santé humaine, animale et environnementale.

Les dispositifs de surveillance demeurent fragmentés et insuffisamment coordonnés entre les secteurs concernés, limitant la détection précoce et la prévention intégrée.

La structuration d'une veille sanitaire à l'échelle locale intégrée selon l'approche *One Health* constitue un levier essentiel de résilience sanitaire.

Actions préconisées :

1. Créer une plateforme polynésienne *One Health*, instance de coordination regroupant les services et entités concernés (services en charge de la veille sanitaire, de la santé, de l'agriculture, de l'environnement, du tourisme, la Caisse de prévoyance sociale, l'université et les services concernés de l'Etat et des communes)
2. Structurer un dispositif intégré de surveillance sanitaire couvrant la santé humaine, animale et environnementale.
3. Garantir l'interopérabilité et le partage sécurisé des données de surveillance sanitaire
4. Décliner l'approche *One Health* dans le Plan de santé globale

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays sur les données de santé

Plan de santé globale, déclinant les actions opérationnelles « *One health* »

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

2026 : plan de santé globale

2027-2028 : création de la plateforme et interopérabilité des dispositifs de surveillance.

2028 : dispositif *One Health* pleinement opérationnel et production des premiers bulletins de veille intégrée.

Bénéfices attendus :

- Détection et anticipation renforcées des menaces sanitaires émergentes.
- Surveillance coordonnée entre santé humaine, animale et environnementale.
- Contribution à la résilience sanitaire et environnementale du Pays.
- Données de veille facilitant la préparation et la gestion des crises sanitaires.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : cet objectif nécessitera une bonne coordination interministérielle. Il sera renforcé par les actions qui seront prévues dans le plan de santé globale.

Indicateur :

Existence d'une Plateforme <i>One Health</i> institutionnalisée et opérationnelle	Oui / non – 2028
---	------------------

Objectif opérationnel A3.3.2 – Renforcer la préparation, la communication et la réponse aux crises sanitaires

Besoin prioritaire :

La préparation et la réponse aux crises sanitaires demeurent inégalement structurées à l'échelle du Pays.

La coordination des acteurs, la continuité des soins et la communication de crise reposent sur des dispositifs partiels, dont l'articulation avec les cadres nationaux et étatiques peut être renforcée.

L'amélioration de la préparation du Pays, en cohérence avec les dispositifs pilotés par l'État, constitue un levier essentiel de résilience sanitaire pour la Polynésie française.

Actions préconisées :

1. Assurer la déclinaison à l'échelle du Pays et l'articulation des cartographies et des plans thématiques de réponse aux risques.
2. Consolider et moderniser l'application du règlement sanitaire international (RSI).
3. Renforcer la coordination intersectorielle des moyens de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.
4. Renforcer les capacités des principaux acteurs du Pays à la gestion et à la communication de crise sanitaire.

Réglementation / aspects juridiques :

Moderniser l'application du RSI.

Plans ORSEC mis en place par le haut-commissariat de la République en Polynésie française.

Plan de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 3.3.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Maintien de la continuité des soins en situation de crise.
- Réactivité accrue et coordination intersectorielle renforcée.
- Confiance et adhésion des populations face aux messages de santé publique.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la réalisation de cet objectif repose sur l'implication et la contribution de partenaires tiers.

Indicateur :

% d'archipels disposant d'un dispositif structuré de préparation et de réponse aux crises sanitaires, articulé avec les cadres pilotés par l'État	100 % d'ici 2031
---	------------------

Facteurs clés de réussite – Axe 3

- ✓ Clarification préalable des responsabilités et des circuits décisionnels entre acteurs concernés.
- ✓ Engagement formalisé des acteurs sanitaires, de secours, de transport et des autorités locales.
- ✓ Disponibilité minimale des ressources humaines nécessaires à l'activation des dispositifs.
- ✓ Capacité logistique mobilisable pour les transports sanitaires et les situations d'urgence.
- ✓ Règles partagées de régulation et de priorisation des situations programmées et non programmées.
- ✓ Cadres juridiques et financiers permettant le déclenchement effectif des dispositifs.
- ✓ Outils opérationnels de coordination et de transmission de l'information utilisables par tous les acteurs.

Axe 4 – Transformer le système hospitalier

Le système hospitalier polynésien reste fortement centralisé autour du CHPF soutenu par quatre hôpitaux périphériques et trois cliniques hospitalières privées et un réseau de structures publiques et privées de soins.

L'aval hospitalier insuffisamment structuré, la faible gradation à l'échelle du Pays et les tensions en ressources humaines fragilisent la soutenabilité du modèle.

Dans un contexte de hausse attendue, de +22 %, du recours hospitalier d'ici 2030, liée au vieillissement, aux maladies chroniques et à la transition épidémiologique, cet axe vise à fluidifier les parcours, mieux répartir les prises en charge et moderniser la gouvernance hospitalière, afin de garantir l'accès à des soins spécialisés et de recours de manière équitable et efficiente sur l'ensemble du Pays.

★ Objectif stratégique A4.1 – Fluidifier l'aval hospitalier et renforcer la continuité à domicile

★ Objectif opérationnel A4.1.1 – Organiser le retour coordonné à domicile et le suivi de proximité

Besoin prioritaire :

Les équipes hospitalières sont confrontées à un manque de solutions d'aval structurées et disponibles, limitant les possibilités de sortie anticipée malgré une prise en charge médicale stabilisée.

La préparation du retour à domicile et le suivi post-hospitalier reposent encore sur des dispositifs hétérogènes et inégalement accessibles selon les zones, avec une coordination perfectible entre l'hôpital, les professionnels de ville, les aidants familiaux et les acteurs sociaux, en particulier hors de Tahiti.

Actions préconisées :

1. Déployer progressivement l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les archipels, en articulation avec les hôpitaux périphériques.
2. Renforcer les capacités des soins à domicile (SSIAD, kinésithérapie, soins de support).
3. Structurer une coordination à l'échelle du Pays du retour à domicile (préparation de la sortie, référent identifié, suivi à distance, dispositifs d'aide à domicile).
4. Former et accompagner les aidants familiaux sur le plan sanitaire, en lien avec la direction des solidarités de la famille et de l'égalité (DSFE) et les structures médico-sociales.
5. Intégrer la télé-expertise et le suivi à distance pour les patients chroniques et en sortie d'hospitalisation.

Réglementation / aspects juridiques :

Arrêté portant sur les conditions d'organisation des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD).

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 4.1.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : cadre réglementaire du SSIAD et intégration dans la carte sanitaire

Bénéfices attendus :

- Réduction de la durée moyenne de séjour hospitalier.
- Maintien des patients dans leur environnement de vie.
- Soutien accru aux familles et aux aidants.

Niveau de difficulté :

Elevé : le développement des solutions d'aval prendra du temps, notamment en raison des contraintes administratives et juridiques prévues par la loi du pays n° 2020-4 relative à l'organisation sanitaire. Il faudra également sécuriser le financement de ces structures d'aval, notamment dans les îles.

Indicateur :

Part des Etablissements hospitaliers disposant d'une coordination formalisée du retour à domicile	100 % d'ici 2030
---	------------------

★ *Objectif opérationnel A4.1.2 – Développer les structures de soins de suite, de longue durée et les alternatives à l'hospitalisation*

Besoin prioritaire :

L'insuffisance de capacités en soins de suite, de longue durée et en accueil temporaire entraîne une saturation des lits de médecine, chirurgie et Obstétrique (MCO) et des retards de sortie, notamment pour les personnes âgées et dépendantes.

Une hospitalisation MCO correspond à une prise en charge hospitalière en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique, destinée au diagnostic, au traitement ou à l'accouchement, pour des soins aigus nécessitant un plateau technique hospitalier.

Actions préconisées :

1. Soutenir la création et le renforcement des unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (SLD).
2. Organiser la complémentarité opérationnelle entre les structures sanitaires d'aval (SSR, SLD) et les structures médico-sociales relevant de la DSFE.
3. Déployer l'appui médical aux structures sociales et médico-sociales.
4. Structurer l'organisation des transports sanitaires et sociaux entre structures.

Réglementation/ aspects juridiques :

Révision de la carte sanitaire tenant compte des besoins géographiques de structures d'aval (P4.2.1)

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 4.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Fluidité des parcours et désengorgement des hôpitaux.
- Accueil adapté des personnes âgées et dépendantes.
- Optimisation des coûts hospitaliers.

Niveau de difficulté :

Elevé : malgré des besoins existants, les opérateurs privés sont peu enclins à s'installer hors de la zone urbaine. Il conviendra donc de trouver des leviers favorisant ou encourageant les opérateurs privés d'offre d'aval à s'installer hors zone urbaine et dans les îles.

Indicateur :

% des zones définies disposant d'une organisation formalisée de coordination entre structures sanitaires d'aval (SSR, SLD) et structures médico-sociales.	100 % des zones en 2031
---	-------------------------

Complémentarité Santé / Social

Le Schéma d'Organisation Sanitaire et le Schéma Directeur de l'Action Sociale et Médico-Sociale 2025–2030 poursuivent un objectif commun : le bien-être global de la population polynésienne.

Le premier organise la continuité des soins et la coordination clinique.

Le second structure l'accompagnement social, la vie communautaire et l'autonomie.

Leur articulation s'appuie sur des instances partagées, des protocoles de coordination et des outils communs d'information, dans le respect des compétences respectives de la Santé et du Social.

Objectif stratégique A4.2 – Organiser la gradation et la complémentarité du réseau hospitalier

Objectif opérationnel A4.2.1 – Restructurer et moderniser l'offre hospitalière dans une logique territoriale et graduée

Besoin prioritaire :

L'offre hospitalière reste fortement concentrée sur Tahiti, entraînant la saturation du CHPF et une grande dépendance des archipels. Les hôpitaux périphériques disposent de capacités limitées, souvent sous-utilisées ou inadaptées, faute d'un positionnement clair et réaliste dans une organisation graduée des soins. Cette situation freine la résilience du système et ne permet pas d'assurer, dans les archipels, l'accès à des soins polyvalents, sécurisés et cohérents avec les besoins de la population.

Actions préconisées :

1. Structurer l'organisation hospitalière autour de pôles hospitaliers en instaurant une graduation des rôles, incluant le CHPF, un second pôle hospitalier complémentaire (au Sud-Ouest) et des pôles hospitaliers périphériques, en articulation avec les acteurs privés
2. Adapter la carte sanitaire aux besoins hospitaliers (P4.2)
3. Aligner les capacités, les équipements et les infrastructures hospitalières avec le niveau de graduation de chaque pôle.
4. Développer les prises en charge programmées et ambulatoires hors CHPF
5. Mobiliser la télé-médecine comme levier d'appui à la graduation hospitalière et à la coopération entre pôles. (P1).

Réglementation /aspects juridiques :

Révision de la loi du pays n° 2020-4 relative à l'organisation sanitaire

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 4.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Meilleure répartition de l'offre hospitalière.
- Réduction de la saturation du CHPF.
- Autonomie accrue des hôpitaux périphériques.

Niveau de difficulté :

Elevé : la réorganisation globale de l'offre hospitalière doit être compatible avec la réforme des EPS et nécessitera une période de concertation complexe entre les différents acteurs concernés (CHPF, hôpitaux périphériques et, le cas échéant, cliniques privées)

Indicateurs :

Existence d'une organisation hospitalière à l'échelle du Pays	Oui/non – 2028
---	----------------

Objectif opérationnel A4.2.2 – Répartir et coordonner les activités de recours entre le CHPF, les hôpitaux périphériques et le secteur privé

Besoin prioritaire :

Le CHPF concentre encore la majorité des activités de recours lourd (chirurgie, réanimation, oncologie, spécialités techniques), entraînant sa saturation et des délais de prise en charge importants.

Les hôpitaux périphériques et les structures privées disposent de capacités encore sous-utilisées, faute de coordination opérationnelle et de planification partagée. L'enjeu est de clarifier et de coordonner la répartition des activités de recours afin de positionner le CHPF comme centre de référence du système hospitalier, et non comme le seul acteur du recours spécialisé, dans une logique de complémentarité public-privé.

Actions préconisées :

1. Définir les modalités de répartition et de coordination des activités de recours spécialisé, sur la base de l'organisation hospitalière en pôles gradués.
2. Développer les coopérations, notamment pour la chirurgie ambulatoire, la rééducation, la dialyse, l'imagerie et les suivis post-hospitaliers.
3. Renforcer le partage d'informations et l'interopérabilité des systèmes d'information de santé (P1.1).

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 4.2.2	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement

2028–2031 : mise en œuvre progressive des mutualisations et développement des coopérations opérationnelles.

Bénéfices attendus :

- Désaturation du CHPF et amélioration des délais de prise en charge.
- Valorisation des capacités des hôpitaux périphériques et du secteur privé.
- Répartition équilibrée des activités lourdes selon les compétences et les équipements disponibles.
- Meilleure continuité du parcours patient et efficacité globale du système.

Niveau de difficulté :

Elevé : la principale complexité réside dans la concertation et la coopération de l'ensemble des acteurs concernés (CHPF, hôpitaux périphériques, cliniques privées). La réalisation de cet objectif est conditionnée à la réalisation de l'objectif opérationnel précédent (A4.2.1)

Indicateurs :

% des actes de recours spécialisé réalisés hors du CHPF, dans le cadre de coopérations formalisées.	+15 à +20 % hors CHPF d'ici 2031
% d'occupation du CHPF pour les hospitalisations programmées relevant du recours spécialisé.	-15 % à -20 % d'ici 2031

Objectif stratégique A4.3 – Moderniser et accompagner la transformation de l’hôpital polynésien

Objectif opérationnel A4.3.1 – Moderniser le pilotage, la gouvernance et les ressources hospitalières

Besoin prioritaire :

Les hôpitaux publics doivent adapter leur gouvernance, leur modèle financier et leur gestion des ressources humaines pour faire face aux besoins croissants et à la pénurie de soignants.

Actions préconisées :

1. Faire évoluer la gouvernance des hôpitaux publics en les transformant en EPS et assurer leur coopération au sein du GSPF (P4.1.3).
2. Adapter l’organisation et la gestion des ressources humaines hospitalières afin de renforcer l’attractivité, la stabilité et la montée en compétences des équipes.
3. Déployer un système d’information hospitalier interopérable permettant le pilotage, la coordination et la transparence de l’activité hospitalière.
4. Valoriser l’identité polynésienne du soin et l’intégration du *Va’a Ora* dans les pratiques hospitalières.

Réglementation :

Délibérations et arrêtés d’application relatif aux EPS.

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 4.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement

2026 : élaboration des textes d’application de la loi du pays relative aux EPS.

2027 : début de la phase de transformation du CHPF en EPS.

Niveau de difficulté :

Elevé : la réalisation de cet objectif opérationnel fait face à de nombreuses complexités : gestion et accompagnement au changement des équipes et structures concernées, déploiement d’un système d’information fiable, sécurisé et adapté au contexte et contraintes polynésiens.

Bénéfices attendus :

- Gouvernance modernisée et efficiente.
- Fidélisation accrue des professionnels.
- Meilleure performance et transparence financière.

Indicateurs :

% Hôpitaux publics transformés en EPS.	50% d'ici 2029
Part des établissements hospitaliers disposant d'un système d'information permettant un pilotage consolidé de l'activité.	80 % d'ici 2031

Objectif opérationnel A4.3.2 – Déployer la transition environnementale et sociétale dans les établissements hospitaliers

Besoin prioritaire :

Les établissements hospitaliers ont un impact environnemental élevé et sont exposés aux enjeux de consommation énergétique, de gestion de l'eau et des déchets.

L'absence d'une démarche environnementale structurée limite la soutenabilité, la résilience et l'exemplarité du service public hospitalier.

Actions préconisées :

1. Déployer une démarche environnementale structurée au sein des établissements hospitaliers, type « hôpital vert ».
2. Intégrer systématiquement les critères environnementaux et sociétaux dans la conception, la rénovation et l'équipement des établissements hospitaliers.
3. Renforcer l'accès à l'eau potable, à l'assainissement et à la gestion des déchets dans les établissements hospitaliers, notamment par la mise en œuvre du programme *Water, sanitation and hygiene (WASH)* de l'OMS.

Réglementation/ aspects juridiques :

Rédaction d'un plan de santé global.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 4.3.2	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Diminution de l'impact environnemental du système hospitalier.
- Modernisation des infrastructures.
- Valorisation de l'image et de l'engagement sociétal du CHPF.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : l'élaboration de la démarche et des critères ne présentent pas de complexité particulière mais le déploiement effectif et le respect de ces critères est plus difficile, pour des raisons opérationnelles.

Indicateurs :

% des établissements hospitaliers engagés dans une démarche environnementale structurée (type “Hôpital vert”).	100 % d’ici 2031
Évolution de la consommation énergétique globale des établissements hospitaliers.	-30 % d’ici 2031

Facteurs clés de réussite – Axe 4

- ✓ Cadre de gouvernance hospitalière partagé et stabilisé à l’échelle du Pays.
- ✓ Disponibilité des ressources humaines nécessaires à la réorganisation des activités hospitalières.
- ✓ Existence de cadres juridiques et conventionnels permettant l’évolution des missions hospitalières.
- ✓ Capacité à mobiliser des alternatives à l’hospitalisation pour accompagner les transformations.
- ✓ Outils de pilotage et de suivi opérationnels pour accompagner les réorganisations.
- ✓ Acceptation professionnelle minimale des évolutions d’organisation et de pratiques.
- ✓ Engagement environnemental porté par les directions d’établissements.

AXE 5- Organiser les parcours de santé et de soins prioritaires

Les difficultés d'accès, de continuité et de lisibilité des parcours de santé constituent aujourd'hui l'un des principaux facteurs d'inefficience du système de santé polynésien.

Les ruptures entre prévention, soins, accompagnement et suivi, combinées à une concentration excessive du recours spécialisé, contribuent à des prises en charge tardives, à une surcharge hospitalière évitable et à un recours encore trop fréquent aux évacuations sanitaires.

Malgré l'existence de ressources, de compétences et d'initiatives sur l'ensemble du pays, l'absence de structuration claire des parcours limite leur impact, tant pour les usagers que pour les professionnels. Cette situation affecte particulièrement les publics vulnérables, aux âges clés de la vie comme dans les pathologies chroniques, et creuse les inégalités d'accès à une prise en charge adaptée, continue et culturellement pertinente.

L'axe 5 vise à faire des parcours de santé un levier central de transformation du système, en passant d'une organisation centrée sur les structures à une logique centrée sur la personne, sa famille et son environnement, conformément au modèle *Va'a Ora*.

Il s'agit de structurer des parcours lisibles, gradués et coordonnés, articulant prévention, soins de proximité, recours spécialisé et accompagnement, afin :

- d'améliorer la qualité et la pertinence des prises en charge,
- de prévenir les ruptures et les complications évitables,
- de réduire la pression sur l'hôpital et les évacuations sanitaires,
- de renforcer l'efficience globale du système de santé.

Cet axe couvre les parcours aux âges clés de la vie ainsi que les principales pathologies prioritaires, dans une logique intégrée, cohérente avec les autres axes du SOS et les plans stratégiques sectoriels qui en découleront.

I. Les parcours de santé selon les âges de la vie

Objectif stratégique A5.I.1 – Agir dès les 1000 premiers jours (grossesse → 3 ans)

Objectif opérationnel A5.I.1.1 – Structurer un réseau polynésien de périnatalité et renforcer la continuité des soins mère–enfant

Besoin prioritaire :

L'organisation actuelle du parcours périnatal ne permet pas d'assurer une continuité suffisante entre le suivi prénatal, l'accouchement et le post-partum, en particulier pour les femmes résidant hors de Tahiti.

L'absence de réseau périnatal formalisé et coordonné entre les différents acteurs entraîne des ruptures de parcours, une sécurisation inégale des accouchements en dehors du CHPF et un recours encore trop fréquent aux évacuations sanitaires, alors que des compétences et des capacités locales existent.

La structuration d'un réseau polynésien de périnatalité constitue un levier opérationnel pour améliorer la lisibilité du parcours mère–enfant, sécuriser les prises en charge et optimiser l'utilisation des ressources disponibles.

Actions préconisées :

1. Formaliser un parcours périnatal unique et lisible (harmonisation du suivi, outils partagés et référentiels communs).
2. Structurer un réseau de périnatalité coordonné.
3. Sécuriser les lieux et modalités d'accouchement hors zone urbaine.
4. Déployer la télémédecine périnatale.
5. Structurer l'accueil des femmes évacuées en fin de grossesse (besoin d'hébergement, accompagnateur).

Réglementation / aspects juridiques :

Revoir la délibération portant réglementation de la pratique d'accouchement en Polynésie française.

Calendrier : :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5. I.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Phase pilote 2026–2027 (Tahiti + 1 archipel), généralisation 2028–2031.

Bénéfices attendus :

- Réduction des évacuations sanitaires évitables.
- Meilleure continuité des soins mère–enfant.
- Renforcement du lien familial et culturel.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : les modalités d'accouchement hors zone urbaine de Tahiti ainsi que l'accueil des femmes évacuées en fin de grossesses soulèvent des défis complexes et nécessitent des financements importants.

Indicateurs :

% des grossesses bénéficiant d'un suivi coordonné par le réseau de périnatalité.	≥ 80 % en 2031
Accès effectif à un hébergement pour les femmes nécessitant un accueil en fin de grossesse	100 % des situations identifiées d'ici 2031

Objectif opérationnel A5.I.1.2 – Prévenir les vulnérabilités précoces et soutenir la parentalité

Besoin prioritaire :

Les vulnérabilités précoces liées à la période périnatale (addictions, exposition prénatale à l'alcool, violences, troubles de santé mentale, obésité maternelle, difficultés d'allaitement) restent insuffisamment repérées et prises en charge de manière structurée et coordonnée.

Le repérage hétérogène de ces facteurs de risque, ainsi que la mobilisation encore incomplète des leviers psychosociaux, nutritionnels et de soutien à la parentalité, limitent l'efficacité de la prévention précoce.

Cette situation a des conséquences durables sur le développement de l'enfant et de la santé de la mère et sur les trajectoires familiales. Elle contribue aux inégalités sociales et géographiques de santé.

Actions préconisées :

1. Généraliser le repérage précoce des vulnérabilités périnatales.
2. Consolider la consultation psychosociale comme pivot de prévention.
3. Agir sur les déterminants précoces de la santé (prévention nutritionnelle dès la première grossesse, incluant la prévention de l'obésité, soutien à l'allaitement).
4. Déployer un accompagnement à la parentalité culturellement adaptée.

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.I.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Détection plus précoce des situations à risque pendant la grossesse et le post-partum.
- Réduction de l'exposition prénatale à l'alcool et aux substances addictives.
- Prévention des violences et amélioration de la santé mentale périnatale.
- Amélioration de la santé nutritionnelle des mères et des enfants.
- Renforcement du lien parent-enfant et du bien-être familial.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la réalisation de cet objectif est soumise à des enjeux sociaux et culturels et nécessite une très bonne coordination interministérielle et intersectorielle ainsi que la formation des professionnels concernés

Indicateurs :

Pourcentage de femmes enceintes ayant bénéficié d'un repérage documenté des vulnérabilités périnatales	≥ 80 % d'ici 2031
Accès effectif à la consultation psychosociale du 4 ^e mois	≥ 80 % d'ici 2031

Objectif stratégique A5.I.2 – Protéger et promouvoir la santé des enfants et des jeunes

Objectif opérationnel A5.I.2.1 – Promouvoir la santé globale et la prévention communautaire des enfants et des jeunes

Besoin prioritaire :

Les actions de promotion de la santé et de prévention à destination des enfants et des jeunes sont insuffisamment structurées et coordonnées entre les acteurs concernés, ce qui limite leur lisibilité, leur cohérence et leur impact.

Il est nécessaire de disposer d'une gouvernance claire et partagée, ainsi que d'une offre de prévention cohérente, adaptée aux réalités culturelles et émotionnelles des jeunes, favorisant leur engagement actif et mobilisant les leviers culturels, artistiques et sportifs.

Actions préconisées :

1. Structurer une gouvernance unique de la prévention jeunesse :
 - Coordination formalisée entre Fare Tama Hau, les ministères de la Santé, Éducation, Jeunesse, Culture.
2. Déployer une offre cohérente de promotion de la santé pour les jeunes :
 - Déployer le schéma directeur de la jeunesse « Forever Young 2035 - U'i āpī, 'a hi'o ātea ! » en cohérence avec le SOS.
3. Faire des jeunes des acteurs de leur santé.
4. Mobiliser les leviers culturels, artistiques et sportifs.

Réglementation / aspects juridiques :

Plan de prévention et de promotion de la santé 2026-2036

Convention entre les ministères de la Santé–Éducation–Jeunesse–Culture.

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.I.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Adoption de comportements de santé durables.
- Réduction de la sédentarité et des consommations à risque.
- Baisse des maladies non transmissibles (MNT) et des dépenses de santé liées à long terme.
- Meilleur ancrage identitaire.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen, la réalisation de cet objectif repose sur des structures bien implantés et des schémas ou programmes déjà définis (schéma directeur de la « Forever Young 2035 - U'i āpī, 'a hi'o ātea ! »).

Indicateurs :

% d'écoles et Lycées ayant des jeunes ambassadeurs formés	≥ 80 % d'ici 2031
Coordination formalisée entre FTH, ministères de la Santé, Éducation, Jeunesse, Culture	Oui/non – 2027

Objectif opérationnel A5.I.2.2 – Renforcer la santé mentale et la résilience des enfants et des jeunes**Besoin prioritaire :**

Les troubles anxieux, dépressifs et suicidaires progressent chez les enfants et les jeunes, dans un contexte de perte de repères, d'isolement et de précarité relationnelle.

Il est nécessaire de structurer une réponse en santé mentale intégrée au Plan de santé mentale, permettant d'identifier de manière précoce les vulnérabilités psychiques et addictives et d'orienter les jeunes vers des dispositifs adaptés, accessibles et coordonnés.

Actions préconisées :

1. Intégrer pleinement les enjeux liés à l'enfance et la jeunesse dans le Plan santé mentale 2026–2036.
2. Renforcer les espaces d'écoute, d'accueil et d'accompagnement accessibles aux enfants et aux jeunes.
3. Organiser le repérage précoce et l'orientation des vulnérabilités psychiques et addictives.

Réglementation /aspects juridiques :

Plan Santé Mentale 2026–2036.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.I.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Réduction de la souffrance psychique et addictives.
- Meilleure inclusion des jeunes dans la prévention.

Niveau de difficulté :

Moyen : la réalisation de cet objectif repose sur le renforcement de dispositifs déjà en cours (visite du centre de prévention et de soin des addictions dans les écoles, lieu d'écoute FTH), la principale complexité réside dans le déploiement du repérage précoce sur l'ensemble de la Polynésie française.

Indicateurs :

Validation d'un Plan Santé Mentale 2026–2036 intégrant les enjeux de santé mentale de l'enfant et du jeune	Oui/non – 2026
--	----------------

Existence d'un circuit formalisé de repérage et d'orientation des jeunes en souffrance psychique	Oui/non – 2028
--	----------------

Articulation jeunesse / santé :

Le Schéma directeur de la jeunesse « *Forever young* » 2035 fait la promotion d'une jeunesse équilibrée et résiliente.

Le SOS 2026-2031 articule avec ce schéma pour :

- renforcer la promotion de la santé, de la prévention et la littératie en santé dès le collège ;
- promouvoir l'activité physique comme levier de bien-être ;
- repérer précocement les vulnérabilités psychiques et addictives.

Cette synergie vise à promouvoir les jeunes comme acteurs de leur santé, dans l'esprit du *Va'a Ora*.

Objectif stratégique A5.I.3 – Bien vieillir : organiser la réponse sanitaire au vieillissement et à la dépendance

Objectif opérationnel A5.I.3.1 – Promouvoir le vieillissement en santé et la prévention communautaire

Besoin prioritaire :

Les actions de prévention et de promotion du bien vieillir restent insuffisamment structurées et peu visibles, alors même que le maintien de l'autonomie, la lutte contre l'isolement et la valorisation du rôle social des aînés constituent des leviers majeurs de prévention de la dépendance.

Il est nécessaire de développer une approche organisée du vieillissement en santé, fondée sur la prévention, la participation sociale et la transmission intergénérationnelle, en cohérence avec les valeurs du *Va'a Ora*.

Actions préconisées :

1. Structurer des espaces dédiés au vieillissement en santé
 - Déploiement des « *Va'a Ora des aînés* » au sein des communes, comme lieux de prévention, de lien social et de transmission.
2. Valoriser des relais du bien vieillir
 - Mobilisation des Arata'i Ora comme ambassadeurs du vieillissement en santé et appui aux familles.
3. Déployer des actions préventives et intergénérationnelles en favorisant le « lien descendant » contribuant au maintien de l'autonomie à domicile et à la prévention de l'isolement.

Réglementation / aspects juridiques :

Intégration du dispositif à celui de « Commune en santé » (A1.3.1)

Calendrier :

2026–2031, déploiement progressif par archipel.

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.1.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Prévention de la perte d'autonomie et maintien à domicile prolongé.
- Réduction de l'isolement et renforcement du lien intergénérationnel.

Niveau de difficulté :

Facile, la réalisation de cet objectif s'inscrit pleinement dans la réalisation d'autres objectifs : déploiement du *Va'a Ora* (A1.1.1), déploiement des Arata'i ora (A1.3.2)

Indicateurs :

" <i>Va'a Ora</i> des aînés" pilote	≥1 par archipel d'ici 2030.
Intégration d'un module d'accompagnement de la personne âgée à la formation des Arata'i ora	Oui/non – 2026

Objectif opérationnel A5.1.3.2 – Renforcer le repérage et la prévention de la fragilité

Besoin prioritaire :

La fragilité liée à l'âge et la perte d'autonomie sont encore trop souvent repérées tardivement, ce qui entraîne des hospitalisations, des ruptures de parcours et des situations de dépendance évitables.

Il est nécessaire de structurer un repérage précoce de la fragilité et de renforcer les actions de prévention ciblées, afin de sécuriser le maintien à domicile et les retours après hospitalisation.

Actions préconisées :

1. Former les soignants au repérage précoce de la fragilité (nutrition, cognition, mobilité) dont la recherche de l'isolement (P2)
2. Déployer des programmes ciblés de prévention (chutes, stimulation cognitive et accompagnement nutritionnel).
3. Renforcer le suivi post-hospitalisation pour un retour précoce et sécurisé à domicile, notamment en articulation avec les *Va'a Ora des aînés* et les Arata'i Ora

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.1.3.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Détection précoce des fragilités et retour à domicile facilité.
- Diminution des hospitalisations et des séjours prolongés.

Niveau de difficulté :

Moyen : la principale complexité concerne le retour précoce et sécurisé à domicile, en particulier dans les îles, qui nécessitent des relais et soutiens locaux (A.4.1.1).

Indicateur :

% de professionnels formés au repérage de la fragilité	≥ 60% des professionnels d'ici 2030.
--	--------------------------------------

Objectif opérationnel A5.1.3.3 – Structurer une filière gériatrique territoriale et connectée

Besoin prioritaire :

L'organisation actuelle des soins gériatriques reste incomplète et insuffisamment coordonnée, ce qui limite le maintien et le retour à domicile des personnes âgées. Cette organisation favorise les évacuations sanitaires et de nouvelles hospitalisations évitables.

Il est nécessaire de structurer une réponse gériatrique lisible et coordonnée, combinant soins à domicile, appui spécialisé, mobilité des équipes et outils numériques.

Actions préconisées :

1. Renforcer les capacités de prise en charge gériatrique à domicile (SSIAD, HAD).
2. Déployer des équipes mobiles gériatriques (appui aux professionnels et suivi à domicile).
3. Développer la télégériatrie et la coordination des parcours.

Réglementation/ aspects juridiques :

Modification de la carte sanitaire et les indices de besoins pour prendre en compte le vieillissement et le maintien à domicile

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.1.3.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Accès équitable aux soins gériatriques dans les archipels
- Réduction des évacuations sanitaires évitables
- Renforcement du maintien et du retour à domicile.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : le déploiement de l'ensemble des actions nécessite des ressources humaines et du financement, ainsi qu'une bonne collaboration des acteurs privés d'aval, en lien avec les objectifs opérationnels A4.1.1 et A4.1.2

Indicateur :

Nombre de dispositif SSIAD et HAD à orientation gériatrique opérationnel	Couverture minimale assurée sur l'ensemble du Pays d'ici 2031
--	---

Articulation santé / médico-social :

Le SOS se concentre sur les aspects sanitaires du maintien à domicile : prévention, repérage, soins, coordination clinique et appui technique.

Les dispositifs de logement adapté, aide aux aidants familiaux et hébergement collectif relèvent du Schéma directeur de l'action sociale et médico-sociale 2025–2030 et du plan dignité humaine, en articulation avec le ministère de la Santé pour garantir la cohérence des parcours d'autonomie.

Objectif stratégique A5.I.4 – Développer les soins palliatifs et la fin de vie**Objectif opérationnel A5.I.4.1 – Structurer l'offre de soins palliatifs****Besoin prioritaire :**

L'accès aux soins palliatifs est un droit des patients fixé par l'État et dont la mise en œuvre opérationnelle relève de la Polynésie française.

L'offre de soins palliatifs est insuffisante et inégalement répartie. Les besoins augmentent avec le vieillissement, les cancers et les maladies chroniques évolutives, tandis que les archipels restent peu couverts.

Actions préconisées :

1. Structurer et renforcer l'offre de soins palliatifs (consolidation et déploiement).
2. Renforcer les compétences des professionnels de santé (P2).
3. Standardiser et sécuriser les parcours palliatifs (Protocoles standardisés partagés de prise en charge, suivi palliatif dans le DPI) (P1).

Réglementation / aspects juridiques :

Evolution de la carte sanitaire pour prendre en compte le soin palliatif dans les indices de besoins de la HAD notamment.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.I.4.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Accès équitable aux soins palliatifs dans tous les archipels.
- Réduction des hospitalisations en fin de vie non pertinentes.
- Amélioration de la qualité et de la dignité de l'accompagnement.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la complexité principale repose sur le déploiement d'une offre de soins palliatifs sur l'ensemble de la Polynésie française. Cette offre renforcée nécessite un renforcement des moyens consacrés au soin palliatif.

Indicateur :

Protocoles standardisés déployés	Oui/non – 2026
----------------------------------	----------------

Objectif opérationnel A5.1.4.2 – Renforcer l'accompagnement des familles et aidants dans l'esprit du *Va'a Ora*

Besoin prioritaire :

Les familles et aidants sont souvent démunis face à la fin de vie, avec un manque de soutien psychologique, social et spirituel, particulièrement dans les archipels éloignés.

Il est nécessaire de structurer un accompagnement, complémentaire des soins palliatifs, fondé sur les valeurs du *Va'a Ora* et mobilisant les ressources communautaires.

Actions préconisées :

1. Structurer des dispositifs d'accompagnement *Va'a Ora* pour la fin de vie dans les communes associant les Arata'i ora, les soignants, les tradipraticiens, les référents culturels, les organisations religieuses et les familles.
2. Former et soutenir les aidants face à la fin de vie

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.1.4.2	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Meilleur soutien des familles et des aidants.
- Cohérence culturelle et spirituelle de l'accompagnement.
- Renforcement du lien entre équipes soignantes et communautés locales.

Niveau de difficulté :

Facile : la réalisation de cette action s’inscrit dans la continuité d’autres objectifs opérationnels : déploiement du *Va’a ora* (A1.1.1) et des Arata’i Ora (A1.3.2)

Indicateurs :

“ <i>Va’a Ora</i> fin de vie”	≥1 par archipel d’ici 2030.
Aidants formés à l’accompagnement de la fin de vie	Couverture minimale assurée des situations identifiées d’ici 2031

II. Les parcours de soins pour les pathologies prioritaires**Objectif stratégique A5.II.1 – Renforcer la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cancers**

Objectif opérationnel A5.II.1.1 – Développer le Plan Cancer Polynésien 2026–2036

Besoin prioritaire :

Les cancers sont la première cause de mortalité en Polynésie française, avec des diagnostics souvent tardifs et des parcours de soins de plus en plus complexes.

Les programmes de dépistage sont déployés sur toute la Polynésie mais dépendent des ressources humaines et des équipements disponibles sur chaque île, et la prise en charge spécialisée reste concentrée à Tahiti.

Une meilleure coordination des acteurs, une prévention renforcée et une prise en charge oncologique optimisée dans les archipels sont indispensables.

Actions préconisées :

1. Déployer et piloter opérationnellement le Plan Cancer Polynésien 2026-2036 :
 - Mise en œuvre coordonnée des actions prévues sur l’ensemble du Pays.
2. Renforcer la prévention et le dépistage des cancers :
 - Prévention primaire ciblant les principaux facteurs de risque.
 - Extension et consolidation des dépistages organisés.
3. Organiser une prise en charge oncologique graduée :
 - Développement des unités de chimiothérapie de proximité.
 - Déploiement de la télé-oncologie pour l’expertise et la coordination.
4. Intégrer précocement la dimension humaine :
 - Implication des patients partenaires et prise en compte des dimensions culturelles.

Réglementation / aspects juridiques :

Plan cancer Polynésien 2026–2036

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.II.1.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : Lancement du plan cancer

Bénéfices attendus :

- Diagnostic plus précoce et continuité des soins.
- Réduction des inégalités à l'échelle du Pays.
- Meilleure qualité de vie des patients et de leurs proches.

Niveau de difficulté :

Moyen : certaines mesures de prévention prendront du temps à produire leurs effets et les taux de couverture des dépistages gratuits et organisés restent actuellement peu élevés, principalement en raison de facteurs psychosociaux et de contraintes logistiques (transport vers le lieu de dépistage).

Indicateurs :

% des actions du Plan cancer mises en œuvre	≥60 % d'ici 2031
Couverture des dépistages organisés	≥60 % des patients concernés d'ici 2031

Objectif opérationnel A5.II.1.2 – Renforcer la recherche sur les cancers transgénérationnels et environnementaux

Besoin prioritaire :

Au-delà de la reconnaissance historique des expositions radio-induites, il est nécessaire d'approfondir la compréhension des maladies transgénérationnelles qui leur sont associées, ainsi que des cancers liés à l'environnement, y compris ceux influencés par des facteurs évitables et modifiables (alimentation, comportements, infections, expositions professionnelles).

Cet approfondissement scientifique doit permettre d'affiner la reconnaissance médicale et d'orienter la prévention.

Actions préconisées :

1. Structurer un programme de recherche dédié :
 - Étude des effets à long terme des expositions radio-induites et environnementales, des facteurs évitables (alimentation, comportements, infections, expositions professionnelles), des déterminants culturels, sociaux et environnementaux.
2. Mettre en place une surveillance spécifique :
 - Développement de registres intégrant cancers, maladies transgénérationnelles et facteurs évitables.
3. Renforcer les partenariats scientifiques :
 - Coopérations avec des équipes internationales spécialisées.

Réglementation / aspects juridiques :

Intégration de la recherche sur les cancers transgénérationnels et environnementaux dans le Plan cancer Polynésien 2026–2036 et dans la politique de recherche en santé publique.

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.II.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Identification des déterminants culturels pour orienter la prévention.
- Renforcement de la reconnaissance médicale des pathologies radio-induites et de leurs impacts transgénérationnels.
- Amélioration du suivi et de l'accompagnement des personnes concernées.
- Production de connaissances permettant d'éclairer les décisions politiques et scientifiques.

Niveau de difficulté :

Elevé : la structuration d'une recherche locale est complexe en raison des contraintes juridiques, administratives et de mobilisation des ressources nécessaires. Elle s'appuiera donc probablement sur des programmes de recherche réalisés en dehors Polynésie française.

Indicateurs :

Nombre d'études intégrant l'analyse conjointe radiations / facteurs évitables	≥ 1 étude structurante engagée d'ici 2028
Programme de recherche et de surveillance opérationnel	Oui/non – 2029
Existence de partenariats scientifiques actifs	≥ 2 actifs d'ici 2031

Reconnaissance et recherche sur les maladies transgénérationnelles et radio-induites

La Polynésie française porte un héritage sanitaire et humain particulier, marqué par les effets différés des essais nucléaires et des expositions environnementales passées.

Le Schéma d'Organisation Sanitaire 2026–2031 réaffirme la nécessité de reconnaître les pathologies radio-induites et de mieux comprendre les maladies transgénérationnelles qui leur sont associées, dans une approche scientifique, neutre et éthique.

Cet engagement s'inscrit dans la continuité du Plan Cancer Polynésien 2026–2036, avec pour ambition de :

- renforcer la recherche clinique et épidémiologique sur les effets à long terme des expositions ;
- améliorer la reconnaissance médicale des pathologies radio-induites ;
- mieux documenter les cancers liés à l'environnement, dans leurs dimensions historiques et actuelles ;
- valoriser la contribution de la Polynésie à la recherche internationale sur les effets des radiations et des polluants.

Cette orientation traduit une volonté politique forte mieux prendre en charge, avec transparence et une volonté de mémoire partagée.

Objectif stratégique A5.II.2 – Structurer le parcours de santé mentale et des addictions

Objectif opérationnel A5.II.2.1 – Développer l'offre de santé mentale

Besoin prioritaire :

L'offre de santé mentale et d'addictologie reste insuffisamment structurée et encore trop centralisée, avec une coordination incomplète entre les acteurs sanitaires, sociaux, éducatifs et communautaires. Il est nécessaire d'organiser un parcours de santé mentale lisible et continu, intégrant les addictions, adapté aux réalités humaines et culturelles du Pays, et soutenant les professionnels exposés à une forte charge émotionnelle.

Actions préconisées :

1. Structurer et déployer une stratégie de santé mentale et d'addictologie sur l'ensemble de la Polynésie française à travers le renouvellement du Plan de Santé mentale incluant une approche intersectorielle, par parcours et intégrant les enjeux de prévention des addictions et du suicide.
2. Renforcer une offre graduée, accessible et coordonnée en santé mentale et addictologie de la prévention aux soins spécialisés, en articulation avec les soins primaires.
3. Consolider les dispositifs de réponse aux situations de crise psychique en améliorant la couverture territoriale et la coordination des acteurs de l'urgence et du soutien.
4. Déployer les outils numériques au service de l'accès et de la continuité des soins en santé mentale notamment pour les îles éloignées.

Focus Soignants

Protéger la santé mentale des professionnels est une condition de succès du SOS. Les soignants sont exposés aux traumatismes, à la surcharge émotionnelle et à l'isolement décisionnel.

Il est recommandé de :

- déployer des formations à l'écoute active, à la relation de soin et à la gestion émotionnelle,
- mettre en place des espaces de débriefing, de supervision clinique et de soutien pair-à-pair,
- mettre en place des mesures pour prévenir l'épuisement (équipe mobile de soutien, soutien à la décision par la télésanté, CUMP en soutien aux équipes après événements critiques).

Réglementation / aspects juridiques :

Ces actions seront insérées dans le Plan santé mentale 2026–2036

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.II.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Accessibilité équitable aux soins psychiques et addictologiques.
- Réduction des suicides et des hospitalisations évitables.
- Renforcement de la santé mentale des soignants.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la complexité réside principalement dans le déploiement de ces mesures dans les îles, en particulier les îles éloignées.

Indicateurs :

% des actions du Plan santé mentale effectivement engagées	≥60 % d'ici 2031
Couverture par télépsychiatrie ou équipes mobiles	100 % des archipels d'ici 2031

Objectif opérationnel A5.II.2.2 – Prévenir et déstigmatiser la souffrance psychique

Besoin prioritaire :

La stigmatisation et la peur du jugement restent les principaux freins à la recherche d'aide en santé mentale.

La prévention doit s'appuyer sur la culture, la communauté et la communication de proximité pour briser les tabous autour de la souffrance psychique et encourager la parole.

Actions préconisées :

1. Inscrire la prévention et la déstigmatisation comme axes structurants du Plan santé mentale 2026–2036.
2. Déployer des espaces d'écoute communautaires intégrant les dimensions culturelle et spirituelle (*Va'a Ora*).
3. Impliquer les pairs aidants et associations dans les actions de prévention.
4. Mettre en œuvre une campagne de prévention et de déstigmatisation à l'échelle du pays adaptée aux réalités culturelles et linguistiques.

Réglementation / aspects juridiques :

Inscription de la prévention et de la déstigmatisation dans le Plan santé mentale 2026–2036 et dans les actions de promotion de la santé (Axe 1).

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.II.2.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Réduction des suicides et du renoncement au soin.
- Amélioration de la connaissance et de l'acceptabilité des troubles psychiques.
- Mobilisation communautaire et intergénérationnelle autour de la santé mentale.

Niveau de difficulté :

Facile : la mise en œuvre des actions préconisées ne présente pas de complexité particulière.

Indicateurs :

Mise en œuvre d'une campagne de prévention et de déstigmatisation à l'échelle du Pays	Oui/non – 2027
---	----------------

Prévenir et déstigmatiser la souffrance psychique

La santé mentale est un enjeu collectif, indissociable du lien social, du bien-être et de la culture du vivre ensemble. L'OMS a classé ainsi la stigmatisation comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté » et a fait de la lutte contre la déstigmatisation « le fondement de la psychiatrie moderne ».

Au-delà de la prise en charge, la prévention et la déstigmatisation demeurent essentielles pour favoriser l'accès aux soins et briser les tabous autour de la souffrance psychique.

Objectif stratégique A5.II.3 – Développer une filière rénale équitable et performante

Objectif opérationnel A5.II.3.1 – Prévenir la maladie rénale chronique (MRC) et structurer le parcours rénal

Besoin prioritaire :

La prise en charge de la maladie rénale chronique (MRC) demeure insuffisamment structurée et encore trop centrée sur la dialyse lourde, avec une prévention tardive, un suivi incomplet de la file active et une forte concentration de l'offre sur Tahiti.

Il est nécessaire d'organiser un parcours rénal lisible et continu, fondé sur la prévention, le repérage précoce et une offre de dialyse de proximité, appuyé sur des outils de pilotage adaptés.

Actions préconisées :

1. Organiser la filière rénale et disposer d'une vision consolidée de la MRC
 - Structuration d'un réseau « insuffisance rénale chronique » du dépistage à la dialyse.
 - Intégration du registre « REIN » du Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie dans le futur dossier patient informatisé.
 - Actualisation de la carte sanitaire relative à la dialyse à partir de données objectivées.
2. Renforcer la prévention et la prise en charge précoce
 - Développement de l'éducation thérapeutique du patient (ETP).
 - Formation d'infirmiers référents MRC.
 - Amélioration de l'information et du dépistage précoce (diabète, hypertension artérielle (HTA)).
3. Développer une offre de dialyse de proximité et à domicile
 - Déploiement d'unités de dialyse de proximité dans les modalités les plus simples.
 - Extension de la télédialyse.
 - Promotion de la dialyse à domicile lorsque cliniquement pertinente.
4. Adapter le financement de la dialyse aux contraintes géographiques
 - Révision des modalités de financement.
 - Étude médico-économique comparative des différents types de dialyse.
 - Intégration de la permanence des soins dialyse dans le cadre réglementaire.

Réglementation / aspects juridiques :

Révision du cadre réglementaire de la dialyse

Loi du pays sur la permanence des soins intégrant une permanence des soins dialyse

Ré-évaluation des forfaits dans les conventions de la CPS pour tenir compte des contraintes géographiques

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.II.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation

2026–2027 : adoption du nouveau cadre réglementaire

2028–2031 : déploiement des unités de proximité et généralisation de la télédialyse.

Bénéfices attendus :

- Meilleure équité par archipel d'accès aux soins rénaux.
- Réduction des évacuations sanitaires évitables et des coûts.
- Amélioration de la qualité de vie des patients atteints de MRC.

Niveau de difficulté :

Elevé : cet objectif fait face à plusieurs enjeux complexes : la modification des comportements pour éviter la MRC est longue et est liée à la difficulté du déploiement des mesures de prévention et de suivi dans l'ensemble des archipels. De plus la définition des conditions de dialyse dans les îles doit conjuguer la viabilité des unités de dialyse avec la sécurité sanitaire des patients.

Indicateurs :

Structuration d'un réseau « insuffisance rénale chronique » du dépistage à la dialyse	Oui/non – 2027
---	----------------

Objectif opérationnel A5.II.3.2 – Développer la greffe rénale et promouvoir la culture du don d'organes

Besoin prioritaire :

Le programme de greffe rénale constitue un enjeu sanitaire et éthique majeur.

La transplantation locale vise à réduire la dépendance à la dialyse lourde, renforcer l'autonomie du système de santé et promouvoir la solidarité à travers la culture du don d'organes.

Actions préconisées :

1. Renforcer le programme de greffe rénale locale en formalisant des partenariats structurants et en déployant des protocoles de greffes adaptés (ex : protocole DDAC-M3 dit « Maastricht III »).
2. Renforcer les compétences et l'organisation hospitalière.
3. Déployer une communication structurée et durable.

Réglementation / aspects juridiques :

Convention de coopération médicale avec un CHU partenaire pour la formation et le suivi post-greffe.

Convention de coopération avec l'agence de la biomédecine (ABM)

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.II.3.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2026 : formalisation de partenariats hexagonaux.

2026–2031 : renforcer la communication sur le don d'organes.

Bénéfices attendus :

- Augmentation des greffes locales et amélioration de la qualité de vie des patients.
- Réduction des évacuations sanitaires et des coûts associés.
- Ancrage d'une culture du don d'organes dans les valeurs de solidarité polynésienne.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : le don d'organes reste encore un complexe en Polynésie française. A cela s'ajoute la pénurie et le turn over de RH qui ne permet pas de stabiliser les compétences localement.

Indicateurs :

Existence d'une campagne annuelle de promotion du don d'organes	Oui/non – 2026-2031
Formalisation de partenariats hexagonaux	Oui/non – 2026

Le don d'organes, acte de solidarité polynésienne

Le développement du don d'organes en Polynésie française incarne une volonté d'augmenter et de consolider notre capacité sanitaire dans une démarche à la fois humaine et culturelle.

Dans l'esprit du *Va'a Ora*, chaque don représente un lien vivant entre les générations, un acte de générosité et de transmission.

La Polynésie française fait ainsi le choix d'un système de santé solidaire et autonome, capable de sauver des vies sur son propre Fenua.

Facteurs clés de réussite – Axe 5

- ✓ Cadres de gouvernance des parcours clairement identifiés et partagés.
- ✓ Référentiels communs de parcours et de gradation des prises en charge.
- ✓ Dispositifs de coordination formalisés entre acteurs sanitaires, sociaux et communautaires.
- ✓ Fonctions dédiées au pilotage et à l'animation des parcours de santé.
- ✓ Outils communs de coordination et de partage d'information entre intervenants.
- ✓ Capacité organisationnelle à adapter les parcours aux réalités des archipels.
- ✓ Intégration formalisée des dimensions culturelles et familiales dans l'organisation des parcours.
- ✓ Temps et espaces reconnus pour la coordination interprofessionnelle.
- ✓ Cadres de coopération structurés entre sanitaire et médico-social.
- ✓ Dispositifs d'appui aux professionnels et aux aidants dans les parcours complexes.

VI. BRINS VERTICAUX : LES PILIERS DE LA COHÉSION

P1 – Santé numérique recherche et innovations

Le numérique, la recherche et l'innovation constituent des leviers transversaux essentiels pour améliorer l'accès aux soins, la continuité des parcours, la qualité des prises en charge et le pilotage du système de santé.

En Polynésie française, l'isolement géographique, la dispersion des populations et la dépendance aux évacuations sanitaires renforcent la nécessité d'un système de santé connecté, sécurisé et souverain. L'enjeu est de structurer une gouvernance claire de la santé numérique, de disposer d'infrastructures robustes et sécurisées, et de valoriser les données de santé et l'innovation au service des politiques publiques, dans une approche cohérente avec les valeurs du *Va'a Ora*.

Ce pilier s'inscrit dans la stratégie numérique de santé du Pays : « Faire du numérique un levier stratégique pour un système de santé plus juste, plus efficient et plus résilient ».

★ Objectif stratégique P1.1 – Construire un système de santé connecté, sécurisé et équitable

★ Objectif opérationnel P1.1.1 – Identifier et structurer la gouvernance de la santé numérique

Besoin prioritaire :

Les données de santé sont fragmentées entre les entités et services publics, privées et la CPS, ce qui limite la continuité des parcours, le pilotage du système de santé et la veille sanitaire.

Il est nécessaire de structurer une gouvernance claire et opérationnelle de la santé numérique afin d'organiser l'interopérabilité, le partage sécurisé des données et la cohérence des projets numériques.

Actions préconisées :

1. Désigner le service en charge de la stratégie de santé numérique et structurer sa gouvernance, en lien avec l'ensemble des parties prenantes.
2. Evaluer l'opportunité de développer une direction des systèmes d'information (DSI) en santé publique unique.
3. Assurer l'interopérabilité des systèmes au niveau local pour faciliter le partage des données de santé du patient entre les professionnels qui le prennent en charge.

Réglementation / aspects juridiques

Mettre en place le cadre réglementaire définissant les modalités d'hébergement des données de santé, les niveaux de référentiels d'interopérabilité et de sécurité, ainsi que les conditions de partage des données de santé entre professionnels de santé et médico-sociaux.

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Continuité et pertinence des soins grâce au partage sécurisé des données.
- Données fiables pour piloter les politiques et renforcer la veille sanitaire.
- Réduction des redondances et des coûts évitables par la coordination numérique.

Niveau de difficulté :

Elevé : l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information et du partage de données de santé présentent des difficultés techniques importantes, les solutions existantes devant être adaptées aux contraintes polynésiennes et acceptées par l'ensemble des acteurs concernés (professionnel de santé publics et privés mais également patients).

Indicateur :

Cadre réglementaire du partage de données de santé	Oui/non – 2027
--	----------------

★ *Objectif opérationnel P1.1.2 – Renforcer l'infrastructure numérique polynésienne et l'hébergement souverain des données*

Besoin prioritaire :

L'absence d'une infrastructure unifiée fragilise la continuité des services numériques et la sécurité des données sensibles. La mise en œuvre du dossier patient informatisé (DPI) et, à terme, du dossier médical partagé (DMP), dans les établissements de santé publics doit s'accompagner d'un centre de supervision au niveau du Pays assurant la maintenance des équipements et outils numériques à tout moment pour assurer la sécurité des données.

Actions préconisées :

1. Mettre en place un hébergement sécurisé des données de santé
2. Renforcer les capacités de cybersécurité pour assurer la protection continue des systèmes et des données de santé.

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Mutualisation et sécurisation des données
- Résilience du système
- Autonomie numérique du Pays.

Niveau de difficulté :

Elevé : cet objectif nécessite une évaluation préalable des différentes options possibles et nécessitera des investissements matériels et logiciels conséquents.

Indicateur :

Existence à l'échelle du Pays d'un hébergement des données de santé opérationnel	Oui/non – 2031
--	----------------

★ *Objectif opérationnel P1.1.3 –Standardiser et valoriser l'information de santé*

Besoin prioritaire :

Pour être exploitables en épidémiologie, en veille sanitaire, en surveillance des maladies et dans le pilotage des politiques publiques, les données de santé doivent être anonymisables, fiables, traçables, interopérables et structurées informatiquement.

Aujourd'hui, la fragmentation et l'hétérogénéité des données limitent leur usage, leur sécurité et leur valorisation au service de la santé publique.

Actions préconisées :

1. Structurer et consolider les données de santé
2. Définir des référentiels pour harmoniser l'alimentation de l'entrepôt en données de santé
3. Mettre en place un entrepôt de données structuré permettant l'exploitation des données de santé à des fins de pilotage et de prévention.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays sur la e-santé

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.1.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus

- Données de santé fiables, standardisées et anonymisables, facilitant l'analyse et la surveillance épidémiologique.
- Amélioration du suivi de l'état de santé des patients.
- Aide à la décision publique améliorée grâce à des données consolidées et exploitables.

Niveau de difficulté :

Elevé : l'interopérabilité et la sécurité de l'entrepôt de données de santé présentent des difficultés techniques importantes car elle doit pouvoir être alimentées par tous les acteurs concernés.

Indicateurs :

% de données de santé respectant les référentiels	≥80 % d'ici 2031
% des systèmes d'information de santé alimentant l'entrepôt de données	≥60 % d'ici 2031

★ *Objectif opérationnel P1.1.4 – Encadrer, déployer et soutenir la télésanté en Polynésie*

Besoin prioritaire :

L'accès aux soins spécialisés demeure inégal en raison de l'éloignement géographique et de la concentration de l'expertise, renforçant la dépendance aux évacuations sanitaires. Si la télémédecine est définie réglementairement, la télésanté et le télésoin restent insuffisamment encadrés, financés et intégrés aux parcours de soins, limitant leur déploiement et leur appropriation par les professionnels.

Il est nécessaire de structurer un cadre clair, opérationnel et financé de la télésanté afin d'en faire un levier durable d'équité, de continuité des soins et d'appui clinique aux équipes isolées.

Actions préconisées :

1. Moderniser et étendre le cadre de la télémédecine en l'élargissant aux actes paramédicaux, en définissant le périmètre des actes, les outils et usages numériques nécessaires à la relation clinique à distance
2. Déployer une offre de télésanté adaptée et coordonnée avec les EVASAN et CSA
3. Former les professionnels, notamment ceux de santé primaire, à la télémédecine et à la relation à distance.

Réglementation / aspects juridiques :

Modernisation et extension de la loi du pays relative à la télémédecine

Fixer les modalités de prise en charge des actes de télésoin

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.1.4	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Accès équitable au soin, réduction des EVASAN évitables, appui clinique aux équipes isolées.
- Facilitation pour la mise en place de projets innovants adaptés aux besoins de la Polynésie française.

Niveau de difficulté :

Elevé : cela nécessite la réalisation de plusieurs actions complexes : raccordement très haut débit, sécurisé et fiable des dispensaires, élaboration d'un outil informatique adapté au contexte et aux spécificités polynésiennes (A2.1.2), respect des règles liées aux données personnelle, formation et adhésion des professionnels de santé et des patients au télésoin.

Indicateurs :

Existence d'un cadre réglementaire et financier encadrant la télésanté et le télésoin	Oui/non – 2027
Existence d'une offre de télésanté structurée et coordonnée avec les EVASAN les CSA et le Centre de coordination de santé numérique des îles	Oui/non – 2027

Objectif stratégique P1.2 – Renforcer la recherche et la souveraineté scientifique

Objectif opérationnel P1.2.1 – Structurer la gouvernance et la protection de la recherche polynésienne

Besoin prioritaire :

La recherche en santé manque de stratégie commune et de mécanismes de protection adaptés aux données scientifiques et aux savoirs traditionnels.

Une gouvernance unifiée et des outils de protection sont nécessaires pour renforcer la maîtrise scientifique du Pays.

Actions préconisées :

1. Faire évoluer le comité d'éthique de la Polynésie française pour le rendre opérationnel.
2. Assurer l'hébergement et la sécurité des données issues des recherches sur le patrimoine génétique des polynésiens (P1.1.2).
3. Former les professionnels aux fondamentaux de la gouvernance des données, de la cybersécurité et de l'usage clinique des outils numériques (P2.3).

Réglementation / aspects juridiques :

Réviser le cadre règlementaire du comité d'éthique de Polynésie.

Loi du pays relative aux données de santé et à la santé numérique pour la protection et l'hébergement des données scientifiques.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.2.1		Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Protection du patrimoine thérapeutique.
- Cohérence des projets de recherche avec les priorités du Pays.
- Renforcement de la confiance de la population dans la recherche scientifique.

Niveau de difficulté :

Elevé : les conditions de réalisation de cet objectif opérationnel reposent sur la réalisation concomitante ou préalable d'objectifs difficiles : hébergement des données de santé (P1.1.2) et la formation des professionnels (P2.3).

Indicateur :

Comité d'éthique de la Polynésie Française opérationnel	Oui/non – 2027
---	----------------

Objectif opérationnel P1.2.2 – Développer la recherche appliquée et la valorisation des ressources locales

Besoin prioritaire :

La Polynésie française dispose d'un fort potentiel en matière de recherche appliquée en santé, biodiversité et pharmacopée, encore insuffisamment structuré et valorisé, et faiblement intégré aux réseaux régionaux du Pacifique.

Il est nécessaire de développer une recherche appliquée utile au Pays, respectueuse des savoirs traditionnels et contribuant au rayonnement scientifique et économique de la Polynésie française.

Actions préconisées :

1. Développer et favoriser la recherche appliquée en santé et biodiversité.
2. Intégrer la pharmacopée polynésienne dans un cadre réglementaire.
3. Contribuer au référentiel de protection et de partage équitable des savoirs traditionnels et ethnobotaniques.
4. Développer des partenariats régionaux Pacifique pour renforcer la recherche collaborative en santé et biodiversité (P4.4.1).

Réglementation/ aspects juridiques :

Révision de la délibération n°88-153 (pharmacopée).

Calendrier :

	2028	2029	2030	2031
P 1.2.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Valorisation scientifique et économique des ressources locales.
- Rayonnement régional du modèle polynésien de recherche intégrée.

Niveau de difficulté :

Elevé : la structuration d'une recherche locale est complexe en raison des contraintes juridiques, administratives et de mobilisation des ressources nécessaires. L'intégration des plantes polynésiennes dans la pharmacopée nécessite des recherches permettant d'évaluer les effets pharmacologiques des plantes concernées.

Indicateurs :

Pharmacopée polynésienne intégrée dans la réglementation	Oui/non –2031
Nombre de partenariats régionaux pour la recherche	≥ 3 d'ici 2031

Objectif stratégique P 1.3 – Stimuler l'innovation responsable et l'intelligence collective

Objectif opérationnel P1.3.1 – Encadrer l'innovation numérique et pérenniser les projets expérimentaux

Besoin prioritaire :

Les technologies numériques et les outils d'aide à la décision, dont l'intelligence artificielle, restent insuffisamment adaptés à la Polynésie française pour être déployés de manière sécurisée, éthique et utile au système de santé.

L'absence de cadre clair limite à la fois l'innovation responsable, l'appropriation par les professionnels et la pérennisation des projets expérimentaux.

Actions préconisées :

1. Définir un cadre éthique, sécurisé et transparent d'usage de l'innovation numérique en santé et évaluer si ce cadre relève de la réglementation ou de la déontologie
2. Structurer un processus d'évaluation et de pérennisation des innovations numériques afin de garantir la sécurité des soins et un usage adapté à la Polynésie française

Réglementation / aspects juridiques :

Evolution de la réglementation ou des codes de déontologie pour intégrer les usages de l'innovation numérique en santé

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Décision clinique renforcée grâce à des outils d'aide pertinents.
- Qualité et sécurité des soins confortées
- Amélioration de la prévention et de la détection précoce par l'exploitation accrue des données.
- Gain d'efficacité organisationnelle dans les équipes de soins.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la définition du cadre doit s'établir en concertation avec les acteurs concernés (professionnels de santé mais également patients) et ce cadre doit être suffisamment strict pour garantir la sécurité des soins mais suffisamment souple pour permettre le déploiement et l'utilisation de nouvelles technologies adaptées au contexte polynésien

Indicateur :

Règles d'usage du numérique en santé définies et appliquées	Oui/non – 2028
---	----------------

Objectif opérationnel P1.3.2 – Structurer l'écosystème d'innovation et valoriser les projets de type « One Health »

Besoin prioritaire :

L'écosystème d'innovation en santé demeure dispersé et insuffisamment structuré, limitant l'émergence, la mise à l'échelle et la valorisation des innovations locales adaptées aux enjeux sanitaires, environnementaux et culturels du Pays.

Il est nécessaire de structurer un écosystème d'innovation fédérateur, favorisant les synergies entre recherche, acteurs économiques, institutions et communautés, et valorisant les approches intégrées de type « One Health ».

Actions préconisées :

1. Faciliter l'émergence d'un écosystème local de l'innovation en santé, en fédérant les acteurs et en développant des partenariats régionaux et hexagonaux.
2. Soutenir et valoriser les innovations intégrées type « One Health ».

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 1.3.2	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Développement d'innovations locales utiles
- Création d'emplois qualifiés
- Attractivité scientifique accrue

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la réalisation de cet objectif repose sur les capacités et volontés d'innovation d'acteurs locaux qui doit être évaluée.

Indicateur :

Nombre de projets innovants de santé	≥ 5 d'ici 2031
--------------------------------------	----------------

PAC-SIT (ILM – Paea) : un projet « One Health » au fenua

Le programme PAC-SIT, conduit par l'Institut Louis Malardé en partenariat avec l'OMS, la commune de Paea et le ministère de la Santé, illustre la capacité du Fenua à allier science, culture et participation citoyenne au service de la santé publique.

En utilisant la technique de l'insecte stérile (TIS) pour contrôler les moustiques vecteurs de dengue, Zika et chikungunya, ce projet associe étroitement la population locale à la prévention, à la surveillance environnementale et à la sensibilisation communautaire.

PAC-SIT incarne la philosophie « One Health – Va'a Ora » : une approche où la santé humaine, animale et environnementale avancent de concert, dans un même esprit de responsabilité partagée.

Ce projet, reconnu au niveau régional, ouvre la voie à la pérennisation d'innovations de type « One Health » polynésiennes, intégrées aux politiques publiques de santé et d'environnement, en lien avec la recherche, les collectivités et les habitants.

Facteurs clés de réussite – Pilier 1

- ✓ Cadres juridiques et éthiques sécurisant l'usage des données et des innovations.
- ✓ Infrastructures numériques minimales, sécurisées et interopérables.
- ✓ Capacité organisationnelle à produire, partager et exploiter les données de santé.
- ✓ Ressources humaines compétentes pour le déploiement et l'usage des outils numériques.
- ✓ Dispositifs structurés de coordination entre recherche, innovation et besoins du système de santé.
- ✓ Cadres de partenariats scientifiques et technologiques formalisés.
- ✓ Prise en compte opérationnelle des dimensions culturelles dans les projets.

P2 – Compétences, attractivité & qualité des pratiques

La réussite du SOS 2026–2031 repose sur la soutenabilité humaine du système de santé polynésien.

Dans un contexte de vieillissement des effectifs, de pénurie dans plusieurs métiers de santé et de forte mobilité inter-îles, la Polynésie française fait face à un risque structurel de rupture de la continuité des soins, en particulier dans les archipels.

Le pilier 2 vise à consolider les compétences, sécuriser la relève locale et améliorer durablement les conditions d'exercice, afin de garantir l'attractivité, la stabilité et la qualité des pratiques professionnelles.

Inspiré du modèle du *Va'a Ora*, ce pilier conçoit le système de santé comme un effort collectif, où la reconnaissance, l'organisation et le soutien des professionnels conditionnent directement la performance et l'équité du système.

★ Objectif stratégique P2.1 – Renforcer l'attractivité et la cohésion du corps des professionnels de santé

★ Objectif opérationnel P2.1.1 – Créer une fonction publique de santé

Besoin prioritaire :

La coexistence de statuts multiples, hétérogènes et partiellement obsolètes fragilise la gestion des ressources humaines en santé, limite la mobilité des professionnels et nuit à la fidélisation des équipes.

Le rattachement des personnels de santé au cadre général de la fonction publique territoriale, ainsi qu'un pilotage administratif et budgétaire peu adapté aux contraintes du soin (continuité, permanence, pénurie), ne permettent pas une gestion réactive, équitable et attractive des carrières.

La création d'une fonction publique de santé dédiée constitue un levier structurant pour sécuriser les parcours professionnels, renforcer l'attractivité du service public de santé et garantir la soutenabilité humaine du système.

Actions préconisées :

1. Créer une fonction publique de la santé comprenant les personnels de santé mais également les fonctions support des établissements et service de santé.
2. Moderniser les statuts des professionnels de santé.
3. Prévoir un fonctionnement et une gestion agile et adaptée de ce personnel.
4. Organiser la mobilité fonctionnelle et la gestion des parcours au sein du service public de santé.

Réglementation / aspect juridique :

Loi du pays instituant la fonction publique de la santé.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Souplesse de la gestion RH.
- Attractivité renforcée des professions de santé.
- Fidélisation accrue des personnels des structures publiques de santé.

Niveau de difficulté :

Élevé : la création d'une fonction publique de santé demande un travail réglementaire qui sera long car il faut actualiser et adapter les conditions et cadres d'emploi. Une concertation avec les organisations syndicales sera nécessaire. La transition du cadre actuel (fonction publique territoriale) vers le cadre futur (fonction publique de santé) est une opération administrative lourde car cela concernera un nombre conséquent d'agents.

Indicateur :

Loi du Pays instituant la fonction publique de santé adoptée	Oui/non – 2029
--	----------------

★ *Objectif opérationnel P2.1.2 – Améliorer les conditions d'exercice et de vie des soignants dans les archipels*

Besoin prioritaire :

Les conditions d'exercice dans les archipels, marquées par l'isolement géographique, une charge de responsabilité élevée, une large disponibilité et des contraintes matérielles et sociales importantes, limitent fortement l'attractivité et la stabilité des équipes de santé.

L'insuffisance de dispositifs structurés d'accueil, de soutien professionnel et de qualité de vie contribue à un turnover élevé, fragilise la continuité des soins et accroît la pression sur les professionnels en poste.

L'amélioration coordonnée des conditions d'exercice et de vie dans les archipels est indispensable pour stabiliser durablement les effectifs et garantir un accès équitable aux soins.

Actions préconisées :

1. Structurer un dispositif d'accueil (charte) et d'accompagnement des soignants dans les archipels (administratif, logistique, familial)
2. Déployer des leviers d'attractivité différenciés par archipel (*logement, indexation, aides à l'installation*)
3. Réduire l'isolement professionnel et soutenir la qualité de vie au travail (télésanté, formations à distance...)

Réglementation / aspects juridiques :

Délibération instaurant un coefficient d'indexation en faveur des personnels de santé exerçant dans les îles

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2027–2028 pour la mise en place de la charte

2027-2031+ pour la création de logement et les modifications réglementaires, ces dernières étant étroitement liées à la fonction publique de santé

Bénéfices attendus :

- Stabilisation des effectifs, amélioration du climat de travail
- Meilleure continuité des soins

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la difficulté réside essentiellement dans les moyens financiers nécessaires à cet objectif, soit pour construire des logements soit pour mettre en place des mesures d'attractivité.

Indicateurs :

Existence d'une charte d'accueil des personnels de santé dans les archipels	Oui/non – 2028
% des nouveaux professionnels affectés dans les archipels bénéficiant d'un dispositif formalisé d'accueil	Oui/non – 2028
% d'archipels disposant d'au moins un dispositif d'attractivité formalisé	100 % des archipels concernés d'ici 2029

Objectif stratégique P2.2 – Planifier et sécuriser les parcours professionnels*Objectif opérationnel P2.2.1 – Anticiper et tracer les parcours des professionnels de santé polynésiens***Besoin prioritaire :**

Le Pays ne dispose pas aujourd'hui d'une vision consolidée et prospective des flux de formation, des parcours et des retours des professionnels de santé polynésiens.

L'absence d'outils de suivi et de planification limite l'anticipation des besoins, fragilise la cohérence entre formation et emplois disponibles, et complique la sécurisation des parcours professionnels à long terme.

Actions préconisées :

1. Mettre en place une planification prévisionnelle des ressources humaines en santé (GPEC).
2. Mettre en place un dispositif de suivi des parcours de formation et de retour des étudiants polynésiens de santé.
3. Articuler la planification des besoins avec les dispositifs de formation et d'incitation.

Réglementation / aspect juridique :

Convention de suivi avec l'UPF et l'institut de formation.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.2.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Meilleure anticipation des besoins en ressources humaines de santé à l'échelle du Pays.
- Fluidité des retours des polynésiens qui se sont formés en santé dans l'hexagone
- Moindre dépendance à l'hexagone en termes de personnel de santé

Niveau de difficulté :

Moyen : il s'agit surtout de mobiliser des ressources existantes pour effectivement mettre en place cette gestion prévisionnelle des emplois et compétences

Indicateurs :

Existence d'une GPEC santé formalisée et actualisée	Oui / Non – 2027
% des étudiants et boursiers santé polynésiens intégrés dans le dispositif de suivi	100 % d'ici 2027
Actualisation annuelle conjointe GPEC / parcours / dispositifs d'incitation	Oui / Non – 2028

Objectif opérationnel P2.2.2 – Développer et simplifier l'attribution des bourses et engagements de service public

Besoin prioritaire :

Les dispositifs actuels de bourses et d'aides à la formation ne permettent pas de garantir le retour effectif et l'installation durable des professionnels de santé formés, faute d'un cadre clair liant engagement de service, planification des postes et conditions d'exercice.

Cette situation limite l'impact des investissements publics en formation et fragilise la constitution d'une relève locale pérenne, en particulier dans les métiers et spécialités en tension.

Actions préconisées :

1. Trouver des leviers pour favoriser le retour pérenne des boursiers
2. Mettre en place un suivi individualisé des boursiers
3. Reconnaître le service public accompli dans l'accès au conventionnement

Réglementation / aspects juridiques :

Arrêté encadrant l'octroi des bourses en matière de santé

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Relocalisation progressive des compétences en Polynésie française
- Pérennisation de la relève médicale locale

Niveau de difficulté :

Moyen : la complexité est de définir le bon levier pour garantir le retour des étudiants boursiers, sans pourtant fixer des conditions trop complexes qui pourraient devenir un frein au succès du dispositif.

Indicateur :

Existence d'un cadre réglementaire structurant les bourses comme levier de retour des compétences	Oui / Non – 2027
---	------------------

Objectif opérationnel P2.2.3 – Faciliter la reconnaissance des diplômes étrangers et la mobilité régionale

Besoin prioritaire :

La rareté mondiale de certaines compétences médicales et paramédicales limite durablement la capacité du système de santé polynésien à pourvoir certains postes essentiels.

L'absence de procédures claires, sécurisées et lisibles de reconnaissance des diplômes étrangers et de mobilité régionale freine le recours à des professionnels qualifiés, ainsi que les parcours de formation ou d'exercice dans l'environnement régional du Pacifique.

Il est nécessaire de disposer de mécanismes encadrés permettant de mobiliser ces compétences, sans compromettre la qualité, la sécurité et l'équité des soins.

Actions préconisées :

1. Définir un cadre réglementaire encadrant la reconnaissance des diplômes étrangers en santé.
2. Mettre en place un dispositif d'examen et de validation des compétences.
3. Structurer la mobilité régionale des étudiants et professionnels de santé.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays relative aux conditions de reconnaissance des diplômes étrangers en santé.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.2.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Réduction du déficit en personnel soignant et sur certaines spécialités rares.
- Attractivité régionale accrue.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : la reconnaissance des diplômes étrangers nécessite d'être assise sur des critères qui permettent une ouverture vers plusieurs pays sans affecter la qualité du soin (barrière de la langue, approche culturelle du soin pouvant être très différentes dans certains pays).

Indicateur :

Existence d'un cadre réglementaire encadrant la reconnaissance des diplômes étrangers en santé	Oui / Non – 2026
--	------------------

Objectif stratégique P2.3 – Former et fidéliser durablement les compétences locales

Objectif opérationnel P2.3.1 – Structurer une filière de formation sanitaire initiale et continue locale axée sur la poly-compétence en soins primaires des professionnels de santé

Besoin prioritaire :

L'absence d'une organisation structurée de la formation initiale et continue limite la capacité du Pays à sécuriser la relève professionnelle, à renforcer la poly-compétence en soins primaires et à soutenir durablement l'exercice des professionnels de santé sur l'ensemble du Pays.

Actions préconisées :

1. Créer et structurer un Institut polynésien de formation sanitaire.
2. Organiser une filière locale de formation sanitaire initiale et continue.
3. Développer la poly-compétence en soins primaires et les métiers de proximité.
4. Valoriser et reconnaître les métiers de proximité comme les auxiliaires de soin.
5. Garantir l'accès effectif à la formation continue sur l'ensemble du Pays.
6. Nouer des partenariats universitaires et institutionnels structurants.

Réglementation / aspects juridiques :

Statut de l'institut de formation à définir (EPS, EPIC)

Encadrement de diplômes locaux et lien avec l'État pour la reconnaissance en diplôme d'Etat lorsque cela est pertinent.

Conventions cadre Universités-CHPF-Pays ; accréditations universitaires et hospitalières associées.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.3.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

2026–2031 : déploiement progressif par filière et certification

Bénéfices attendus :

- Sécurisation de la relève professionnelle locale.
- Amélioration de la qualité et de la continuité des soins dans toutes les îles.
- Réduction de la dépendance structurelle aux recrutements extérieurs.
- Valorisation de l'identité sanitaire polynésienne.

Niveau de difficulté :

Moyen : la formation des auxiliaires de soins et des infirmiers est déjà mise en place, ainsi qu'un diplôme universitaire de santé en milieu insulaire. Le déploiement d'autres formations pourra donc s'asseoir sur l'expérience acquise des dispositifs déjà en place.

Indicateur :

Existence d'une filière locale structurée de formation sanitaire initiale et continue, pilotée par l'Institut	Oui / Non – 2028
---	------------------

Évolution du métier d'auxiliaire de soin

Pour garantir une prise en charge de qualité dans les îles éloignées et soutenir la continuité des soins primaires, le SOS prévoit la reconnaissance et la valorisation du métier d'auxiliaire avec un diplôme du Pays répondant aux besoins spécifiques des archipels.

Son champ d'action sera de :

- Réaliser des actes techniques (pose de perfusion, pansements complexes),
- Effectuer des examens de biologie simple, essentiels à la surveillance des traitements,
- Appuyer les professionnels séquentiels et les unités mobiles,
- Contribuer à la télésanté en assurant les mesures et transmissions nécessaires,
- Renforcer la prise en charge des maladies chroniques et des situations d'urgence non vitales.

Cette évolution est déterminante pour la soutenabilité du modèle d'offre minimale par île (A2.1.1), en particulier dans les zones isolées.

Objectif stratégique P2.4 – Garantir la qualité, la compétence et la bienveillance dans les pratiques de soin

Objectif opérationnel P2.4.1 – Mettre en œuvre le référentiel de pratiques professionnelles en y intégrant le Va'a Ora

Besoin prioritaire :

Les contraintes d'exercice (charge de travail, pénurie de professionnels, pression organisationnelle) freinent l'intégration systématique des dimensions humaines, culturelles et éthiques dans les pratiques de soin.

L'absence d'un cadre de référence partagé nuit à l'harmonisation des pratiques, à la qualité de la relation soignant-soigné.

Actions préconisées :

1. Élaborer et déployer un référentiel polynésien de pratiques professionnelles intégrant le *Va'a Ora* (P3)
2. Intégrer le référentiel dans la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles.

Cadre réglementaire / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 2.4.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Renforcement de la relation de confiance entre soignants, patients et familles.
- Diffusion des valeurs du *Va'a Ora* dans les pratiques quotidiennes.
- Cohérence accrue des gestes professionnels et harmonisation des pratiques entre secteurs public et privé.
- Réduction des insatisfactions et des situations de maltraitance ou d'incompréhension culturelle.

Niveau de difficulté :

Moyen : l'implémentation d'un référentiel est techniquement accessible, mais nécessite la formation, l'adhésion, la mobilisation et l'évaluation continue des personnels concernés.

Indicateurs :

Référentiel polynésien de pratiques professionnelles intégrant le <i>Va'a Ora</i> formalisé et diffusé	Oui / Non — 2027
% des structures sanitaires disposant d'un plan de déploiement du référentiel	100 % d'ici 2031

Encadré – Le *Te Mauri o Rongo* et le *Va'a Ora* : deux visions, une même philosophie

Le *Te Mauri o Rongo*, charte néo-zélandaise des relations en santé, inspire la Polynésie française par son approche centrée sur la bienveillance, la coopération et la sécurité culturelle.

Le *Va'a Ora* partage cet esprit, mais l'ancre dans les valeurs du *Fenua* qui sont la solidarité, l'équilibre, le respect et la transmission.

Ensemble, ils rappellent que la qualité du soin dépend d'abord de la qualité du lien entre institutions, soignants et population.

Le SOS 2026-2031 s'inscrit dans cette continuité pacifique : *prendre soin de ceux qui soignent*, c'est préserver la cohésion, la dignité et la confiance au cœur du système de santé polynésien.

Objectif opérationnel P2.4.2 – Structurer la qualité et la sécurité des soins dans toutes les structures sanitaires

Besoin prioritaire :

L'absence d'une organisation homogène de la qualité et de la sécurité des soins limite la prévention des événements indésirables, la sécurisation des parcours et l'équité des prises en charge.

Les écarts de pratiques entre structures, notamment dans les archipels, exposent le système à des risques évitables et réduisent sa capacité de résilience.

Actions préconisées :

1. Mettre en place une gouvernance de la qualité et de la sécurité des soins à l'échelle du Pays.
2. Définir et déployer un socle commun de pratiques et procédures de soins.
3. Organiser la gestion des risques et l'amélioration continue de la sécurité des soins.

Réglementation / Aspects juridiques :

Alignement avec les normes de qualité et sécurité des soins (adaptation locale des standards OMS et de la haute autorité de santé (HAS)).

Calendrier :

	2028	2029	2030	2031
P 2.4.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Réduction des événements indésirables évitables dans toutes les structures.
- Homogénéisation du niveau de sécurité des soins dans les archipels et les structures isolées.
- Renforcement de la résilience clinique grâce à des procédures et outils communs.
- Agilité du système dans la gestion des risques sanitaires (épidémies, urgences, transports sanitaires).

Niveau de difficulté :

Moyen : la mise en place d'une gouvernance ne présente pas de complexité particulière, en revanche le socle commun de pratiques et de procédures se doit d'être adapté au contexte particulier des îles.

Indicateur :

Existence d'une gouvernance formalisée de la qualité et de la sécurité des soins à l'échelle du Pays	Oui / Non — 2028
--	------------------

Facteurs clés de réussite – Pilier 2

- ✓ Portage politique et arbitrages interministériels permettant la mise en œuvre des mesures.
- ✓ Pilotage structuré et unifié des ressources humaines en santé.
- ✓ Cadres statutaires et réglementaires permettant l'évolution des pratiques professionnelles.
- ✓ Capacité administrative à déployer et gérer les dispositifs d'attractivité et de fidélisation.
- ✓ Dispositifs formalisés de formation initiale et continue accessibles sur l'ensemble du Pays.
- ✓ Cadres sécurisant les parcours professionnels et la relève locale.
- ✓ Capacité à adapter les politiques RH aux réalités différenciées des archipels.
- ✓ Conditions minimales d'adhésion des professionnels aux évolutions engagées.

P3 – Culture et approche du *Va’a Ora*

La santé en Polynésie française s’inscrit dans une vision globale de la personne, de la famille et du milieu de vie, dans laquelle les dimensions culturelles influencent fortement le rapport au soin, à la prévention et aux parcours de santé.

L’insuffisante structuration de cette dimension dans les politiques publiques et les organisations de santé peut limiter la compréhension, l’adhésion et l’efficacité des actions sanitaires.

Le pilier 3 vise à structurer l’intégration du *Va’a Ora* comme cadre culturel de référence du système de santé, en assurant sa reconnaissance institutionnelle, sa gouvernance et son déploiement encadré.

Il s’agit d’ancrer les politiques de santé dans les valeurs polynésienne, non comme un élément symbolique, mais comme un levier opérationnel au service de l’équité, de la qualité et de l’adhésion aux soins.

★ Objectif stratégique P3.1 – Reconnaître et consolider le *Va’a Ora* comme cadre culturel de gouvernance sanitaire

★ Objectif opérationnel P3.1.1 – Institutionnaliser le *Va’a Ora* comme cadre culturel transversal de santé

Besoin prioritaire :

L’absence de reconnaissance officielle de la place de la culture polynésienne dans le soin ne permet pas la mise en cohérence des politiques publiques avec la volonté des institutions et la réalité pratiques locales.

Actions préconisées :

1. Définir un référentiel *Va’a Ora* comme cadre culturel commun du système de santé : valeurs, principes, symboles et indicateurs culturels de santé.
2. Reconnaître officiellement le *Va’a Ora* comme cadre transversal de référence des politiques de santé (exemple : charte)

Réglementation / aspects juridiques :

Portage institutionnel par le ministère de la Santé et le ministère de la Culture de la charte qui doit cependant émaner du *Va’a ora*.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 3.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Meilleure cohérence entre les politiques publiques et les pratiques locales.
- Légitimité renforcée du modèle culturel de santé.

Niveau de difficulté :

Facile : la réussite de cet objectif s’inscrit dans le cadre du déploiement global du *Va’a Ora* prévu à l’objectif opérationnel A1.1.1.

Indicateurs :

Référentiel <i>Va’a Ora</i> formalisé, validé comme cadre culturel commun du système de santé	Oui / Non — 2026
Charte ou acte officiel reconnaissant le <i>Va’a Ora</i> comme cadre transversal de référence des politiques de santé adopté	Oui / Non — 2027

★ *Objectif opérationnel P3.1.2 – Structurer la gouvernance culturelle du système de santé*

Besoin prioritaire :

La définition d’une gouvernance culturelle structurée et d’outils communs de pilotage doit permettre la mise en œuvre cohérente du *Va’a Ora* dans les politiques publiques de santé, notamment entre institutions, secteurs et archipels.

Actions préconisées :

1. Définir un mode de gouvernance culturelle du *Va’a Ora* pour le système de santé sur la base du référentiel
2. Mettre en place un Comité consultatif mixte du *Va’a Ora* (To’o) en lien avec le mode de gouvernance défini
3. Élaborer une feuille de route interministérielle de déploiement et de suivi du *Va’a Ora*

Réglementation / aspects juridiques :

Pilotage conjoint Santé–Culture, avec appui technique du Comité consultatif mixte *Va’a Ora*.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P 3.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Gouvernance claire et partagée entre Santé et Culture.
- Alignement des politiques publiques sur les valeurs du Fenua.
- Évaluation possible des impacts culturels des actions de santé.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : la réussite de cet objectif s’inscrit dans le cadre du déploiement global du *Va’a Ora* prévu à l’objectif opérationnel A1.1.1 mais la complexité réside dans le fait de maintenir un cadre souple et évolutif dans le fonctionnement du *Va’a Ora*.

Indicateurs :

Gouvernance conjointe Santé–Culture du <i>Va'a Ora</i> formalisée et opérationnelle	Oui / Non — 2027
Comité consultatif (To'o) opérationnel	Oui / Non — 2027
Feuille de route interministérielle Santé–Culture de déploiement du <i>Va'a Ora</i> adoptée	Oui / Non – 2028

Objectif stratégique P3.2 – Rendre la santé accessible par la médiation culturelle et la communication enracinée

Objectif opérationnel P3.2.1 – Déployer la médiation culturelle dans les soins et les structures de santé

Besoin prioritaire :

L'absence de dispositifs structurés intégrant la médiation culturelle et des repères culturels dans les lieux de soins limite la compréhension, la relation de confiance et l'adhésion des patients aux parcours de santé.

Cette insuffisante prise en compte de la dimension culturelle réduit l'efficacité des actions de prévention et de prise en charge, en particulier dans les contextes de proximité et dans les archipels.

Actions préconisées :

1. Structurer la médiation culturelle comme composante du soin dans les structures de santé (présence de médiateurs, signalétique bilingue, des espaces symboliques, des lieux de parole et de spiritualité...)
2. Développer les compétences culturelles des professionnels de santé

Réglementation / aspects juridiques : N/A**Calendrier :**

	2027	2028	2029	2030	2031
P 3.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Humanisation du soin et confiance renforcée entre soignants et patients.
- Réconciliation entre culture, spiritualité et santé.
- Réduction du renoncement aux soins et meilleure compréhension des messages.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : une difficulté peut-être d'obtenir l'adhésion et la compréhension, par l'ensemble des professionnels de santé, des impacts de la culture polynésienne dans la prévention, la promotion de la santé et le soin.

Indicateurs :

% structures de santé disposant d'un dispositif formalisé de médiation culturelle intégré au parcours de soin	≥ 30% d'ici 2028
Professionnels ou médiateurs formés à l'approche culturelle du soin	≥ 50 d'ici 2028

Parler la langue du soin

Dans la culture polynésienne, les mots soignent autant que les plantes.

Le *Va'a Ora* rappelle que la santé est aussi une parole, une écoute et un lien : chaque message de santé doit être entendu, compris et incarné dans la vie quotidienne des Polynésiens.

Objectif opérationnel P3.2.2 – Enraciner la communication de santé dans la culture du Va'a Ora

Besoin prioritaire :

L'absence de cadre structuré pour l'adaptation culturelle des messages de santé limite leur compréhension, leur appropriation et leur impact auprès des populations.

Cette situation réduit l'efficacité des actions de prévention et de promotion de la santé, en particulier lorsque les messages ne sont pas adaptés aux codes culturels, linguistiques et symboliques polynésiens.

Actions préconisées :

1. Structurer un cadre de communication de santé culturellement contextualisée (langues, symboles, supports, registres narratifs), en cohérence avec le référentiel *Va'a Ora* (P3.1.1).
2. Mobiliser des relais culturels pour la diffusion des messages de santé (artistes, enseignants, chefs coutumiers, pasteurs, jeunes leaders).

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 3.2.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Meilleure appropriation des messages de santé par la population.
- Diffusion des valeurs polynésiennes à travers des relais culturels enracinés.
- Participation active des communautés à la santé publique.

Niveau de difficulté :

Facile à moyen : cet objectif doit tenir compte des différences culturelles pouvant exister au sein même de la Polynésie française.

Indicateur :

Campagnes de santé intégrant un cadre de contextualisation culturelle défini	≥ 100 relais d'ici 2031
--	-------------------------

Objectif stratégique P3.3 – Reconnaître et intégrer les pratiques traditionnelles et complémentaires de santé

Objectif opérationnel P3.3.1 – Reconnaître le métier de praticien traditionnel

Besoin prioritaire :

L'absence de reconnaissance et de cadre d'exercice formalisé des praticiens traditionnels limite la sécurisation, la transmission et l'articulation de leurs pratiques avec le système de santé.

Cette situation empêche une intégration encadrée et complémentaire des savoirs traditionnels dans les parcours de soins, malgré leur place culturelle et leur usage au sein de la population.

Actions préconisées :

1. Favoriser la mise en place d'une reconnaissance culturelle des praticiens traditionnels dans le cadre du *Va'a Ora*.
2. Donner un cadre légal à la fonction de « néotradipraticien » (maillon entre médecine conventionnelle et savoirs traditionnels).

Réglementation / aspects juridiques :

Encadrer juridiquement la fonction et les missions des néo tradipraticiens.

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P 3.3.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Reconnaissance institutionnelle et sécurisation des pratiques.
- Complémentarité entre médecine moderne et savoirs traditionnels.
- Préservation du patrimoine thérapeutique polynésien.

Niveau de difficulté :

Moyen : la complexité réside dans la coopération et la compréhension mutuelles entre les professionnels de santé conventionnels et les praticiens traditionnels qui sont une des clés de la réussite de cet objectif.

Indicateurs :

Cadre légal du « néotradipraticien » adopté	Oui / Non — 2028
Dispositif de reconnaissance culturelle des praticiens traditionnels formalisé dans le <i>Va'a Ora</i>	Oui / Non — 2029

*Objectif opérationnel P3.3.2 – Revaloriser les approches de médecine complémentaires***Besoin prioritaire :**

Les pratiques de médecine complémentaire (acupuncture, sophrologie, hypnose, ostéopathie, médecine traditionnelle chinoise, etc.) sont de plus en plus utilisées en Polynésie française, notamment dans la gestion de la douleur, du stress, des addictions et des maladies chroniques.

Il est nécessaire de les intégrer dans une approche de santé complémentaire et intégrative, afin d'en garantir la sécurité, la qualité et la cohérence avec les soins conventionnels.

Actions préconisées :

1. Faire une évaluation médico-économique des approches complémentaires pour évaluer l'opportunité d'actualiser les nomenclatures et référentiels professionnels.
2. Établir un cadre réglementaire de reconnaissance des pratiques de médecine complémentaire non encore reconnues fondées sur des données probantes (OMS).

Réglementation / aspects juridiques :

Modification du cadre réglementaire de l'exercice de la médecine pour y intégrer les nouvelles pratiques complémentaires.

Définir le cadre des formations diplômantes dans le cadre de l'institut de formation.

Calendrier :

	2028	2029	2030	2031
P3.3.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Sécurisation et professionnalisation des pratiques de médecine complémentaire.
- Reconnaissance et intégration dans le système de santé polynésien.
- Amélioration de la qualité de vie et de la satisfaction des patients.
- Réduction de la médicalisation excessive et meilleure prévention globale.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : plusieurs médecines complémentaires sont déjà reconnues en Polynésie française (ostéopathe, chiropracteurs) mais ne sont pas suivies faute de nomenclature et de déclarations des actes pratiqués. Leur ampleur et leur effet dans l'offre de soins reste donc méconnue, ce qui rend plus compliquée l'évaluation médico-économique.

Indicateur :

Evaluation médico-économique des approches complémentaires	Oui / Non — 2028
--	------------------

Objectif opérationnel P3.3.3 – Développer des approches de santé intégrative encadrées

Besoin prioritaire :

Les approches de santé intégrative et les travaux de recherche associés existent, mais restent insuffisamment structurés et valorisés à l'échelle du système de santé, limitant leur lisibilité et leur impact sur les parcours de soins.

Ce besoin s'inscrit dans la continuité des orientations internationales en matière de santé intégrative, telles que portées par la stratégie mondiale de l'OMS 2025–2034.

Actions préconisées :

1. Valoriser les projets pilotes de santé intégrative dans une logique expérimentale et sécurisée
 - *Les approches de prévention intégrative culturellement ancrées, dont le jeûne, relèvent du contenu possible des projets pilotes.*
2. Développer la recherche sur les approches traditionnelles et intégratives, dans une logique d'éclairage et de sécurisation des pratiques.

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P3.3.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

Bénéfices attendus :

- Innovation thérapeutique et légitimation scientifique.
- Meilleure acceptabilité culturelle des soins.
- Rayonnement du modèle polynésien de santé globale et durable.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : bien que des projets pilotes de médecine intégrative aient déjà été mis en place, la structuration d'une recherche locale sur les approches traditionnelles prendra du temps.

Indicateur :

Nombre de projets pilotes de santé intégrative	≥ 3 d'ici 2030
--	---------------------

Facteurs clés de réussite – Pilier 3

- ✓ Reconnaissance institutionnelle claire et partagée du *Va'a Ora*.
- ✓ Gouvernance culturelle structurée et opérationnelle du système de santé.
- ✓ Appropriation du *Va'a Ora* par les professionnels de santé.
- ✓ Intégration effective de la médiation culturelle dans les parcours de soins.
- ✓ Communication de santé culturellement enracinée et cohérente.
- ✓ Cadre sécurisé de reconnaissance des pratiques traditionnelles et complémentaires.
- ✓ Capacité à articuler savoirs traditionnels, pratiques complémentaires et médecine conventionnelle.
- ✓ Adhésion des communautés et mobilisation des relais culturels.

P4 – Gouvernance, coopération et soutenabilité

Le système de santé polynésien doit s'adapter à des contraintes structurelles fortes : dispersion géographique, pluralité d'acteurs, tension sur les ressources et exigences croissantes de transparence et d'équité.

Dans ce contexte, la gouvernance devient un levier central pour garantir la cohérence des décisions, la lisibilité de l'offre de soins et la soutenabilité du système à long terme.

Ce pilier vise à renforcer un pilotage sanitaire fondé sur des règles claires, des données objectivées et une régulation équitable, permettant d'aligner l'organisation de l'offre, les financements et les investissements sur les besoins réels de la population.

Il s'attache également à moderniser les modalités de coopération entre acteurs publics et privés, à structurer l'évaluation des politiques de santé et à optimiser l'allocation des ressources.

Enfin, le pilier 4 inscrit la Polynésie française dans une dynamique régionale affirmée, en consolidant les coopérations sanitaires et académiques dans le Pacifique et en renforçant le rayonnement du modèle *Va'a Ora*.

L'ambition est de bâtir un système de santé gouverné de manière collective, responsable et durable, capable de répondre aux enjeux actuels et futurs de la Polynésie française.

★ Objectif stratégique P4.1 — Améliorer l'organisation et la régulation du système de santé

★ Objectif opérationnel P4.1.1 – Réorganiser les fonctions de stratégie et de régulation sanitaire

Besoin prioritaire :

Le système de santé polynésien se caractérise aujourd'hui par une concentration des fonctions de pilotage stratégique, de régulation, d'instruction des autorisations, et de contrôle de leurs mises en œuvre. Cette situation limite la transparence des décisions, complexifie les arbitrages, et ne permet pas une régulation neutre et basée sur des critères objectifs.

Actions préconisées :

1. Séparer les fonctions de pilotage stratégique, de régulation/contrôle de l'offre de soins et d'effecteurs de soin.
2. Assurer l'autonomie de l'entité de contrôle vis à vis de l'entité de pilotage et des effecteurs de soin.

Règlementation / aspects juridiques :

Arrêté pris en conseil des ministres créant l'entité de contrôle et de régulation et réorganisation en conséquence les missions du service administratif en charge du pilotage de l'organisation sanitaire.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Terminé

2026-2027 : Travaux de définition du périmètre, gouvernance, modèle organisationnel et financier

2028 : déploiement

Bénéfices attendus :

- Clarification des rôles entre pilotage politique, planification et contrôle,
- Renforcement de la transparence des décisions en matière de santé,
- Meilleure planification de l'offre de soins, appuyée sur des analyses indépendantes,
- Amélioration de la confiance des partenaires institutionnels, des professionnels de santé et de la population.

Niveau de difficulté :

Moyen : des transformations institutionnelles seront nécessaires et doivent être cohérentes avec la réforme de EPS.

Indicateur :

Séparation des missions de pilotage et de régulation effective	Oui / Non —2028
--	-----------------

★ *Objectif opérationnel P4.1.2 – Réorganiser l'offre de soins publique autour des établissements publics de santé (EPS)*

Besoin prioritaire :

L'offre de soins publique est actuellement assurée par un établissement public administratif, le CHPF, et par un service administratif, la direction de la santé, au travers des hôpitaux périphériques et des structures de santé primaire ou de santé spécialisée. Ce cadre administratif montre aujourd'hui ses limites pour répondre aux exigences de fonctionnement, d'attractivité et de stabilisation des structures de soins publiques.

Actions préconisées :

1. Définir un cadre administratif et juridique adapté aux structures de soin de santé, comportant des règles agiles en matière comptable, budgétaire et RH : les établissements publics de santé (EPS)
2. Etablir le plan de déploiement des EPS en tenant compte des contraintes géographiques et en assurant la synergie des structures, en concertation avec les acteurs concernés
3. Accompagner la transformation progressive des structures publiques vers le modèle EPS

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du Pays relative aux établissements publics de santé, délibération comptable et RH

Arrêtés créant chaque EPS.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : Le corpus réglementaire est finalisé (loi du Pays et délibérations), et l'organisation cible autour des établissements publics de santé est définie, incluant l'élaboration du plan de déploiement.

2027-2031 : CHPF et structures de la direction de la santé commencent leur transformation vers des EPS en fonction de l'organisation retenue

Bénéfices attendus :

- Fonctionnement agile et réactifs des hôpitaux et des structures de santé publique
- Stabilisation et développement des hôpitaux périphériques

Niveau de difficulté :

Élevé : la difficulté provient de la transition culturelle et administrative nécessaire, notamment pour les structures relevant actuellement d'un service administratif, ainsi que des enjeux notamment logistique (transfert des moyens matériels et des moyens humains vers les EPS).

Indicateur :

Création du premier EPS	Oui / Non —2027
-------------------------	-----------------

★ *Objectif opérationnel P4.1.3 – Unifier les structures de santé au sein du Groupement de santé de Polynésie française (GSPF)*

Besoin prioritaire :

Les hôpitaux publics et structures de santé fonctionnent aujourd'hui de manière cloisonnée, avec une mutualisation limitée des moyens et une coordination insuffisante entre l'établissement hospitalier central, les hôpitaux périphériques et les autres structures publiques de santé.

Les acteurs privés restent par ailleurs peu intégrés dans l'organisation globale de l'offre de soins. Cette fragmentation génère des inefficiences et limite la capacité de soutien et de coordination du système, en particulier lors des situations de tension ou de saturation du CHPF.

Actions préconisées :

1. Création d'un Groupement de Santé de Polynésie française (GSPF) regroupant les établissements publics de santé (EPS) assurant une activité de soin et, le cas échéant, les autres EPS avec un projet d'établissement commun et un organe de gouvernance commun.
2. Intégrer les coopérations publiques et privées dans le cadre du GSPF.

Réglementation/ aspects juridiques :

Loi du pays relative aux établissements publics de santé, convention du groupement de santé de Polynésie française ou arrêté en conseil des ministres créant le GSPF.

Calendrier :

	2028	2029	2030	2031
P4.1.3	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement

La création d'un GSPF opérationnel nécessite que les structures actuelles de santé se soient transformées en EPS.

Bénéfice attendu :

- Mutualisation et rationalisation des ressources, économies d'échelle.
- Agilité et flexibilité de l'organisation de l'offre publique de soins.
- Soutien de l'établissement hospitalier central aux structures périphériques.

Niveau de difficulté :

Élevé: le GSPF ne pourra être créé que lorsque deux EPS au moins seront opérationnels, et la mutualisation des moyens nécessite une très bonne structuration et coordination au moment de la transition.

Indicateur :

Création du GSPF	Oui / Non —2031
------------------	-----------------

★ *Objectif opérationnel P4.1.4 –Structurer le partenariat entre les secteurs public et privé pour une offre coordonnée et efficiente*

Besoin prioritaire :

L'offre de soins est aujourd'hui insuffisamment coordonnée entre les acteurs publics et privés, entraînant des redondances d'activités, une mobilisation sous-optimale des ressources humaines spécialisées et une utilisation inefficace des investissements.

Cette situation fragilise la permanence des soins et limite la capacité collective du système de santé à répondre durablement à l'évolution des besoins de la population, dans un contexte où le seul secteur public ne peut assumer l'ensemble des prises en charge.

Actions préconisées :

1. Développer, coordonner et réguler les partenariats public/privé
2. Organiser la mutualisation et la complémentarité des capacités public/privé
3. Intégrer l'offre privée dans la réponse aux besoins prioritaires à l'échelle du Pays (consultations et soins avancés (CSA) et permanence des soins)

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays sur l'aide médicale d'urgence et la permanence des soins.

Lancement d'appel à projet et de mesures incitatives à l'installation d'une offre de soins privée dans le Sud-Ouest de Tahiti.

Adaptation des conventions CPS pour intégrer la coordination public/privée.

Calendrier

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.1.4	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : - loi du pays sur l'aide médicale d'urgence et la permanence des soins.

- lancement des appels à projet en fonction des besoins locaux de soin.

Bénéfices attendus :

- Un désengorgement du CHPF et des structures publiques de soin.
- Un système de santé plus cohérent, plus lisible et plus équitable pour les usagers.
- Valorisation du rôle du secteur privé et renforcement de ses capacités d'action.
- Réduction des doublons et des coûts.
- Amélioration des délais et de la continuité des soins sur tout le Pays.

Niveau de difficulté :

Élevé : le fonctionnement des services publics et des établissements privés sont très différents, même en matière de santé. La coopération nécessitera donc une bonne coordination et une bonne acceptation de mode de fonctionnement des uns et des autres.

Indicateurs :

Cadre de coordination public/privé formalisé et opérationnel	Oui / Non – 2027
Nombre de partenariats public/privé structurés par convention pour les projets structurants	≥ 3 conventions actives en 2031

Objectif stratégique P4.2 — Construire une politique de santé et de l'offre de soins intégrée, régulée et fondée sur la réalité des besoins

Objectif opérationnel P4.2.1 – Développer une cartographie dynamique des besoins de santé

Besoin prioritaire :

La régulation de l'offre de soins repose aujourd'hui sur une carte sanitaire principalement fondée sur des ratios démographiques, sans prise en compte suffisante des réalités à l'échelle du Pays, des contraintes d'accessibilité et des besoins spécifiques des archipels.

Cette approche génère des déséquilibres à l'échelle du Pays persistants, avec une sous-dotation des archipels éloignés, une saturation de la zone urbaine de Tahiti et des inégalités d'accès aux soins.

Une cartographie du Pays, dynamique et objectivée des besoins de santé est nécessaire pour fonder la régulation de l'offre sur la réalité des besoins des populations.

Actions préconisées :

1. Revoir les conditions d'élaboration de la carte sanitaire et d'octroi des autorisations
2. Produire une nouvelle cartographie des ressources et des besoins à l'échelle du Pays, en tenant comptes des contraintes géographiques et de la situation des archipels et de la nécessité de s'adapter rapidement aux besoins

Réglementation/ aspects juridiques :

Révision de la loi du pays n° 2020-4 relative à l'organisation sanitaire et de ses arrêtés d'application

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.2.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2027 : nouvelle carte sanitaire corrélées à la réalité des besoins

Bénéfices attendus :

- Régulation de l'offre de soins fondée sur des besoins objectivés et à l'échelle du Pays ;
- Réduction des inégalités d'accès aux soins ;
- Allocation des ressources plus équitable, lisible et transparente ;
- Renforcement de la prévisibilité et de l'acceptabilité des décisions publiques.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : si la construction de la cartographie ne présente pas de complexité technique majeure, sa mise en œuvre opérationnelle est rendue plus délicate par les marges de régulation limitées sur l'offre existante, en particulier du fait de la présence d'opérateurs déjà installés.

Indicateurs :

Cartographie à l'échelle du Pays et dynamique des besoins opérationnelle	Oui / Non — 2027
Intégration de la cartographie à la régulation de l'offre	Oui / Non — 2028

Objectif opérationnel P4.2.2 – Développer le bureau de l'observation de la santé

Besoin prioritaire :

Le pilotage du système de santé du Pays est aujourd'hui limité par des données dispersées, hétérogènes et insuffisamment consolidées, ce qui réduit la capacité à anticiper les besoins, à objectiver les décisions et à suivre les inégalités de santé. La montée en capacité opérationnelle du Bureau de l'observation de la santé est nécessaire afin de disposer de données fiables, partagées et interopérables, constituant une base commune pour le pilotage stratégique, la régulation de l'offre et l'évaluation des politiques de santé à l'échelle du Pays.

Actions préconisées :

1. Renforcer les moyens opérationnels du bureau de l'observation de la santé.
2. Améliorer la qualité de l'observation en structurant l'interopérabilité et la consolidation des données de santé.
3. Produire des outils de pilotage de la santé à partir des observations faites à l'échelle du Pays.

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P4.2.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

2027 : consolidation des moyens du bureau de l'observation

Bénéfices attendus :

- Mise à disposition de données de santé fiables, consolidées et partagées ;
- Amélioration de la capacité d'anticipation des besoins de santé ;
- Appui objectivé au pilotage stratégique et à la régulation de l'offre de santé ;
- Renforcement de la lisibilité des situations de santé du Pays.

Niveau de difficulté :

Moyen : l'interopérabilité présente des enjeux techniques assez complexes et la bonne observation de la santé nécessite des données de santé fiables, disponibles et structurées (OO P1.1.3).

Indicateurs :

Existence d'une production régulière d'observation de la santé	Oui / Non – 2028
Délai de mise à disposition des données consolidées	≤ J+30 d'ici 2029

Focus soins primaires et équité d'accès

Le Bureau de l'observation de la santé intégrera un volet dédié au suivi des soins primaires et de l'équité d'accès aux soins, en cohérence avec le cadre *OMS-Primary Health Care (PHC)*.

Ce volet permettra d'éclairer le pilotage du système de santé à partir d'indicateurs consolidés portant notamment sur la couverture des soins primaires, la répartition de l'offre et l'accessibilité aux soins, et d'appuyer les décisions de planification et de financement dans des délais compatibles avec les besoins du pilotage.

Objectif opérationnel P4.2.3 – Mettre en place une politique d'évaluation des programmes de santé

Besoin prioritaire :

Les programmes de santé sont aujourd'hui déployés sans cadre d'évaluation harmonisé et systématique, limitant la capacité du Pays à mesurer leur efficacité réelle, à prioriser les actions les plus pertinentes et à optimiser l'utilisation des fonds publics.

La mise en place d'une politique d'évaluation structurée et partagée est nécessaire pour piloter les programmes de santé sur la base de résultats objectifs et renforcer l'efficacité des politiques publiques.

Actions préconisées :

1. Définir un cadre commun d'évaluation des programmes de santé, commun à l'ensemble des services et entités publics et des partenaires institutionnels.
2. Rendre l'évaluation obligatoires pour les programmes ou actions subventionnées.
3. Évaluer prioritairement les principaux programmes publics de santé.

À terme, les dispositifs d'évaluation pourront s'appuyer sur des outils de recueil numérique intégrés aux systèmes d'information de santé, dans le respect des cadres existants

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du Pays fixant les conditions d'octroi des aides et subventions en matière de santé et prévoyant l'évaluation des actions aidées.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.2.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Mise en œuvre progressive à partir de 2026 :

2026–2027 : adoption du cadre réglementaire relatif aux aides et création des outils d'évaluation.

2028 : mise en place des outils d'évaluation de l'ensemble des programmes de santé.

Bénéfices attendus :

- Capacité renforcée à mesurer l'efficacité et l'impact des programmes de santé ;
- Priorisation des actions sur la base de résultats objectifs ;
- Amélioration de l'allocation des financements publics vers les actions les plus efficaces ;
- Justification explicite des choix de financement et de priorisation au regard des résultats observés.

Niveau de difficulté :

Elevé : cet objectif nécessite d'intégrer une culture de l'évaluation, et d'accepter de mobiliser des ressources humaines sur ce sujet, en particulier dans le secteur public.

Indicateurs :

Formalisation d'un guide d'évaluation des programmes de santé opérationnel	Oui / Non – 2028
Nombre de programmes publics de santé disposant d'une évaluation formalisée	≥ 5 d'ici 2031

Objectif stratégique P4.3 — Optimiser la soutenabilité, la mutualisation et la logistique du système de santé

Objectif opérationnel P4.3.1 – Assurer une orientation cohérente des patients vers le bon niveau de soins

Besoin prioritaire :

Le système de santé présente une inadéquation persistante entre l'état de santé des patients et le niveau de soins mobilisé, conduisant à des prises en charge inadaptées ou surmédicalisées.

Faute de lisibilité de l'offre, de coordination des parcours et d'alternatives suffisantes à l'hospitalisation, cette situation génère une pression excessive sur les structures hospitalières, des délais de prise en charge allongés et une mobilisation inefficace des ressources, fragilisant la soutenabilité du système.

Actions préconisées :

1. Clarifier les missions des différentes structures de soins.
2. Structurer les parcours de soins et les alternatives à l'hospitalisation.
3. Réguler l'accès et le maintien dans les différentes structures de soin, en fonction de l'état de santé du patient (*bed management*, mécanismes d'orientation ou d'incitation vers une structure d'aval ou mieux adaptée).

Réglementation / aspects juridiques :

Réforme de la carte sanitaire (P4.1.1)

Adapter la réglementation pour encourager le recours à l'offre de soins adaptée

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.3.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

Bénéfices attendus :

- Réduction des prises en charge inadaptées ou surmédicalisées ;
- Désengorgement des structures hospitalières, en particulier des urgences ;
- Amélioration des délais de prise en charge pour les patients relevant du recours hospitalier ;

- Renforcement du recours aux soins de proximité lorsque pertinent.

Niveau de difficulté :

Moyen : les mesures d’incitation et d’orientation seront un facteur clé de succès et doivent donc être décidées et évaluées avec méthode.

Indicateurs :

% des passages en structure hospitalière pour des motifs relevant des soins primaires	– 20 % d’ici 2031
% des séjours hospitaliers prolongés pour raisons non médicales	–25 % d’ici 2031

Objectif opérationnel P4.3.2 – Assurer l’adéquation des sources de financement

Besoin prioritaire :

Le financement du système de santé repose sur des sources multiples (assurance maladie, Pays, reste à charge), construites de manière progressive et insuffisamment coordonnées.

L’absence d’analyse systématique de l’adéquation entre la nature des dépenses, leur coût réel et leur source de financement limite la capacité à garantir un financement juste, efficient et soutenable du système de santé.

Actions préconisées :

1. Analyser l’adéquation entre les dépenses et les sources de financement.
2. Evaluer régulièrement la cohérence médico-économique de la tarification de la prestation, du produit ou de l’acte concerné.
3. Explorer des modes de financement alternatifs des soins et de la santé (A4).

Réglementation / aspects juridiques :

N/A

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.3.2	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : évaluation de l’adéquation entre la dépense et sa source de financement.

Tout au long du Schéma : instaurer une culture médico-économique et s’assurer de la cohérence de la tarification.

Bénéfices attendus :

- Meilleure cohérence entre la nature des dépenses de santé et leurs modalités de financement ;
- Rationalisation et maîtrise des dépenses de santé ;
- Renforcement de la soutenabilité financière du système de santé.

Niveau de difficulté :

Elevé : cet objectif nécessitera de nombreuses concertations interministérielles, mais également avec les partenaires sociaux, la caisse de prévoyance sociale et les professionnels de santé.

Indicateurs :

% des principales catégories de dépenses de santé ayant fait l'objet d'une analyse formalisée d'adéquation entre coût et source de financement	≥ 80 % d'ici 2030
Nombre de dispositifs ou activités dont les modalités de financement ont été ajustées sur la base d'une analyse de coûts	≥ 5 d'ici 2031

Objectif opérationnel P4.3.3 – Inscrire le financement du système de santé dans un cadre annuel défini par une loi du pays

Besoin prioritaire :

Le coût global du système de santé est aujourd'hui complexe à appréhender en raison de la pluralité des sources de financement et de l'absence d'une vision consolidée des dépenses de santé à l'échelle du Pays.

Cette situation limite la capacité à définir une politique cohérente de maîtrise des dépenses, à prioriser les financements et à assurer une coordination efficace entre les différents contributeurs.

Actions préconisées :

1. Avoir une visibilité consolidée sur l'ensemble des dépenses de santé et des sources de financement.
2. Moderniser le cadre de tarification des actes et prestations.
3. Doter le Pays d'un outil de pilotage de la maîtrise des dépenses de santé par une loi du pays annuelle.

Réglementation / aspects juridiques :

Loi du pays cadre relative au financement du système de santé

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.3.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

2026 : Etat des lieux des dépenses de santé, par source de financement

2028 : Modernisation du cadre réglementaire relatif à la tarification des actes et prestations et adoption de la loi du pays cadre relative au financement du système de santé

Bénéfices attendus :

- Vision consolidée et partagée des dépenses et recettes de santé à l'échelle du Pays ;
- Capacité renforcée à prioriser les financements de manière explicite et anticipée ;
- Meilleure coordination entre les différents financeurs du système de santé ;
- Prévisibilité accrue des décisions de financement.

Niveau de difficulté :

Elevé : l'évaluation globale et analytique des dépenses de santé est difficile en raison de la multiplicité des sources de financement. La mise en place d'une loi de pays annuelle sur le financement de la santé constitue une modification importante par rapport à la situation actuelle et nécessitera une phase de concertation.

Indicateur :

Adoption d'une loi du Pays annuelle relative au financement de la santé	Oui / Non – 2028
---	------------------

Objectif opérationnel P4.3.4 – Mutualiser les achats, les moyens et la logistique de l'offre de santé publique

Besoin prioritaire :

Les fonctions d'achats, de logistique, de support et certaines ressources médico-techniques sont aujourd'hui fragmentées entre les structures publiques de santé, générant des surcoûts, des inefficiences organisationnelles et des risques de rupture d'approvisionnement, en particulier dans les îles éloignées. Cette fragmentation fragilise la continuité de l'offre publique de santé et accentue les inégalités à l'échelle du pays.

Actions préconisées :

1. Structurer une plateforme d'achat pharmaceutique et logistique entre les structures publiques de santé
2. Mutualiser et partager les fonctions support et les ressources humaines rares
3. Outiller le pilotage des flux et des stocks par un système d'information partagée

Réglementation / aspects juridiques :

Arrêté en conseil des ministres créant la plateforme d'achat mutualisé, en fonction de la forme qu'elle revêtira

Convention entre les différentes structures publiques de santé pour la mise en place des équipes partagées

Passation des marchés publics par la structure d'achat mutualisé

Calendrier :

	2028	2029	2030	2031
P4.3.4	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement

2028-2031 – cette réforme est liée aux EPS (P4.1.2) et à la mise en place du GSPF (P4.1.3)

Bénéfices attendus :

- Sécurisation des approvisionnements en produits de santé et équipements.
- Réduction des surcoûts liés à la fragmentation des achats et des fonctions support.
- Amélioration de la continuité de l'offre publique de santé, notamment dans les îles éloignées.
- Optimisation de l'utilisation des ressources publiques.

Niveau de difficulté :

Moyen : la structure de mutualisation doit être organisée en cohérence avec la réforme des EPS et la création à venir du GSPF.

Indicateurs :

Mutualisation des achats pharmaceutiques effective	Oui / Non – 2031
Nombre de fonctions support ou compétences rares mutualisées	≥ 5 d'ici 2031

Objectif stratégique P4.4 — Renforcer l'intégration régionale et le rayonnement international du modèle polynésien de santé

Objectif opérationnel P4.4.1 – Structurer la coopération sanitaire et académique régionale

Besoin prioritaire :

Les territoires insulaires du Pacifique sont confrontés à des défis sanitaires communs liés à l'isolement géographique, à la pénurie de professionnels de santé et à des vulnérabilités sanitaires et environnementales partagées. L'absence de cadres de coopération structurés et pérennes limite la mutualisation des compétences, la continuité des parcours de soins et de formation, ainsi que la capacité collective de la région à répondre de manière coordonnée aux enjeux sanitaires.

Actions préconisées :

1. Formaliser des cadres de coopération sanitaire et académique régionale.
2. Développer la mobilité régionale des professionnels de santé et des apprenants.
3. Mutualiser l'expertise médicale et académique à l'échelle régionale.
4. Renforcer la coordination régionale en santé publique.

Réglementation / aspects juridiques :

Accords-cadres bilatéraux signés dans les conditions prévues par la loi organique statutaire.

Calendrier :

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
P4.4.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement

2026 : conclusion d'un accord de coopération sanitaire avec la Nouvelle-Calédonie.

2027 : début des négociations et travaux préalables à la conclusion des accords de coopération sanitaires avec la Nouvelle-Zélande, l'Australie et Fidji.

Bénéfices attendus :

- Continuité sanitaire et académique renforcée à l'échelle du Pacifique.
- Montée en compétences des professionnels polynésiens et régionaux.
- Mutualisation des ressources et expertises face aux vulnérabilités communes.
- Contribution accrue de la Polynésie française à la sécurité sanitaire régionale.

Niveau de difficulté :

Moyen à élevé : les différences culturelles dans l'approche du soin, ainsi que les contraintes liées à la loi organique statutaire peuvent être un frein à la conclusion de ces accords, bien que des relations existent déjà avec la Nouvelle-Zélande et l'Australie.

Indicateur :

Nombre d'accords sanitaires ou académiques régionaux formalisés	≥ 4 accords d'ici 2028
---	-----------------------------

La Polynésie française, fer de lance des “îles-santé” du Pacifique

Relancée à Yanuca (Fidji) en 2025, l’initiative des “Îles-santé” portée par l’OMS et les pays du Pacifique vise à bâtir des territoires résilients, durables et solidaires face aux défis climatiques et sanitaires. Elle constitue le socle du futur Plan de santé globale et durable du Pacifique, qui intègre les enjeux de santé, d’environnement, de changement climatique et de justice sociale.

En s’y inscrivant, la Polynésie française affirme sa volonté de devenir un pilote du « Pacifique bleu », où chaque établissement, chaque commune et chaque communauté contribue à un système de santé :

- ancré dans la culture et la cohésion polynésiennes,
- respectueux de l’environnement et des ressources,
- et tourné vers la santé et le bien-être des générations futures.

Objectif opérationnel P4.4.2 – Promouvoir le rayonnement scientifique et diplomatique du modèle Va’a Ora

Besoin prioritaire :

Le modèle polynésien de santé, fondé sur une approche intégrative, culturelle et durable, demeure insuffisamment visible et reconnu à l’échelle régionale et internationale.

Cette faible visibilité limite la capacité de la Polynésie française à affirmer un leadership sanitaire, à valoriser ses innovations et à contribuer pleinement aux dynamiques régionales de santé globale.

Actions préconisées :

1. Promouvoir le modèle *Va’a Ora* dans les instances régionales et internationales
2. Utiliser les Jeux du Pacifique 2027 comme levier de rayonnement sanitaire

Calendrier :

	2027	2028	2029	2030	2031
P4.4.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

2027 : les Jeux du Pacifique sont une vitrine du modèle polynésien du *Va’a ora*

2026–2031 : promotion du modèle *Va’a ora* dans l’ensemble des instances régionales

Bénéfices attendus :

- Rayonnement scientifique et diplomatique renforcé du modèle *Va’a Ora* ;
- Positionnement de la Polynésie française comme acteur de référence en santé intégrative et durable ;
- Visibilité accrue des pratiques et savoirs polynésiens à l’échelle du Pacifique

Niveau de difficulté :

Moyen, cet objectif est la continuité de l'objectif opérationnel A1.1.1 sur le déploiement du modèle *Va'a Ora* : sa réussite repose donc sur une solide implantation locale.

Indicateurs :

Nombre d'actions de promotion institutionnelle du modèle <i>Va'a Ora</i> réalisées dans les instances régionales ou internationales	≥ 5 actions de promotion d'ici 2030
Existence d'un dispositif de valorisation sanitaire du modèle <i>Va'a Ora</i> dans le cadre des Jeux du Pacifique 2027	Oui / Non — 2027

Le rayonnement du *Va'a Ora*

Le *Va'a Ora* n'est pas seulement une politique de santé : c'est une contribution du Fenua à la santé du Pacifique.

En partageant son approche culturelle, solidaire et durable, la Polynésie renforce la coopération régionale et inspire une nouvelle vision de la santé insulaire.

Jeux du Pacifique 2027 : une vitrine du modèle polynésien de santé globale

Les Jeux du Pacifique 2027, pilotés par le ministère des Sports et de la Jeunesse, constitueront une opportunité unique de rayonnement régional pour la Polynésie française.

Au-delà de l'événement sportif, ils offriront un cadre privilégié pour valoriser la vision polynésienne de la santé globale, fondée sur les principes du *Va'a Ora* et du *One Health*.

Le ministère de la Santé accompagnera cette dynamique en contribuant à la promotion :

- des comportements favorables à la santé (activité physique, nutrition, sobriété, santé mentale) ;
- de la prévention des risques infectieux et environnementaux ;
- et de la coopération régionale en santé et environnement, dans une logique *One Health*.

Les Jeux représenteront ainsi une vitrine de la contribution polynésienne à la santé du Pacifique, illustrant le lien entre sport, culture, environnement et bien-être, et le rôle du Pays dans la diplomatie sanitaire régionale.

Facteurs clés de réussite – Pilier 4

- ✓ Clarté et stabilité de la gouvernance du système de santé.
- ✓ Capacité de pilotage fondée sur des données fiables et partagées.
- ✓ Acceptabilité politique et professionnelle des réformes.
- ✓ Coordination effective entre acteurs publics, privés et partenaires.
- ✓ Capacité administrative et juridique à conduire les réformes.
- ✓ Leadership politique et vision partagée du système de santé.
- ✓ Inscription régionale crédible et durable du système de santé.

VII. CONCLUSION

Le SOS 2026–2031 trace la voie d’un système de santé polynésien fort, solidaire et profondément ancré dans sa culture.

Plus qu’une orientation de l’offre de santé, il porte une ambition claire : faire de la santé un bien commun, porté par la force du collectif — soignants, communes, familles et communautés — unis autour d’une même boussole : le *Va’a Ora*.

Ce modèle, fondé sur la cohésion, la promotion de la santé, la prévention et la responsabilité partagée, fait de chaque Polynésien un acteur de santé et de chaque archipel une rame essentielle du même va’a.

À l’échelle du Pacifique, un mouvement similaire s’affirme : de la Nouvelle-Calédonie aux îles Cook, les peuples océaniens redonnent une place centrale à leurs savoirs, à leurs pratiques communautaires et à leur rapport au vivant pour construire des systèmes de santé plus durables et plus résilients.

Ce retour aux fondements culturels n’est pas un pas en arrière : c’est une manière d’avancer autrement, en reconnaissant que la santé est d’abord une manière de vivre, de se relier, de s’équilibrer.

Dans cette dynamique, la Polynésie française apporte une contribution singulière. En choisissant le *Va’a Ora* comme modèle de transformation, elle affirme que la modernité ne s’oppose pas à l’identité : au contraire, elle en prolonge la force. Elle propose une vision où les politiques publiques s’inspirent de ce qui fait la richesse de la Polynésie : la capacité à tisser des liens, à tenir ensemble les dimensions du bien-être et à faire de la vie —*Te ora*— le centre du projet collectif.

À l’image du tressage de la voile du *Va’a Ora*, le Schéma d’organisation sanitaire relie les brins de la tradition et de l’innovation pour porter le Pays vers un horizon commun : un peuple uni dans lequel chacun est un va’a en équilibre, confiant et ouvert sur le monde.

VIII. PILOTAGE, MISE EN OEUVRE ET SUIVI DU SCHÉMA

1. Niveau d'intervention

La mise en œuvre du SOS 2026–2031 repose sur une mobilisation coordonnée de l'ensemble des acteurs concernés et un suivi continu des résultats.

Elle s'inscrit dans l'esprit du *Va'a Ora*, c'est-à-dire faire de la santé fondée sur la coopération, l'adaptation, la confiance et l'action collective.

Le suivi du Schéma d'organisation sanitaire est assuré selon une chaîne de responsabilité claire, garantissant l'unité du pilotage, la cohérence de l'action publique et l'adaptation aux réalités de chaque archipel.

NIVEAU	ROLE	RESPONSABILITES CLES	ACTEURS PRINCIPAUX
STRATEGIQUE	Définit les priorités et les ressources	Fixe le cap, arbitre les moyens, évalue l'impact	Gouvernement, ministère en charge de la Santé
ORGANISATION/REGULATION	Construit l'offre et les parcours	Planifie, standardise, suit les résultats	Entité de planification / Entité de régulation
OPERATIONNEL DANS LES ARCHIPELS	Met en œuvre et adapte aux archipels	Organise les soins de proximité, coordonne les équipes, assure la continuité	Établissements publics de santé (EPS)
PARTENAIRES DES MILIEUX DE VIE	Soutiennent la promotion, l'accompagnement et le lien social	Agissent dans les familles, quartiers, communautés	Communes, associations, confessions religieuses, relais communautaires

2. Un cadre évolutif et concerté

Le Schéma d'organisation sanitaire s'inscrit dans une dynamique évolutive et concertée, fidèle à l'esprit du *Va'a Ora*.

Construit à partir d'une concertation interministérielle et intersectorielle, il articule la stratégie de santé avec les politiques de protection sociale, d'éducation, d'environnement, de jeunesse, de la culture et de la cohésion sociale.

Il constitue ainsi un socle commun de coordination entre institutions, collectivités, établissements, professionnels et acteurs communautaires.

2.1 Articulation avec les cadres stratégiques existants ou à venir

Document cadre	Ministère référent	Champs
Schéma directeur de l'action sociale et médico-sociale 2024–2029	Solidarités / Vice-Présidence	Autonomie, handicap, inclusion
Schéma directeur de la Jeunesse « <i>Forever Young 2035 - U'i āpī, 'a hi'o ātea !</i> »	Jeunesse & Sports	Insertion, sport, citoyenneté, santé des jeunes
Plan Climat 2030	Environnement	Adaptation, vulnérabilités, transition écologique
Plan de transition alimentaire (à venir)	Agriculture	Alimentation locale, santé nutritionnelle, durabilité des systèmes alimentaires, résilience

2.2 Plans opérationnels à construire à partir du SOS

Plan 2026–2036	Portage	Champs
Plan de Prévention et de Promotion de la Santé	MSP	Santé communautaire, adaptation aux archipels (Arata'i Ora), dépistage de proximité
Plan de santé mentale	MSP	Prévention, soins, addictions, équipes mobiles, alternatives à l'hospitalisation, réhabilitation
Plan cancer	MSP	Dépistage, parcours cancers, renforcement des plateaux d'imagerie et d'oncologie de proximité, EVASAN régulées
Plan de Santé Globale (<i>One Health</i>)	MSP	Santé environnementale, qualité de l'eau, zoonoses, risques climatiques

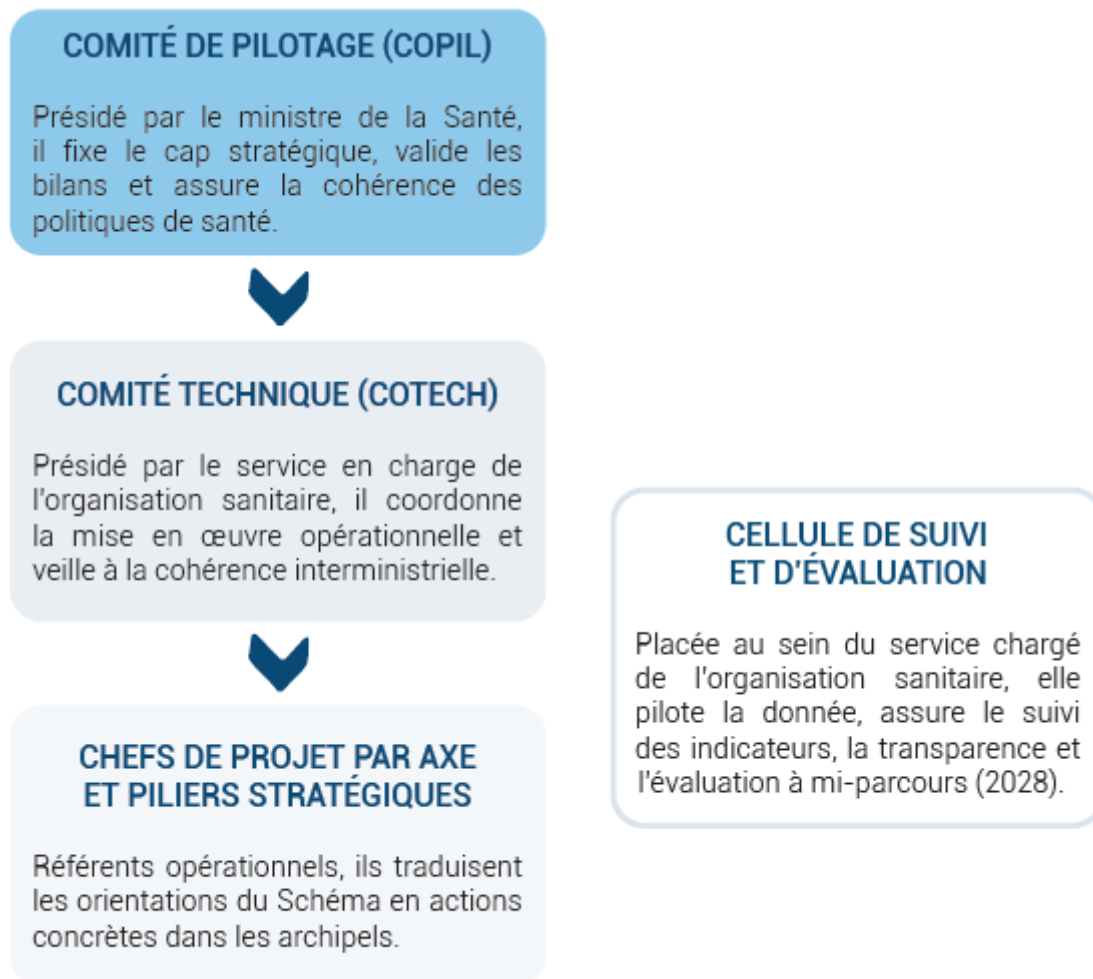
Ce tressage entre cadres existants et plans à venir traduit la logique du *Va'a Ora* : avancer ensemble, en équilibre, dans une même direction, au service d'une santé durable en Polynésie.

3. Dispositif de pilotage

La réussite du Schéma d'organisation sanitaire repose sur un pilotage clair, structuré et partagé, articulant orientation stratégique, mise en œuvre opérationnelle et suivi des résultats.

3.1 Architecture générale du pilotage

Le pilotage du Schéma s'appuie sur une organisation en trois niveaux complémentaires, assurant la cohérence entre l'orientation stratégique, la mise en œuvre opérationnelle et le suivi des résultats.



Le Comité de pilotage (COPIL)

Présidé par le ministre de la Santé

Rôle :

Instance stratégique, le COPIL fixe les orientations, assure la cohérence globale du SOS et garantit son portage politique.

Missions :

- Assurer le pilotage stratégique du SOS ;
- Émettre un avis sur les chefs de projet proposés par le COTECH, en vue de leur désignation par le ministre de la Santé ;
- Définir les priorités annuelles et les arbitrages associés ;
- Examiner et valider les bilans annuels et évaluations ;
- Rendre compte de l'avancement du SOS auprès des instances institutionnelles (Gouvernement, APF, CESEC).

Le comité de pilotage se réunit au moins une fois par an, et chaque fois que nécessaire à l'initiative de son président.

Toute validation annuelle des priorités/plans par le COPIL est effectuée au plus tard au 1^{er} septembre de l'année précédente et doit être accompagnée d'un cadrage financier (fonctionnement + investissement) qui sera transmis à l'Assemblée de la Polynésie Française pour être voté dans le cadre du budget du Pays.

Composition :

Membres au titre des pouvoirs publics

- Le Président de la Polynésie française ou son représentant ;
- Le ministre de la Santé (président) ou son représentant ;
- Les ministres en charge du Budget, de la Protection sociale, de la Solidarité, de l'Éducation ; de la Jeunesse, de la Culture, de l'Alimentation, ou leurs représentants ;
- Un représentant de la commission Santé de l'Assemblée de la Polynésie française ;
- Un représentant des communes (SPCPF) ;
- Un représentant de l'entité de contrôle sanitaire (dès sa création), ou, dans l'attente, du service en charge de la régulation de l'action sanitaire ;
- Un représentant du groupement de santé de la Polynésie française ou, si le GSPF n'existe pas, un représentant de l'établissement public hospitalier central ;
- Un représentant des structures de santé publique des archipels, désigné par le ministre de la Santé.

Membres au titre des représentants privé du secteur, des modes de financement, des patients et de la société civile

- Un représentant du conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale ;
- Un représentant du Conseil économique, social, environnemental et culturel ;

- Le directeur d'un établissement hospitalier privé avec hébergement ou son suppléant, désignés sur proposition du chef du service en charge de l'organisation sanitaire ;
- Le directeur d'une structure de soins alternatifs à l'hospitalisation à temps complet ou son suppléant, désignés sur proposition du chef du service en charge de l'organisation sanitaire
- Le président du conseil de l'ordre des médecins ou son représentant ;
- Le président du conseil de l'ordre des infirmiers de la Polynésie française ou son représentant,
- Deux représentants des usagers des institutions et établissements de santé ou leurs suppléants, désignés sur proposition du ministre en charge de la santé ;
- Un représentant de la médecine traditionnelle, désigné par le ministre en charge de la culture ;
- Un représentant de l'institut de formation des professionnels de santé, ou son représentant ;
- Une personne qualifiée en matière de santé numérique, désignée par le ministre en charge de la santé.

Le Comité technique (COTECH) –

Présidé par le service en charge des politiques de l'organisation sanitaire

Rôle

Instance de coordination opérationnelle, le COTECH organise la mise en œuvre du SOS et assure la cohérence technique entre les acteurs. Il réunit les chefs de projet, services et entités partenaires concernés

Missions

- Préparer et structurer la feuille de route opérationnelle du SOS ;
- Proposer les chefs de projet et les services et entités partenaires impliqués au COPIL ;
- Coordonner et suivre la mise en œuvre opérationnelle des objectifs opérationnels par axe et pilier ;
- Identifier les difficultés opérationnelles de mise en œuvre et proposer les ajustements nécessaires ;
- Faire remonter au COPIL les potentiels points de blocages de niveau stratégique et besoins d'arbitrage ;
- Rendre compte au COPIL de l'avancement des travaux, notamment par un bilan annuel.

Les Chefs de projet

Rôle

Référents opérationnels du SOS, les chefs de projet assurent la déclinaison concrète des actions sur le terrain. Ils siègent au COTECH et garantissent la continuité de l'action dans leur domaine.

Missions

- Piloter et coordonner la réalisation des actions relevant de leur axe ou pilier ;
- Mobiliser et encadrer les responsables d'actions ;
- Faire remonter les points de blocage et besoins d'arbitrage ;
- Rendre compte au COTECH de l'avancement des travaux.

-

3.2 Suivi, évaluation et transparence

Rôle

Placée au sein du service en charge de l'organisation sanitaire, la Cellule de suivi et d'évaluation exerce une fonction d'appui transversal au pilotage, distincte de la conduite opérationnelle. Elle assure également le secrétariat du COPIL et du COTECH et veille à la bonne articulation des instances.

Missions

- Consolider les données et assurer le suivi des indicateurs ;
- Produire les bilans annuels et les analyses d'impact ;
- Apporter un appui méthodologique aux instances de gouvernance ;
- Conduire l'évaluation à mi-parcours en 2028.

À l'image d'un va'a : le COPIL fixe le cap, le COTECH règle la cadence, les chefs de projet assurent la propulsion, et la Cellule de suivi veille à la trajectoire.

IX. CALENDRIER PRÉVISIONNEL

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 1.1.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 1.1.2	Déploiement	Terminé				
A 1.1.3		Lancement	Déploiement	Consolidation	Terminé	
A 1.2.1	Lancement	Déploiement	Terminé			
A 1.2.2	Lancement	Déploiement	Consolidation	Terminé		
A 1.3.1	LDC	Terminé				
A 1.3.2	Lancement	Déploiement	Consolidation	Terminé		
A 1.3.3	Lancement	Lancement	DC	Terminé		
A 2.2.1		LD	Consolidation	Terminé		
A 2.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 2.2.3	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Terminé	
A 2.2.4	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 2.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 2.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation
A 2.1.3	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 2.1.4	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 3.1.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
A 3.1.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation
A 3.1.3	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 3.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation
A 3.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 3.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
A 3.3.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation
A 4.2.1		Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 4.2.2		Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement
A 4.1.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 4.1.2		Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 4.3.1		Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement
A 4.3.2	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.1.2		Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.2.1		Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.2.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.3.2		Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.I.3.3		Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.II.2.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.II.2.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.II.1.1	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.II.1.2		Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
A 5.II.3.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation
A 5.II.3.2	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
A 5.I.4.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation

	2026	2027	2028	2029	2030	2031
A 5.I.4.2		Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P 1.1.1		Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P 1.1.2		Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P 1.1.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P 1.1.4	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P 1.2.1		Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P 1.2.2			Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P 1.3.1		Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement
P 1.3.2		Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement
P 2.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P 2.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P 2.2.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P 2.2.2		Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P 2.2.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P 2.3.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P 2.4.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P 2.4.2			Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement
P 3.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P 3.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P 3.2.1		Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P 3.2.2		Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P 3.3.1		Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Consolidation
P3.3.2			Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P3.3.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P4.2.1	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P4.2.2		Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation
P4.2.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P4.1.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Terminé
P4.1.2	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P4.1.3			Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement
P4.1.4	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P4.3.1	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P4.3.2	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P4.3.3	Lancement	Lancement	Déploiement	Consolidation	Consolidation	Consolidation
P4.3.4			Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement
P4.4.1	Lancement	Lancement	Lancement	Déploiement	Déploiement	Déploiement
P4.4.2		Lancement	Déploiement	Déploiement	Consolidation	Consolidation

X. COUTS ET MODALITES DE FINANCEMENT

Le Schéma d'organisation sanitaire sera financé par plusieurs sources :

- le budget du Pays, en fonctionnement comme en investissement, ainsi que les budgets des comptes d'affectation spéciale que sont le fonds de prévention et de lutte contre les addictions (FPLA) et le fonds de protection sociale universelle (FPSU) : ces budgets sont votés annuellement et à l'équilibre, conformément aux dispositions de la loi statutaire ;
- les recettes des régimes de protection sociale que sont le régime des salariés (RGS), le régime des non-salariés (RNS) et le régime de solidarité (RSPF) ainsi que les différents régimes de sécurité sociale (RSS, ENIM...) hexagonaux qui prennent en charge leurs ressortissants. S'agissant des régimes locaux, ils sont financés par les cotisations sociales de leurs ressortissants et/ou un soutien du Pays et sont votés annuellement par le conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale
- des soutiens financiers de l'Etat, au travers du contrat de développement et de transformation (CDT) mais également de la convention Etat/Pays 2026-2030 relative à l'accompagnement de l'Etat en matière de santé.

L'estimation du coût du schéma d'organisation sanitaire doit reposer sur une approche progressive, évolutive et adaptée, ce qui ne permet pas de donner, au démarrage du SOS, un chiffrage de son coût global et final. En effet, ce coût ne peut pas être appréhendé dans sa globalité, notamment car ce schéma a été conçu dans l'objectif de mobiliser, autant que possible, des ressources existantes.

Le Schéma d'organisation sanitaire est avant tout un document d'orientation stratégique. Il vise donc essentiellement à orienter l'action existante des services et établissements publics en matière de santé : orientation des politiques et moyens de prévention, réallocation et réorganisation de l'offre de soins primaire et de l'offre hospitalière, coordination des moyens et acteurs existants, soutien à la communauté déjà installée, orientation des priorités réglementaires etc.

Il s'agit moins de créer de nouvelles actions que de s'appuyer sur les moyens existants, de mobiliser les ressources internes déjà budgétisées (ressources humaines, matériels et financières) afin d'orienter leurs actions dans le sens des priorités du Schéma.

Le système de santé polynésien dispose à ce titre de ressources humaines et financières significatives, mobilisées au service des politiques de santé : plus de 3500 agents travaillent dans des services et établissements publics de santé, au service du soin mais également de la prévention et de la promotion de la santé, de l'organisation et de la régulation sanitaire et plus largement de la mise en œuvre des politiques publiques de santé, pour un budget 2026 voté de :

- 5,159 milliards de F CFP en fonctionnement ;
- 1,9 milliards de crédits de paiement et 2,5 milliards d'autorisation de programme en investissement ;
- 1,4 milliards de F CFP au titre du fonds de prévention et de lutte contre les addictions (FPLA), dont 223 millions dédiés aux associations ;
- 18,6 milliards de F CFP financent, au titre du fonds de protection sociale universelle, de la santé (sur les 42,5 milliards de F CFP du budget de fonds voté en 2026).

Par ailleurs, une partie des actions liés à l'amélioration de l'offre de soins seront financées par les recettes de la branche maladie de la protection sociale généralisée, qui s'élèvent, pour 2026, à 76 milliards de F CFP (dont les 18,6 milliards financés par le FPSU précité).

De plus, il existe un Schéma d'organisation sanitaire en cours, depuis 2016, dont les actions font déjà l'objet de financements qui se confondent dans le budget global des services et établissements publics de santé et qui peuvent être réorientés facilement vers les actions du nouveau Schéma.

Enfin, une évaluation financière fiable à moyen et long terme doit pouvoir tenir compte des évolutions rapides du secteur de la santé et du contexte mondial, or celles-ci sont difficilement prévisibles. Cette situation est illustrée notamment par l'évolution du poids des molécules onéreuses dans les dépenses de santé, qui a quadruplé entre 2017 et 2024, sans avoir été anticipée lors de l'adoption du précédent

Schéma d'organisation sanitaire. Le coût de certaines actions dépend également de l'option retenue, laquelle n'est pas encore définie à ce stade, souvent car une évaluation préalable des différents scénarios possibles est nécessaire.

Ainsi, par exemple, le coût de fonctionnement du futur institut de formation sanitaire variera en fonction du mode de gouvernance retenu, des modalités de fonctionnement de l'institut, du nombre de formations déployées et du nombre d'élèves accueillis. Une étude préalable sur la gouvernance doit être menée, et a été budgétisée.

En tout état de cause, le Schéma d'organisation sanitaire, qu'il soit chiffré ou non, n'engage pas budgétairement le Pays à moyen et long terme. Conformément aux dispositions de la loi statutaire, les budgets du Pays et des comptes d'affectation spéciale sont votés annuellement par l'Assemblée de la Polynésie française et en équilibre réel. Les dépenses votées dépendent donc nécessairement des recettes disponibles, lesquelles sont influencées par plusieurs facteurs exogènes à la santé, marqués par une incertitude mondiale (croissance économique, politique fiscale, crise mondiale...).

Les recettes futures demeurent soumises à des aléas économiques : au-delà de chiffrer une action à court terme, il est indispensable de déterminer un mode de financement pérenne et durable et de rendre le coût de la santé plus facile à appréhender et à orienter, notamment au travers d'une loi de financement dédiée.

C'est pourquoi le comité de pilotage doit valider des priorités annuelles, assorties d'une enveloppe budgétaire qui doit être proposée au vote de l'Assemblée de la Polynésie française au moment de l'examen du budget, afin de sécuriser le financement d'une année sur l'autre.

Enfin, le Schéma d'organisation sanitaire vise avant tout à améliorer la pertinence, l'efficacité et la soutenabilité du système de santé. Les économies réalisées restent complexes à évaluer, non pas dans leur montant mais dans leur ampleur. Ainsi, on sait qu'une réduction de 10 % des longues maladies représenterait une baisse d'environ 4 milliards de F CFP de dépenses de santé, tandis qu'une diminution de 10 % des évacuations sanitaires interinsulaire programmées correspondrait à environ 170 millions de F CFP. Cependant ces chiffres ne reflètent pas la réalité de l'économie qui dépendra des effets réels des politiques mises en œuvre, observables à moyen et long terme, et de leur évaluation.

Or, comme le souligne le présent Schéma, le pilotage par la donnée demeure aujourd'hui perfectible, ce qui limite encore l'évaluation des effets des politiques mises en œuvre. Par ailleurs, ces économies seront étalées sur de nombreuses années et malheureusement absorbées en partie par la hausse structurelle et attendue des dépenses de maladie, liée au vieillissement de la population.

C'est pourquoi le pilier 4 de ce Schéma prévoit des objectifs opérationnels permettant :

- de collecter et d'analyser des données de santé fiables, permettant un juste pilotage des politiques publiques de santé ;
- d'imposer l'évaluation systématique des programmes de santé, notamment des programmes de prévention ;
- de faire une évaluation des sources de financement des dépenses de santé et de leur adéquation ;
- de rechercher des économies structurelles, en encourageant la mutualisation des moyens, la coopération public/privé et en s'assurant de la juste prise en charge du patient, eu égard à son état de santé ;
- de prévoir un vote budgétaire dédié à la santé, avec une loi de financement annuelle ;
- de renforcer la culture médico-économique.

Certaines actions de ce Schéma représenteront assurément un surcoût qu'il sera nécessaire d'évaluer et de confronter aux bénéfices attendus : il en va ainsi du maintien ou de la modernisation des infrastructures, des acquisitions matérielles, des développements de logiciels, des mesures d'attractivité, du déploiement des Arata'i ora ou encore de l'augmentation de l'offre de soins de proximité ou d'aval.

Afin de bien appréhender les enjeux liés aux financements du Schéma, le tableau ci-dessous vise à éclairer le lecteur avec des éléments de chiffrage, fondés sur des données connues et fiables (budget voté pour 2026, coût actuel des actes et prestations...). Il précise les sources possibles de financement, les

actions qui mobilisent des moyens existants et celles dont le coût reste à évaluer. Il permet, sans donner un chiffrage précis et global, d'appréhender les actions générant un surcoût.

	Éléments de chiffrage	Source(s) de financement	Observations
Axe A1 – Promouvoir la santé dans les milieux de vie			
Objectif stratégique A1.1 – Promouvoir des modes de vie favorables à la santé			
Objectif opérationnel A1.1.1 – Déployer le <i>Va'a Ora</i> comme référentiel culturel transversal de promotion de la santé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les actions de coordination, d'information et le déploiement administratif
Objectif opérationnel A1.1.2 – Améliorer l'équilibre nutritionnel et promouvoir une alimentation saine dans les milieux de vie	- 28 700 000 F CFP (2026) - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF FPLA	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les actions de coordinations d'acteurs et le déploiement administratif - actions détaillées dans le plan de prévention - petit déjeuner dans les collèges : 28,7 millions sont votés au FPLA 2026 - un volet "promotion d'une vie saine et d'un poids santé" dans Ora maita'i 2026
Objectif opérationnel A1.1.3 – Promouvoir, déployer et renforcer l'activité physique comme mode de vie	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF FPLA	- 5,9 millions de F CFP sont votés au FPLA 2026 pour les actions de promotion de l'activité physique de la Direction de la santé + un volet " sport en santé" dans Ora maita'i 2026
Objectif stratégique A1.2 – Consolider et renforcer l'intégration de la promotion de la santé dans les politiques éducatives et de jeunesse			
Objectif opérationnel A1.2.1 – Généraliser la démarche "École et CJA en santé"	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF FPLA	- 3,5 millions de F CFP sont votés au FPLA 2026 pour poursuite des actions déjà en cours et budgétisées (écoles et CJA en santé) - formation des agents financées par le budget formation de la DS - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le déploiement administratif

Objectif opérationnel A1.2.2 – Développer le périscolaire “Culture–Activité physique–Santé”	- 105 265 000 F CFP (2026) - certaines actions financées seront par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF FPLA	- 53,825 millions votés au FPLA 2026 pour le périscolaire primaire - 7,220 millions de F CFP votés au FPLA 2026 pour le périscolaire secondaire - 43,720 millions votés au FPLA 2026 pour le soutien aux asso périscolaires - poursuite des actions déjà en cours et budgétisées - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les actions d'accompagnement et de coordination
Objectif stratégique A1.3 – Mobiliser les acteurs de proximité pour une santé communautaire			
Objectif opérationnel A1.3.1 – Dynamiser et accompagner l’action communale en santé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF FPLA	- 5,8 millions budgétisés au FPLA 2026 pour le déploiement de "communes en santé" - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les actions d'accompagnement et de coordination
Objectif opérationnel A1.3.2 – Intégrer les effecteurs de message : les Arata’i Ora dans le maillage sanitaire communautaire	115 000 F / mois / Arata’i ora	FPLA	- 120 millions de F CFP budgétisés au FPLA 2026 pour les Arata’i ora déployés par FTH
Objectif opérationnel A1.3.3 – Renforcer les capacités, la reconnaissance et la coordination des acteurs communautaires	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - cout de formation à évaluer en fonction des options retenues (programme de formation, passage par un prestataire...)	Budget général PF	- budget de formation des acteurs communautaires à évaluer - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
Axe A2 – Renforcer les soins primaires de proximité			
Objectif stratégique A2.1 – Organiser l’accès équitable aux soins primaires dans tous les archipels			

Objectif opérationnel A2.1.1 – Définir une offre de soins primaires adaptée à chaque île	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - cout RH à évaluer en fonction des typologies retenues	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l'élaboration de l'offre de soins et le déploiement administration - cout RH des postes prévus à évaluer en fonction de la typologie retenue et en tenant compte de la présence, dans certaines îles, d'une offre libérale
Objectif opérationnel A2.1.2 – Déployer et coordonner la mobilité et la télésanté	- 48 000 000 F (raccordement THD des dispensaires DS) - 375 000 000 F (DPI)	Budget général PF	- raccordement THD des dispensaires de la DS : 48 000 000 F (AP créé au BP 2026) - déploiement d'un dossier patient informatisé : 375 000 000 F (AP créé au BP 2026)
Objectif opérationnel A2.1.3 – Déployer des unités mobiles de santé polyvalentes	- 45 000 000 F	Budget général PF	- AP créée au BP 2026
Objectif opérationnel A2.1.4 – Intégrer les Arata'i Ora comme facilitateurs d'accès aux soins primaires	115 000 F / mois / Arata'i ora	FPLA	- budget Arata'i ora complémentaire à évaluer après la phase pilote FTH - les Arata'i ora utilisés par les associations pourront être subventionnés dans le cadre de Ora maita'i
Objectif stratégique A2.1 – Renforcer la prévention et le dépistage précoces dans les soins primaires			
Objectif opérationnel A2.1.1 – Intégrer la prévention clinique dans chaque consultation	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les outils de formation et le déploiement du dispositif
Objectif opérationnel A2.1.2 – Améliorer l'accès au dépistage précoce de proximité	- à évaluer en fonction des options retenues	FPLA financement Etat possible	- actuellement le FPLA finance déjà des opérations de dépistage, notamment dans les îles, mise en œuvre par la direction de la santé (environ 4,4 millions de F CFP par an) - action dont le financement peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030

Objectif opérationnel A2.1.3 – Maintenir et étendre la couverture vaccinale	- 105 000 000 F CFP (budget annuel campagne de vaccination) - 1 500 000 F CFP (étude médico-économique relative à la révision du calendrier vaccinal)	FPLA budget général PF financement Etat possible	- action dont le financement peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030 - budget voté au FPLA 2026
Objectif opérationnel A2.1.4 – Renforcer la lutte antivectorielle (LAV)	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF FPLA financement Etat possible	- 1,875 millions de F CFP budgétisés au FPLA 2026 pour la communication en faveur de la lutte antivectorielle - action dont le financement peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Axe A3 – Assurer la continuité territoriale, la permanence et les urgences dans tous les archipels			
Objectif stratégique A3.1 – Garantir la continuité territoriale et l'équité d'accès aux soins dans tous les archipels			
Objectif opérationnel A3.1.1 – Organiser et réguler les évacuations sanitaires programmées	- intégré dans le cout de plusieurs autres OO	cf OO concernés	- la cellule de coordination des EVASAN sera intégrée dans le centre de coordination de santé numérique des îles - elle s'appuiera sur les développements matériels et informatiques prévus aux OO A2.1.2 (mobilité et télésanté), P1.1.2 et P1.1.4
Objectif opérationnel A3.1.2 – Structurer les transports sanitaires non urgents terrestres et maritimes	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements le cout effectif du transport sanitaire sera pris en charge par la PSG	Budget général PF Protection sociale généralisée	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l'évaluation, la mise en place du schéma, l'élaboration des solutions retenues - actuellement le coût du transport liés aux évasans programmées interinsulaire est de 1,5 milliards de F CFP par an

Objectif opérationnel A3.1.3 – Coordonner l'accès des spécialités dans les archipels	<ul style="list-style-type: none"> - le cout de certaines actions est intégré dans le cout de plusieurs autres OO - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - à évaluer selon les modes de transport retenus 	Budget général PF Protection sociale généralisée	- actuellement le cout des consultations et soins avancés est de 135 millions de F CFP par an, financé par la PSG + 2 millions de F CFP de budget de communication sur ce thème à la direction de la santé
Objectif stratégique A3.2 – Sécuriser la permanence et la réponse médicale urgente sur tout le territoire			
Objectif opérationnel A3.2.1 – Créer un Centre de Coordination de Santé numérique des Îles	<ul style="list-style-type: none"> - étude préalable et gestion de projet pour la mise en place : 25 millions de F CFP - le fonctionnement reposera essentiellement sur le redéploiement de ressources internes (surcoût estimé à 1 million de F CFP/an) et sur la réalisation de l'OO A2.1.2) - certaines actions seront financées par le redéploiement de certaines ressources existantes 	Budget général PF Protection sociale généralisée Financement Etat possible	<ul style="list-style-type: none"> - le chiffrage ne comprend pas le bâtiminaire - il existe actuellement un contrat d'objectif et de moyen (COM) avec la CPS avec un budget de 45 millions (2026) pour les travaux d'étude et de concertation - action dont le financement peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030 - mobilisation des RH soignants de la DS par une réallocation des ressources, sans création de postes
Objectif opérationnel A3.2.2 – Organiser la chaîne de l'Aide Médicale Urgente (AMU)	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF Financement Etat possible	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les travaux réglementaires et la coordination - action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif stratégique A3.3 – Consolider la résilience sanitaire territoriale			

Objectif opérationnel A3.3.1 – Développer la veille sanitaire One Health (Homme–Animal–Environnement)	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût des développements logiciels à évaluer	Budget général PF Financement Etat possible	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement - action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif opérationnel A3.3.2 – Renforcer la préparation, la communication et la réponse aux crises sanitaires	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général Financement Etat possible	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le suivi et la coordination - action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Axe A4 – Transformer le système hospitalier			
Objectif stratégique 4.1 – Fluidifier l’aval hospitalier et renforcer la continuité à domicile			
Objectif opérationnel A4.1.1 – Organiser le retour coordonné à domicile et le suivi de proximité	Coût total à évaluer en fonction des places créées sur la base des informations suivantes : - 27 500 F CFP à 43 000 F CFP par jour pour une place de HAD - 12 900 F CFP patient et par jour pour le SSIAD	Protection sociale généralisée	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la révision des besoins, la coordination - cout de formation à évaluer - le SSIAD et la HAD sont financés par la PSG
Objectif opérationnel A4.1.2 – Développer les structures de soins de suite, de longue durée et les alternatives à l’hospitalisation	Coût total à évaluer en fonction des lits créés sur la base des informations suivantes : - 32 225 F à 43 470 F CFP par jour et par lit pour du SSR - coût du SLD à évaluer	Protection sociale généralisée	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la révision des besoins, la coordination - cout du SLD à évaluer car cette modalité n'est actuellement mise en œuvre que dans les établissements hospitaliers donc financés en DGF
Objectif stratégique A4.2 – Organiser la gradation et la complémentarité du réseau hospitalier			

Objectif opérationnel A4.2.1 – Restructurer et moderniser l’offre hospitalière dans une logique territoriale et graduée	- 4,115 milliards pour la rénovation et l'extension des hôpitaux publics périphériques - la dotation de fonctionnement du pôle privé dépendra de sa taille et des activités qu'il assure	Budget général PF Cofinancement Etat possible Protection sociale généralisée (pour le fonctionnement du pôle privé)	- autorisation de programme déjà votées et budgétisées : rénovation hôpital de Taravao : 1,3 milliards rénovation hôpital de Moorea : 715 millions rénovation hôpital de Uturoa : 1 milliard rénovation et extension hôpital de Taiohae : 1,1 milliard - cout de certaines actions intégré dans d'autres OO (révision de la carte sanitaire, télémédecine...) - action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030 (rénovation du bâtimentaire de la DS)
· Objectif opérationnel A4.2.2 – Répartir et coordonner les activités de recours entre le CHPF, les hôpitaux périphériques et le secteur privé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le suivi et la coordination
Objectif stratégique 4.3 – Moderniser et accompagner la transformation de l’hôpital polynésien			
Objectif opérationnel A4.3.1 – Moderniser le pilotage, la gouvernance et les ressources hospitalières	- DPI déjà budgétisé dans l'OO A2.1.2 (375 millions) - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le suivi et la coordination
Objectif opérationnel A4.3.2 – Déployer la transition environnementale et sociétale dans les établissements de santé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le suivi et la coordination
Axe A5 – Organiser les parcours de santé et de soins prioritaires			

I. LES PARCOURS SELON L'ÂGE			
Objectif stratégique A5.I.1 – Agir dès les 1000 premiers jours (grossesse → 3 ans)			
Objectif opérationnel A5.I.1.1 – Structurer un réseau polynésien de périnatalité et renforcer la continuité des soins mère–enfant	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - cout des maisons de famille à évaluer	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le suivi et la coordination
Objectif opérationnel A5.I.1.2 – Prévenir les vulnérabilités précoces et soutenir la parentalité	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le déploiement - un volet "programme de promotion de la santé dans les 1000 premiers jours de vie" dans Ora Maita'i 2026 - 1,2 millions de F CFP votés au FPLA 2026 sur la promotion de la santé lors des 1000 premiers jours
Objectif stratégique A5.I.2 – Protéger et promouvoir la santé des enfants et des jeunes			
Objectif opérationnel A5.I.2.1 – Promouvoir la santé globale et la prévention communautaire des enfants et des jeunes	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - cout de déploiement de nouvelles antennes de FTH à évaluer, au regard du projet envisagé	Budget général PF FPLA	- le coût d'ouverture de nouvelles antennes FTH est difficile à évaluer car dépend du projet et des modalités de mise en œuvre (location du bâtiment ou construction, taille de l'antenne qui conditionne les moyens humains nécessaires)

Objectif opérationnel A5.I.2.2 – Renforcer la santé mentale et la résilience des enfants et des jeunes	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - cout du renforcement des moyens de FTH à évaluer, au regard du projet envisagé	Budget général PF FPLA	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l'élaboration du plan de santé mentale et la structuration du dispositif de repérage précoce
Objectif stratégique A5.I.3 – Bien vieillir : organiser la réponse sanitaire au vieillissement et à la dépendance			
Objectif opérationnel A5.I.3.1 – Promouvoir le vieillissement en santé et la prévention communautaire	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - cout des Arata'i ora intégré dans l'OO A2.1.4 (115 000 F/Arata'i ora /mois)		- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement - 3,7 millions votés au FPLA en 2024 pour une étude de la MSH (UPF) sur le bien vieillir
Objectif opérationnel A5.I.3.2 – Renforcer le repérage et la prévention de la fragilité	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l'élaboration des mesures et leurs déploiements
Objectif opérationnel A5.I.3.3 – Structurer une filière gériatrique territoriale et connectée	- cout de équipes mobiles à évaluer - les autres coûts sont intégrés dans d'autres mesures : OO A4.1.1, A4.1.2, A2.1.2	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif stratégique A5.I.4 – Développer les soins palliatifs et la fin de vie			

Objectif opérationnel A5.I.4.1 – Structurer l’offre de soins palliatifs	- coût de équipes mobiles à évaluer - les autres coûts sont intégrés dans d'autres mesures : OO A4.1.1, A4.1.2, A2.1.2	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif opérationnel A5.I.4.2 – Renforcer l’accompagnement des familles et aidants dans l’esprit du <i>Va’a Ora</i>	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
II. LES PARCOURS DE SOINS POUR LES PATHOLOGIES PRIORITAIRES			
Objectif stratégique A5.II.1 – Renforcer la prévention, le diagnostic et la prise en charge des cancers			
Objectif opérationnel A5.II.1.1 – Déployer le Plan Cancer Polynésien 2026–2036	- réorganisation et modernisation du service d'oncologie du CHPF : 1 milliard de F CFP (cyclotron inclus) - budget dépistage ICPF : 150 millions de F CFP / an - autres coûts (prévention, vaccination...) déjà prévus dans d'autres OO	Budget général PF FPLA Etat	AP déjà votées et budgétisées : - 55 millions pour les études concernant le bâtimentaire (part Pays) - 215 millions pour le cyclotron (part Pays) Budget dépistage ICPF 2026 : 150 millions (FPLA) - co-financement Etat via le CDT
Objectif opérationnel A5.II.1.2 – Renforcer la recherche sur les cancers transgénérationnels et environnementaux	- coût du programme de recherche à évaluer en fonction de son envergure	Budget général PF	
Objectif stratégique A5.II.2 – Structurer le parcours de santé mentale et des addictions			

<p><i>Objectif opérationnel A5.II.2.1 – Développer l'offre de santé mentale</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - coût de l'élaboration du plan de santé mentale intégré dans le budget de fonctionnement de la direction de la santé - coût du déploiement de l'offre ambulatoire en santé mentale à évaluer en fonction des solutions retenues - autres coûts (télésanté) déjà prévus dans d'autres OO 	<p>Budget général PF FPLA Protection sociale généralisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l'élaboration du plan de santé mentale
<p>Objectif opérationnel A5.II.2.2 – Prévenir et déstigmatiser la souffrance psychique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - 3 000 000 F : soutien à SOS suicide en subvention hors condition 	<p>Budget général PF FPLA</p>	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement - un volet "lutte contre les addictions" et un volet "prévention et promotion de la santé mentale" dans Ora Maita'i 2026 - subvention hors condition à SOS Suicide votée au BP 2026 (FPLA) - 7,4 millions votés au FPLA 2026 pour des actions de préventions et de communication de la direction de la santé en faveur de la santé mentale et de la prévention des addictions
<p>Objectif stratégique A5.II.3 – Structurer la filière rénale et le programme de greffe</p>			

Objectif opérationnel A5.II.3.1 – Prévenir la MRC et structurer le parcours rénal	- coût de la dialyse dans les îles à évaluer car nécessite une étude médico économique approfondie - certaines actions ont un coût intégré dans les coûts de fonctionnement actuels des services et établissements (prévention, déploiement et animation du réseau...)	Budget général PF Protection sociale généralisée (dialyse dans les îles)	- l'évaluation du surcoût de la séance de dialyse dans les îles est évaluée à 7000 F CFP/séance par les opérateurs de dialyse - elle doit cependant faire l'objet d'une étude médico économique approfondie
Objectif opérationnel A5.II.3.2 – Relancer la greffe rénale et promouvoir la culture du don	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF Financement Etat possible	- la PF avait accordé une subvention de 950 000 F à Un don de vie en 2025 pour l'organisation de la journée polynésienne du don d'organe - action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
P1 – Santé numérique, recherche et innovations			
Objectif stratégique P1.1 – Construire un système de santé connecté, sécurisé et équitable			
P1.1.1 – Identifier et structurer la gouvernance de la santé numérique	- 8 000 000 F CFP pour une prestation d'assistance sur le pilotage de la santé numérique	Budget général PF	- le budget pour la prestation a déjà été voté (coll 3 - 2025)
P1.1.2 – Renforcer l'infrastructure numérique polynésienne et l'hébergement souverain des données	- coût à évaluer en fonction de l'option retenue	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
P1.1.3 – Standardiser et valoriser l'information de santé	- coût en partie intégré dans la prestation prévue au P1.1.1 - coût logiciel à évaluer en fonction de la solution retenue (logiciel sur	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030

	étagère ou développement ad hoc)		
P1.1.4 – Encadrer, déployer et soutenir la télésanté en Polynésie	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût de la formation à évaluer - s'appuie sur les déploiements techniques relevant de l'OO A2.1.2 	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif stratégique P1.2 – Renforcer la recherche et la souveraineté scientifique			
P1.2.1 – Structurer la gouvernance et la protection de la recherche polynésienne	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût de la formation à évaluer - coût de l'hébergement des données intégré dans les OO P1.1.2 et P1.1.3 	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
P1.2.2 – Développer la recherche appliquée et la valorisation des ressources locales	<ul style="list-style-type: none"> - coût des programmes de recherche à évaluer au cas par cas 	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif stratégique P1.3 – Stimuler l'innovation responsable et l'intelligence collective			

P1.3.1 – Encadrer l’innovation numérique et pérenniser les projets expérimentaux		Budget général PF	
P1.3.2 – Structurer l’écosystème d’innovation et valoriser les projets One Health		Budget général PF	
P2 – Compétences, attractivité & qualité des pratiques			
Objectif stratégique P2.1 – Renforcer l’attractivité et la cohésion du corps professionnel de santé			
P2.1.1 – Créer une fonction publique de santé	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût d'une assistance à maîtrise d'ouvrage à évaluer 	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
P2.1.2 – Améliorer les conditions d’exercice et de vie des soignants dans les archipels	<ul style="list-style-type: none"> - 10 millions de F CFP par logement créé - 133 millions de F CFP d'ISS accordées aux soignants - coût intégré dans le fonctionnement actuel des services ou dans d'autres OO pour certaines actions 	Budget général PF	- 327 millions d'autorisations de programme actuellement votées pour les logements
Objectif stratégique P2.2 – Planifier et sécuriser les parcours professionnels			

P2.2.1 – Anticiper et tracer les parcours des professionnels de santé polynésiens	- coût de la mise en place d'une GPEC locale à évaluer - le coût du suivi des étudiants et de l'évaluation des mesures incitative est intégré dans les coûts de fonctionnement actuel des services	Budget général PF	
P2.2.2 – Développer et simplifier l'attribution des bourses et engagements de service public	- 21 420 000 F CFP en 2026	Budget général PF	Budget voté au budget général en 2026 pour des bourses hors dispositifs DGEE
P2.2.3 – Faciliter la reconnaissance des diplômes étrangers et la mobilité régionale	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
Objectif stratégique P2.3 – Former et fidéliser durablement les compétences locales			
P2.3.1 – Structurer une filière de formation sanitaire initiale et continue locale axée sur la polycompétence en soins primaires des professionnels de santé	- prestation d'AMO pour la structuration de l'institut de formation : 10 à 15 millions de F CFP -coût de la mise en place des filières de formation à évaluer au cas par cas	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif stratégique P2.4 – Garantir la qualité, la compétence et la bienveillance des pratiques			
P2.4.1 – Mettre en œuvre le référentiel de pratiques professionnelles en y intégrant le <i>Va'a Ora</i>	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement

P2.4.2 – Structurer la qualité et la sécurité des soins dans toutes les structures sanitaires	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P3 – Culture et approche du <i>Va'a Ora</i>			
Objectif stratégique P3.1 – Reconnaître et consolider le <i>Va'a Ora</i> comme cadre culturel de gouvernance sanitaire			
P3.1.1 – Institutionnaliser le <i>Va'a Ora</i> comme cadre culturel transversal de santé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P3.1.2 – Structurer la gouvernance culturelle du système de santé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
Objectif stratégique P3.2 – Rendre la santé accessible par la médiation culturelle et la communication enracinée			
P3.2.1 – Déployer la médiation culturelle dans les soins et les structures de santé	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût de la signalétique et de l'aménagement des lieux de paroles et de spiritualité à évaluer	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P3.2.2 – Enraciner la communication de santé dans la culture du <i>Va'a Ora</i>	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement

Objectif stratégique P3.3 – Reconnaître et intégrer les pratiques traditionnelles et complémentaires de santé			
P3.3.1 – Reconnaître le métier de praticien traditionnel	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P3.3.2 – Revaloriser les approches de médecine complémentaires	- certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût des partenariats à évaluer	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P3.3.3 – Développer des approches de santé intégrative encadrées	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P4 – Gouvernance, coopération et soutenabilité			
Objectif stratégique P4.1 – Améliorer l’organisation et la régulation du système de santé et de l’offre de soins			
P4.1.1 – Réorganiser les fonctions de stratégie et de régulation sanitaire	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P4.1.2 – Réorganiser l’offre de soins publique autour des établissements publics de santé (EPS)	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement
P4.1.3 – Unifier les structures de santé au sein du (Groupement Hospitaliers de Santé de Polynésie Française (GSPF).	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes des services sans surcoût pour la création et le déploiement du GSPF

P4.1.4 – Structurer le partenariat entre les secteurs public et privé pour une offre coordonnée et efficiente	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - évaluation du coût de la permanence des soins par le secteur privé à élaborer 	Budget général PF protection sociale généralisée (CSA, permanence des soins)	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour le développement et la coordination des partenariats - budget de la participation des médecins libéraux au CSA : 51 millions / an
Objectif stratégique P4.2 – Construire une politique de santé et de l’offre de soins intégrée, régulée et fondée sur la réalité des besoins			
P4.2.1 – Développer une cartographie dynamique des besoins de santé	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l’élaboration de la nouvelle cartographie
P4.2.2 – Développer le bureau de l’observation de la santé	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements - coût RH : 2 à 4 ETP en fonction du dimensionnement 	Budget général PF Financement Etat possible	- action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
P4.2.3 – Mettre en place une politique d’évaluation des programmes de prévention	<ul style="list-style-type: none"> - certaines actions seront financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements 	Budget général PF Financement Etat possible	<ul style="list-style-type: none"> - mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour certaines des actions (création des outils...) - action pour laquelle l'appui de l'Etat peut être demandé dans le cadre de la convention Etat Pays 2026-2030
Objectif stratégique P4.3 – Optimiser la soutenabilité, la mutualisation et la logistique du système de santé			

P4.3.1 – Assurer une orientation cohérente des patients vers le bon niveau de soins	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF Protection sociale généralisée (pour les mesures incitatives)	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination et le déploiement des actions
P4.3.2 – Assurer l'adéquation des sources de financement	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la coordination des actions - certaines actions nécessiteront sans doute des prestations (évaluations médico-économiques)
P4.3.3 – Inscrire le financement du système de santé dans un cadre annuel défini par une loi du pays	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour les travaux réglementaires nécessaires, soutenu par une assistance à maîtrise d'ouvrage ou un audit préalable
P4.3.4 – Mutualiser les achats, les moyens et la logistique de l'offre de soins publique	- coût de la plateforme et des mutualisations à évaluer	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la mise en place de la plateforme logistique commune
Objectif stratégique P4.4 – Renforcer l'intégration régionale et le rayonnement international du modèle polynésien de santé			
P4.4.1 – Structurer la coopération sanitaire et académique régionale	- coût des accords internationaux et de la prise en charge de la mobilité à évaluer	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour l'élaboration des partenariats et leur mise en œuvre
P4.4.2 – Promouvoir le rayonnement scientifique et diplomatique du modèle <i>Va'a Ora</i>	Actions financées par le budget de fonctionnement courant des services et/ou établissements	Budget général PF	- mobilisation des ressources existantes sans surcoût pour la promotion du modèle du <i>Va'a Ora</i>

LEXIQUE DES ABRÉVIATIONS

AMU – Aide Médicale Urgente

APA – Activité Physique Adaptée

APF – Assemblée de la Polynésie Française

AVC – Accident Vasculaire Cérébral

CDT – Contrat de Développement et de Transformation

CESEC – Conseil Economique Social Environnemental et Culturel de la Polynésie française

CHPF – Centre Hospitalier de Polynésie Française

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

CJA – Centre des Jeunes Adolescents

CLS – Comité Locaux de Santé

COPIL – Comité de Pilotage

COTECH – Comité Technique

CPS – Caisse de Prévoyance Sociale

CSA – Consultations et Soins Avancés

DGEE – Direction générale de l'éducation et de l'enseignement

DGF – Dotation Globale de Financement

DPI – Dossier Patient Informatisé

DS – Direction de la Santé

DSFE – Direction des solidarités, de la famille et de l'égalité

DSI – Direction des Systèmes d'Information

EHPAD – Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPIS – Établissement Public d'Incendie et de Secours

EPS – Établissements Publics de Santé

ETP – Éducation Thérapeutique du Patient

EVASAN – Évacuations Sanitaires

F CFP – Franc Pacifique

FPLA – Fonds de Prévention et de Lutte contre les Addictions

FPSU – Fonds de Protection Sociale Universelle

FTH – Fare Tama Hau

GSPF – Groupement de Santé de Polynésie Française
HAD – Hospitalisation à Domicile
ICPF – Institut du Cancer de Polynésie Française
ILM – Institut Louis Malardé
LAV – Lutte Anti-Vectorielle
MCO – Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEE – Ministère de l'Education, de l'Enseignement supérieur et de la culture
MRC – Maladie rénale chronique
OMS – Organisation Mondiale de la Santé
ORSEC – Organisation de la Réponse de Sécurité Civile
PIB – Produit Intérieur Brut
PMSI – Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSG – Protection Sociale Généralisée
RGS – Régime des Salariés
RH – Ressources Humaines
RNS – Régime des Non-Salariés
RSI – Règlement Sanitaire International
RSPF – Régime de solidarité
SAMU – Service d'Aide Médicale Urgente
SI – Systèmes d'Information
SLD – Soins de Longue Durée
SOS – Schéma d'Organisation Sanitaire
SSIAD – Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSR – Soins de Suite et de Réadaptation
UPF – Université de Polynésie Française