

DÉCEMBRE 2021

RAPPORT AU PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE SUR LA LUTTE CONTRE LES CANCERS EN POLYNÉSIE FRANÇAISE ET SON ACCOMPAGNEMENT OPÉRATIONNEL

/ Mission INCa
/ CHU de Bordeaux
/ Unicancer

Commanditée par le président de la République à la suite de son déplacement de juillet 2021, la mission vise à apporter un éclairage scientifique et organisationnel aux autorités de la Polynésie française sur la contribution que l'Institut du cancer de Polynésie française (ICPF) pourrait apporter pour répondre aux besoins sanitaires non couverts, ou mal couverts, de la population polynésienne et à identifier de manière concrète l'accompagnement opérationnel de l'État à la politique de lutte contre les cancers.

La mission est composée de représentants de l'Institut national du cancer, du CHU de Bordeaux et d'Unicancer. Deux représentants de l'Institut et trois du CHU de Bordeaux se sont rendus sur place du 8 décembre au 13 décembre 2021. Les représentants d'Unicancer, qui n'ont pu faire le déplacement, ont néanmoins participé à ces travaux et à la rédaction du présent rapport.

La mission a organisé une vingtaine de réunions de travail et s'est déplacée aux Îles Marquises sur l'île de Nuku Hiva.

Elle remercie les autorités polynésiennes pour leur accueil, et remercie très chaleureusement le Haut-Commissaire de la République française et ses équipes, ainsi que l'Administrateur des Îles Marquises pour leur accueil, leur disponibilité et l'excellence de l'organisation mise en place pour aider la mission.

Les Polynésiens sont des Français pour qui les principes cardinaux de la République s'appliquent comme à tous, bien que la Polynésie bénéficie d'une très large autonomie administrative reconnue par l'article 74 de la Constitution et consacrée par la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.

Dans ce cadre, la politique de santé et de solidarité, ses objectifs comme ses instruments et son financement relèvent de la seule compétence du Pays depuis les années 50, que la loi 94-99 du 5 février 1994 et le décret 94-1146 du 26 décembre 1994 ont renforcée avec la création de la protection sociale généralisée (PSG).

LA MISSION

Norbert IFRAH, président de l'Institut national du cancer
Thierry BRETON, directeur général de l'Institut national du cancer

Pierre DUBUS, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux
François ROUANNET, vice-président de la commission médicale du CHU de Bordeaux
Stéphanie FAZI-LEBLANC, directrice générale adjointe du CHU de Bordeaux

Avec la participation de :
Jean-Yves BLAY, président d'Unicancer
Sophie BEAUPERE, déléguée générale d'Unicancer

SOMMAIRE

1. SITUATION
p. 5
2. OBSERVATION
p. 16
3. PRÉVENTION PRIMAIRE
p. 18
4. PRÉVENTION SECONDAIRE
p. 22
5. OFFRE DE SOINS
p. 25
6. ONCOLOGIE
p. 31
7. FINANCEMENT
ET MAITRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES
p. 46
8. VISION CONSOLIDÉE
DE LA VALEUR AJOUTÉE DE L'ICPF
p. 48

1. SITUATION

1.1. SITUATION GÉOGRAPHIQUE ET DÉMOGRAPHIQUE

Située dans l'océan Pacifique sud, à environ 18 000 km de la métropole (20 heures d'avion), à 6 000 km à l'est de l'Australie, à 6 200 km des États-Unis, et à 4 000 km de la Nouvelle-Zélande, la Polynésie française est marquée par son isolement.

À cette difficulté, s'ajoute son éclatement géographique.

Elle est composée de 5 archipels et de 118 îles dont 76 sont habitées, pour une surface totale de 3 793 km², dispersée sur plus de 4 millions de km² (étendue de l'Europe). La distance entre le nord et le sud de la Polynésie française est d'environ 2 000 km et celle entre l'est et l'ouest de 2 250 km. Quelques-unes des îles se trouvent à plus de 1 500 km de Papeete. Il faut alors plusieurs heures d'avion (ou jours de bateau) pour les rejoindre. Certaines ne sont accessibles que par la mer (56 pistes d'atterrissage pour 118 îles).

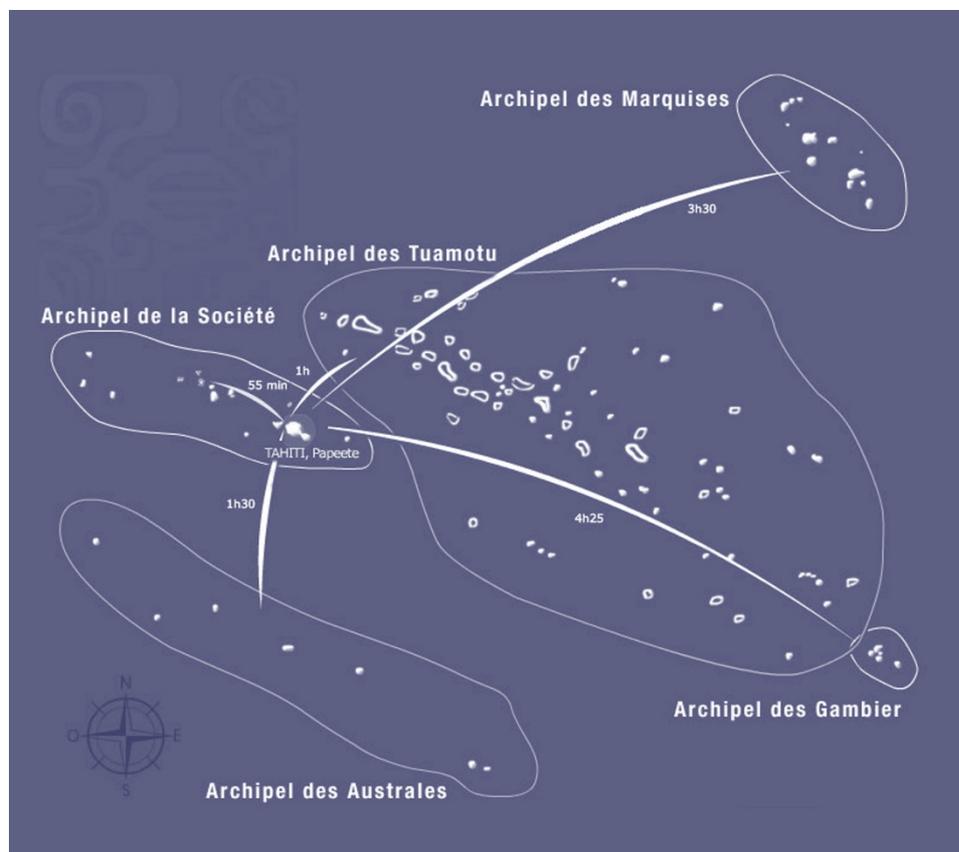
La population de la Polynésie française est de 281 674 habitants (2017), soit 0,4 % de la population française, et 10 % de la France d'outre-mer. La densité démographique moyenne est de 68 hab./km². Seules 76 îles sont habitées.

Les trois quarts des habitants vivent dans les îles de Tahiti et Moorea. L'agglomération urbaine de Papeete concentre plus de 40 % des habitants.

La population est en hausse, du fait d'un accroissement naturel qui reste stable alors que le solde migratoire est négatif avec environ 1 500 départs nets par an. La population est estimée à 320 000 hab. en 2027. On observe néanmoins un indice de fécondité de 1,8 enfant par femme en 2018.

43,1% de la population a moins de 20 ans. Depuis 30 ans, l'espérance de vie a augmenté de 11 mois pour atteindre 77 ans en 2017. Elle est de 79 ans pour les femmes et de 75 ans pour les hommes (données INSEE), niveau équivalent à celui de la Nouvelle-Calédonie, mais inférieur d'environ 5 ans à la France métropolitaine (85 pour les femmes et 79 ans pour les hommes).

La population de la Polynésie française a plus que triplé depuis les années 1960 et a beaucoup vieilli, passant d'un âge médian de 18 à 31 ans.



1.2. SITUATION SANITAIRE

1.2.1. Général

La Polynésie française, du fait du développement de ses infrastructures hospitalières et de son système de protection sociale propre, semblable en partie au système national, se classe parmi les territoires du Pacifique ayant le système de santé le plus développé.

Jusqu'à la fin des années 1950, les pathologies rencontrées et la mortalité élevée étaient principalement dues à des maladies transmissibles. Comme en métropole, et dans les pays industrialisés, les maladies non transmissibles, en particulier celles du système cardiovasculaire et les cancers, sont devenues prépondérantes.

Entre 1984 et 2010, les causes principales de décès étaient ainsi liées à des maladies de l'appareil circulatoire, avec une baisse conséquente durant cette période.

Viennent ensuite les décès par cancers, avec une légère augmentation sur la période d'étude, passant de 125,4 décès pour 100 000 habitants en 1984 à 132 en 2010. Ces taux sont similaires à ceux de métropole pour les hommes et sont plus élevés pour les femmes. La mortalité par cancer du poumon chez les femmes était nettement supérieure à celle de métropole et celle par cancer du sein en était assez proche.

Pour la période 2005-2010, la mortalité prématurée (avant 65 ans) pour les hommes est liée à des causes externes, de blessure pour 23 %, des maladies de l'appareil circulatoire pour 22 % et des cancers pour 21 %. Pour les femmes, elle est liée à des cancers pour 31 %, des maladies de l'appareil circulatoire pour 21 % et des causes externes pour 12 %¹.

1.2.2. Facteurs de risque

Certains facteurs de risque de maladies chroniques directement associés aux modes de vie ont un niveau très élevé en Polynésie française.

La prévalence du tabagisme est passée de 36,2 % à 41 % en 15 ans –avec 34,1 % de fumeurs quotidiens– et touche plus de 70 000 personnes sur le territoire. Ce tabagisme a quasiment doublé chez les jeunes polynésiens qui fument davantage encore que leurs aînés : 46,3 % contre 41,6 % des 25-44 ans et 34,7 % des 45-64.

L'expérience du tabac commence, en effet, de plus en plus tôt et son usage quotidien est plus prégnant encore chez les filles que chez les garçons : déjà, 8,3 % des jeunes scolarisés fument occasionnellement et 14,1 % fument quotidiennement.

La consommation de tabac quotidienne ou occasionnelle augmente ainsi avec l'âge pour atteindre des chiffres de 29,8 % chez les garçons et 50,5 % chez les filles à l'âge de 19 ans. Ce tabagisme est plus élevé chez les femmes (43,6 %) que chez les hommes (38,5 %).

La consommation d'alcool est elle aussi fortement en hausse, ayant doublé entre 1995 et 2010 où elle atteint 66,8 % de la population générale, dont 22,9 % régulièrement et 73 % occasionnellement. Les hommes sont plus concernés que les femmes.

Même si une majorité des Polynésiens (59 %) a un niveau élevé d'activité physique, la culture polynésienne valorise les fortes corpulences, alors que l'alimentation traditionnelle a été rapidement remplacée par une alimentation importée et transformée, laquelle représentait 90 % de la nourriture disponible en 2009.

Le surpoids et l'obésité, notamment chez les enfants, constituent actuellement un problème de santé publique majeur, même si le niveau atteint reste inférieur à celui des autres îles du Pacifique.

Enfin, il apparaît que les Polynésiens ne se protègent pas particulièrement du risque solaire, alors que leur exposition est importante.

1.2.3. Les cancers

Les données du registre des cancers polynésiens mériteraient d'être fiabilisées. Néanmoins, dans une analyse en date du 1^{er} avril 2021, 806 tumeurs malignes ont été rapportées en 2016. Cette même année 365 décès ont été imputés à un cancer, dont 15 à une hémopathie maligne².

Au cours de la période 1985-2006, l'incidence « tous cancers » standardisée sur la population mondiale semble être en légère augmentation chez les hommes, principalement en raison d'une augmentation de l'incidence du cancer de la prostate, et stable chez les femmes.

L'incidence du cancer en Polynésie française apparaît nettement inférieure à celle de la métropole, chez les hommes (249 cas pour 100 000 personnes/années en 2016, contre 330,2 en métropole en 2018), et chez les femmes de manière moins marquée

¹ Expertise collective INSERM

² Cancers en Polynésie française, Direction de la santé publique de Polynésie française, 2016

(266 cas pour 100 000 personnes/année en 2016 vs 274 en métropole en 2018)³. Elle apparaît également inférieure, dans une moindre mesure, à celle des Maoris de Nouvelle-Zélande, population la plus proche de celle de Polynésie française, et à celle des Hawaïens d'Hawaï⁴.

Les localisations principales de cancer en Polynésie française pour les hommes sont le poumon, la prostate, le côlon-rectum et le foie. Pour les femmes, il s'agit du sein, de la thyroïde, du poumon et de l'utérus (corps et col). L'incidence du cancer du poumon était en baisse, nette chez les hommes et plus modérée chez les femmes, ce qui dans le contexte de tabagisme important montre la fragilité de ce registre ; il était plus élevé qu'en métropole, et était particulièrement élevé chez les femmes dans les années 1980.

Le cancer de la prostate chez les hommes, bien qu'inférieur au taux de métropole, apparaît en constante augmentation : celle-ci peut être, ici aussi, liée à des pratiques extensives d'usage du dosage par le PSA. Avec un niveau qui reste plus faible qu'en métropole, le cancer du sein chez la femme augmente, mais de façon plus progressive.

Le cancer du côlon-rectum, qui était plutôt élevé chez les hommes, reste stable sur la période et nettement inférieur à ce qui a été observé en métropole. L'incidence du cancer de la thyroïde, en particulier chez les femmes, est, sur l'ensemble de la période 1985-2010, beaucoup plus importante en Polynésie française qu'en métropole et que dans les autres territoires du Pacifique, à l'exception de la Nouvelle-Calédonie.

Sur la période 1998-2002, elle est même la plus élevée au monde, avec celle de la Nouvelle-Calédonie, et fait l'objet de recherches spécifiques.

La variation temporelle de l'incidence de ce cancer en Polynésie française est cependant difficile à étudier à partir des données disponibles, car l'exhaustivité du recueil est variable au cours du temps. Il semble que pour les femmes, une incidence particulièrement élevée ait été observée entre 1999 et 2002, pour baisser ensuite. Il en a été de même pour une incidence plus élevée de leucémies myéloïdes pour les femmes au cours de cette période 1998-2002, avec des valeurs absolues trop basses pour autoriser la moindre hypothèse. Des données plus récentes et validées sont indispensables pour analyser ces variations temporelles. Par ailleurs, il serait évidemment nécessaire d'étudier l'influence des pratiques diagnostiques sur ces évolutions.

³ Ibidem

⁴ Expertise collective INSERM

Nombre moyen annuel de décès et part de décès selon la cause de décès et le sexe (2015)

Pathologies	Total		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Appareil circulatoire	334	28	192	27	142	28
Tumeurs malignes	295	24	168	24	127	25
Blessures / empoisonnement	125	10	94	13	31	6
Appareil respiratoire	94	8	50	7	44	9
Endocriniennes	52	4	26	4	26	5
Infectieuses et parasitaires	52	4	29	4	23	5
Appareil digestif	39	3	23	3	16	3
Appareil génito-urinaire	32	3	17	2	15	3
Système nerveux	31	3	16	2	15	3
Troubles mentaux	14	1	9	1	6	1
Total	1209	100	709	100	499	100

Nombre de patients enregistrés dans le dispositif « longues maladies » par pathologie (2017)

Pathologies	Cas	% des « Longue maladie »
1. Hypertension artérielle	10 390	25,3%
2. Diabète	8 981	22,1%
3. Affections pulmonaires	6 541	16,1%
4. Autres maladies cardiovasculaires	5 647	13,9%
5. Tumeurs malignes	4 955	12,2%
6. Maladies du système nerveux	4 857	11,9%
7. Rhumatisme articulaire aigu	3 656	9,0%
8. Troubles mentaux et du comportement	3 334	8,2%
9. Affection rénale	2 198	5,4%
10. Affection ostéoarticulaire	872	2,1%

1.2.4. Situation financière et organisationnelle

1.2.4.1. Financière

Le statut de la Polynésie française est autonome dans le domaine de la santé. Les lois appliquées sont celles du Pays, le système de sécurité sociale est différent de celui de la France : l'assurance maladie est territoriale et le recours des habitants au système de mutuelle est très rare.

Selon la dernière publication des comptes de la santé, la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) en Polynésie s'élève en 2015 à 66,4 MdF CFP (555,0 M€). L'agrégat de la dépense courante de santé en 2015 s'établit à 79,4 MdF CFP (664,0 M€)⁵.

Ramenées à la population, les dépenses de santé par habitant sont inférieures de près d'un tiers à celles de France métropolitaine, alors même que les niveaux de prix sont supérieurs : la consultation chez le médecin généraliste est de 25 € en France et de 30,15 € en Polynésie.

Les dépenses de santé financées par la Caisse de prévoyance sociale (CPS) en constituent 84 % et s'élèvent à 428 M€.

La dépense courante de santé s'élève à 14,4 % du PIB, contre 12 % en métropole et 10,8 % en Nouvelle-Calédonie. Ces niveaux reflètent essentiellement le fort écart du PIB/habitant entre la Polynésie (15 700 €) et la France métropolitaine (31 200 €).

La Protection sociale généralisée (PSG) instaurée en 1995 couvre les risques maladie-accidents du travail, famille, vieillesse, et de façon plus limitée le handicap et l'action sociale est de la seule compétence du Pays. Elle est organisée en trois régimes différenciés (RGS pour les salariés, RNS pour les non-salariés et RSPF pour le régime de solidarité de la Polynésie française). Le régime des non-salariés ne couvre que les risques maladie, AT/MP, et famille ; l'assurance retraite y est optionnelle. Le régime de solidarité gère l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse), un fonds d'action sociale et des prestations en faveur des handicapés (financement des établissements).

Elle est gérée par la Caisse de prévoyance sociale de Polynésie française (CPS). Le taux de couverture de la population est quasi-universel (98 %)⁶.

La participation de l'État au régime de solidarité, suspendue en 2007, a été réinstaurée depuis 2015 dans le cadre de la convention État/Pays 2015-2017, à hauteur de 12 M€. Plus généralement, l'État apporte au Pays une aide importante en matière de politique de santé (cf. infra).

70 % des ressources de la PSG proviennent des cotisations sur les revenus d'activité (peu sur la consommation ou les revenus financiers) versées par les employeurs, les salariés et les non-salariés. En sus de ces cotisations, la fiscalité affectée via le Fonds pour l'emploi et la lutte contre la pauvreté (FELP) représente 22,5 % des ressources, le solde venant des concours du Pays (2,1 %), de l'État (1,1 %) et 5,2 % des autres produits.

La situation économique de la PSG est ainsi très directement liée à la conjoncture économique, et en particulier à l'évolution de l'emploi salarié. La PSG a retrouvé une situation équilibrée en 2018 après plusieurs années de déséquilibre, grâce aux actions menées et à la situation économique favorable.

Le taux moyen des charges sociales (30,2 % pour les employeurs, 12,4 % pour les salariés) est important, et contribue à un coût du travail élevé : il n'y a donc pas de possibilités d'un accroissement significatif sans effet dépressif sur l'économie.

⁵ Rapport IGAS-IGF

⁶ Rapport IGAS, IGF, IGA, 2018

Pour diminuer la sensibilité du financement de la PSG à la conjoncture, et en élargir le champ, une part accrue de financement par la fiscalité a été préconisée par la mission IGAS-IGF-IGA en 2018. Les spécificités du système fiscal polynésien (pas d'impôt sur le revenu –même si la CST en tient lieu pour partie–, faible imposition des revenus du patrimoine, pas de droits de succession notamment) confortent cette piste.

La baisse massive des ressources de la PSG du fait du ralentissement économique induit par la crise COVID rend indispensable une réforme rapide.

1.2.4.2. Les différents plans et orientations

En matière de santé, les outils de planification stratégiques, transversaux, ou thématiques sont nombreux.

Ainsi on dénombre deux documents de cadrage de la politique de santé du Pays : les Orientations stratégiques 2016-2025 et le Schéma d'organisation sanitaire 2016-2021.

Plusieurs plans et programmes thématiques connexes ont un rapport avec la lutte contre les cancers :

- Plan cancer pour la Polynésie française
- Schéma de Prévention et de Promotion de la santé
- Programme de modernisation des soins de santé primaires
- Schéma médico-social
- Schéma des systèmes d'information
- Projet plan bien-être mental
- Programme d'actions sur l'alimentation et l'activité physique
- Programme d'actions de lutte contre les addictions

Stratégie polynésienne de santé			2016
Gouvernance	Soins primaires	Prévention	
SOS -Schéma d'organisation sanitaire = les priorités de santé			
Dépendance	Offre sanitaire	Santé numérique	
Schémas thématiques			
Schéma de prévention	Schéma des SI et télémédecine	Schéma médico-social	2016 2021
Plans d'actions / Programmes / Plans de santé publique = déclinaisons thématiques			
Plans d'actions / Appels à projet	Projets d'établissement	Plan cancer	

D'une durée de 10 ans, les objectifs prioritaires et les orientations stratégiques s'accompagnent de schémas d'organisation d'une durée de 5 ans qui déclinent les aspects opérationnels et des programmes pluriannuels, par thématique, et déterminent les modalités de réalisation des actions.

Avec un objectif de maîtrise des dépenses de santé, le Pays a défini pour la période 2016-2025 **4 orientations** pour sa politique de santé :

1. Moderniser et optimiser la gouvernance du système sanitaire et médico-social.
2. Améliorer le dispositif de protection sociale généralisée pour une couverture optimale des besoins.
3. Centrer la politique sur la prévention et la promotion de la santé
4. Garantir un système de santé de qualité.

Le schéma d'organisation des soins est quant à lui structuré autour de **6 axes majeurs** :

1. Mettre en place une Autorité de régulation de la santé et de la protection sociale.
2. Améliorer la santé primaire dans les archipels.
3. Adapter l'offre de santé à l'évolution des besoins.
4. Faire de la prévention du surpoids un choix majeur pour la santé des Polynésiens.
5. Relever le défi du bien-vieillir en partenariat avec le ministère en charge de la solidarité
6. Soutenir l'ensemble des efforts par la constitution d'un espace numérique de santé polynésien.

Au sein de l'axe 3, l'action 3.3 est consacrée à lutte contre le cancer visant à « Poursuivre la montée en charge raisonnée de l'offre de prise en charge du cancer et adopter le plan cancer ». Elle est déclinée en deux sous-actions : « Structurer un réseau de soins cancer » et « Expérimenter l'administration de la chimiothérapie en proximité (Taravao, Uturoa) ».

Enfin, le Plan cancer quant à lui prévoit les actions figurant dans le tableau ci-après. Ce tableau, assez complet dans les thématiques, ne fait pas l'objet de description plus précise.

Axe	Orientations
1 Comprendre le patient	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre le patient et sa relation avec la santé et la maladie, sa représentation de la pathologie • Favoriser l'intégration de sa culture dans le soin
2 L'observation de la pathologie cancéreuse	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider le recueil, la qualité et l'analyse des données de mortalité • Améliorer la qualité des données de morbidité du registre des cancers • Obtenir sa qualification nouvelle par le comité d'évaluation des registres
3 La prévention des cancers	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer la prévalence du tabagisme d'au moins 10 %, notamment chez les femmes et les jeunes • Diminuer la prévalence de consommation et reculer l'âge de la première expérience avec l'alcool • Diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez l'adulte et l'enfant • Lutter contre les cancers d'origine professionnelle et/ou environnementale • Diminuer la prévalence des lésions précancéreuses du col de l'utérus • Diminuer la prévalence du portage chronique de l'hépatite b
4 Le dépistage des cancers	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser le dépistage du cancer du col utérin : • Débuter les travaux préliminaires à la mise en place d'un dépistage organisé du cancer colorectal • Encourager la détection précoce des tumeurs cutanées ainsi que des tumeurs de la cavité buccale • Soutenir et intensifier l'activité d'oncogénétique • Poursuivre le suivi de la cohorte des personnes exposées au nucléaire
5 Le parcours du patient	<ul style="list-style-type: none"> • Désigner une triade médicale dès le diagnostic de cancer • Elaborer des protocoles relatifs au dispositif d'annonce du diagnostic au sein des structures de soins • Instaurer des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) uniques par spécialité • Remettre un projet personnalisé de soins (PPS) à l'issue de la RCP • Faciliter le partage de données médicales entre professionnels de santé • Soutenir la création d'une hospitalisation à domicile • Organiser, standardiser et formaliser les parcours de prises en charge pour chacune des filières • Officialiser, développer et soutenir le centre de coordination en cancérologie (3C) du CHPF
6 La prise en charge diagnostic et thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Consolider l'activité d'anatomopathologie • Soutenir l'activité de chimiothérapie et favoriser son développement au plus près du domicile du patient • Pratiquer une chirurgie de qualité • Remettre à niveau et développer les plateaux techniques d'imagerie • Optimiser l'activité de radiothérapie • Développer un partenariat privilégié avec la Nouvelle Calédonie pour l'activité de médecine nucléaire • Rédiger le cadre réglementaire de la recherche clinique en Polynésie française • Réviser la réglementation relative aux rayonnements ionisants
7 L'accompagnement du patient et le développement des soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Soutenir et développer l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) implantée au CHPF • Favoriser la permanence des soins en facilitant la communication hôpital-domicile • Adapter la prise en charge des situations palliatives chez l'enfant • Prendre en compte les besoins des soignants • Rédiger une réglementation polynésienne relative aux soins palliatifs/accompagnement du patient
8 Vivre après le cancer	<ul style="list-style-type: none"> • Faciliter l'identification des ayants droit de la loi d'indemnisation des victimes des essais nucléaires • Faciliter la vie des femmes ayant souffert d'un cancer du sein

1.3. APPUIS ET PARTENARIATS DE LA MÉTROPOLE

Ne disposant pas de compétence en matière de santé, l'État appuie quand même, très fortement et de manière régulière, la mise en œuvre des politiques de santé en Polynésie française.

L'État apporte un soutien à la collectivité par l'intermédiaire de différents dispositifs financiers, dont :

- 22 M€ au titre du contrat de projets 2015-2020 pour le renforcement de l'offre de soins de proximité, ainsi que le développement des prises en charge dans le domaine de la santé mentale ;
- 4,1 M€ au titre de la programmation 2021 du contrat de développement et de transformation 2021-2023 ;
- la mise à disposition d'infirmiers du corps d'État principalement affectés dans les îles (75 agents) et des infirmiers exerçant dans les établissements scolaires (35 ETP) ;
- la convention Oncologie à hauteur de 6 M€ en investissements sur la période 2017-2019 ;
- l'État met à disposition le Centre médical de suivi à destination des anciens travailleurs civils et militaires des sites d'expérimentation nucléaire et des populations vivant ou ayant vécu à proximité de ces sites (0,6 M€). Il a pour mission de déterminer l'état général de santé des populations concernées, d'assurer un bilan médical individuel, de détecter l'éventuelle présence d'une pathologie entrant dans le champ des maladies radio-induites, d'aider les victimes à la constitution des dossiers d'indemnisation conformément aux dispositions de loi Morin et de la loi EROM ;
- la dotation annuelle issue des conventions Santé 2015-2018, 2019 et 2020.

En contrepartie de réformes structurelles du système de santé et de protection sociale que le gouvernement s'est engagé à réaliser, l'État a contribué au redressement des comptes du régime de solidarité. La convention de 2015 formalise cette participation traduite par l'octroi d'une dotation annuelle de 12 M€ sur la période 2015-2018 et 2019. En 2020, le ministère des outre-mer a versé 10,1 M€, et a été valorisée la rémunération des internes en médecine mis à disposition du CHPF ou de la direction de la santé (1,9 M€).

Dans le cadre de l'Accord pour le développement de la Polynésie française du 17 mars 2017, l'État s'est engagé à soutenir le développement de la prise en charge médicale des patients atteints de cancer par :

- une contribution de 6 M€ (soit 2 M€ par an sur la période 2017-2019) ;
- la mise à disposition de médecins internes spécialisés en oncologie.

La convention relative au financement par l'État du développement de la filière de prise en charge du patient atteint de cancer, signée le 18 juillet 2018, traduit cet engagement (p.m. : financement 80 % État / 20 % Pays). Elle prévoit notamment de :

- réaliser des investissements dans des équipements à Tahiti et dans les îles éloignées (en faveur du service oncologie du CHPF, équipements de TEP scan et cyclotron, scanner et mammographe à Uturoa (île de Raiatea) et Taiohae (île de Nuku Hiva), acquisition de véhicules spécialisés) ou dans des travaux pour l'installation d'équipements en faveur des personnes atteintes de cancer ;
- développer les soins à proximité des patients (développement de la chimiothérapie délocalisée dans les hôpitaux périphériques de Taravao, Uturoa et Taiohae) ;
- acquérir deux logiciels pour l'amélioration du dépistage des cancers gynécologiques et pour la mise en place du registre du cancer.

Il est à noter que le contrat de projets 2015-2020 est également intervenu sur le volet Santé – oncologie avec un complément pour le TEP scan, à hauteur de 2,1 M€. Le contrat de développement et de transformation 2021-2023 prévoit quant à lui également des opérations en cofinancement avec le Pays dans le domaine de la santé.

Pour les années à venir, les actions de coopération seront particulièrement importantes et intenses avec l'appui renouvelé du côté des acteurs publics, de l'État, par l'intermédiaire de l'Institut national du cancer (INCa) et du CHU de Bordeaux ; et du côté des centres de lutte contre le cancer (CLCC) appuyé par l'effort important et lui aussi renouvelé du réseau Unicancer.

Concernant les acteurs publics, une nouvelle convention axée sur la politique de la santé a été signée le 14 octobre 2021 entre l'État et le Pays pour les exercices 2021 à 2023 pour une aide annuelle d'environ 13,2 M€, pour partie contractualisée, pour partie valorisée. Elle prévoit des aides pour des projets dans le champ hospitalier, sanitaire et médico-social, pour des petits investissements et du fonctionnement, ainsi que pour une coopération avec certains organismes nationaux comme l'Institut national du cancer et le Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

Cela se traduit notamment par :

- un appui de l'Institut national du cancer (INCa) et du réseau français des registres des cancers (Francim) pour la mise en place d'un registre des cancers en Polynésie française et un financement à hauteur de 0,2 million d'euros par an ;
- un appui du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux en expertise en matière d'oncologie pour le traitement des cas de cancers complexes, correspondant à un montant valorisé de 1,3 million d'euros en moyenne annuelle :
 - un soutien à l'activité d'oncologie du CHPF, de la recherche et des thérapies innovantes (522 000 euros annuels),
 - un soutien à l'activité d'anatomie pathologique et de biologie des tumeurs (749 000 euros en moyenne),
 - et, en fonction des besoins du CHPF, des consultations de téléexpertise et en télésuivi ;
- un appui du CHU de Bordeaux et de l'Université de Bordeaux pour la formation médicale à hauteur de 3,726 M€ :
 - la poursuite par l'État de la mise à disposition au CHPF d'une cinquantaine d'internes par an (2 M€ par an), à la charge de l'État depuis octobre 2018 ;
 - des actions d'appui concourant à renforcer l'attractivité médicale de la Polynésie française et la formation médicale à hauteur de 1,726 M€ par an, notamment, la mise à disposition de postes d'assistants-spécialistes partagés entre la métropole et la Polynésie, la formation des médecins et infirmiers des dispensaires aux gestes d'urgence, la réalisation des stages d'été des étudiants de médecine, pharmacie, odontologie en Polynésie et l'organisation de services sanitaires en Polynésie pour les étudiants polynésiens ;
 - des actions complémentaires ont également été proposées par le CHU de Bordeaux, en réponse à des besoins exprimés par la Polynésie visant à adapter les conditions de formation diplômante des infirmiers de blocs (IBODE) et des infirmiers anesthésistes (IADE) afin de faciliter la formation sur place tout en accédant à un diplôme de même niveau que celui de métropole ;
- un appui du réseau Unicancer : c'est l'Institut Gustave Roussy qui aujourd'hui effectue les RCP pour les cas complexes et l'Institut Bergonié qui est en soutien de l'anatomopathologie du CHU. La convention signée entre le Pays et l'État ne mentionne pas la contribution importante du réseau Unicancer à la coopération avec la Polynésie française. Ce qui est normal, l'objet de cette convention étant de régir les relations entre les acteurs publics. Mais, sans en modifier la nature, elle pourrait comporter une annexe informative valorisant cette coopération.

Dans le cadre de la convention conclue entre le Pays et Unicancer, l'ICPF est adhérent au GCS Unicancer (avec une cotisation annuelle d'un montant de 21 580 euros). Cette convention bilatérale prévoit :

- un appui dans la conception et la mise en place de l'Institut de la cancérologie de la Polynésie française ;
- un soutien à l'activité d'anatomie pathologique et de biologie des tumeurs ;
- un soutien à la mise en place de filières cancérologiques par télémedecine et téléexpertise ;
- une action de recours sur la prise en charge des cancers complexes et rares ;
- la possible intégration de la Polynésie française dans les achats groupés d'Unicancer afin d'optimiser les dépenses dans ce domaine, sous réserve de l'absence de contrainte juridique et dans le respect des règles du code polynésien des marchés publics ;
- l'intégration au réseau de veille juridique en droit de la santé mise en place au sein d'Unicancer ;
- l'accès aux formations diplômantes organisées par, sous l'égide ou en partenariat avec Unicancer ;
- l'accompagnement et la mise en place d'actions de formation continue incluant des formations sur sites concernant les nouvelles technologies et les nouvelles thérapies et les soins en général (par exemple les soins de support, la relation d'aide), ainsi que des enseignements en cancérologie dispensés en Polynésie française ou par e-learning ;
- la diffusion d'innovations organisationnelles en cancérologie ;
- l'accompagnement à la mise en œuvre d'une démarche qualité.

2. OBSERVATION

2.1. SITUATION

Le recueil des cas de cancers a débuté en 1980, mais le registre a été créé en 1985. Son exhaustivité a été fluctuante, perturbée par les départs inopinés de personnes-ressources dont le remplacement a laissé des périodes de vacuité. Sur la période antérieure à 1990, seuls 50 % des cas étaient enregistrés, 90 % après 1990. Le registre avait obtenu la qualification par le Comité national des registres, mais il l'a perdu en 2003, n'ayant pas sollicité son renouvellement.

Bien qu'actif, le registre n'est plus évalué et n'est donc actuellement plus qualifié, ce qui risque de rendre difficiles les comparaisons avec les autres territoires, et mérite donc d'être corrigé.

Il rencontre des difficultés récurrentes, comme le manque de ressources humaines, la faiblesse de la formation continue des personnes en charge et la non-exhaustivité des données qui résultent, entre autres, d'un manque de communication des données des RCP, de la CPS, des PMSI du CHPF, et du privé.

Le Plan cancer 2018-2022 de la Polynésie place la requalification de ce registre comme axe prioritaire. La convention annuelle 2018 entre l'État et la Polynésie comprenait la mise en place d'un registre des cancers de nouveau comprise dans la nouvelle convention.

La volonté de fiabiliser le registre qui continue de progresser pour l'amener vers l'accréditation est réelle. Il n'est toutefois pas encore arrivé à maturité comme le montre une évolution irrégulière du nombre de cas incidents probablement imputable à la fiabilisation.

Si le nombre moyen de sources qui est d'un peu plus de 3,1 est désormais dans les standards, plusieurs obstacles doivent être franchis pour disposer d'un registre de qualité internationale.

Le manque de publication constitue un réel problème. L'équipe s'applique à retrouver un rythme de publication, sur internet ou dans des rapports, régulière sur les principaux indicateurs que sont l'incidence par classe d'âge, sexe, type de cancer, et en indiquant les évolutions temporelles. Le dernier rapport produit, même portant sur des données de 2016, y participe. Il faut néanmoins consolider ce rythme en s'astreignant à publier annuellement.

En revanche, très peu de publications ont eu lieu dans des revues à comité de lecture, afin d'avoir une évaluation scientifique externe. Seuls un ou deux exemples de publications dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) ont pu être rapportés à la mission, tandis que jusqu'il y a quelques années les publications se faisaient dans une revue locale, supprimée depuis.

Cette activité est historiquement faible et doit faire l'objet d'une attention soutenue dans la perspective de l'accréditation.

Il y a de toute évidence un besoin de formation de l'équipe qui aujourd'hui n'est pas suffisamment armée pour publier dans des revues scientifiques à comité de lecture.

Si le temps médical mobilisable paraît adapté, les compétences et le temps épidémiologique, pour l'interprétation des données, et biostatistiques, pour la gestion et l'utilisation de la base de données, doivent être développés.

Le temps d'enquête, réalisé aujourd'hui par une infirmière, pourrait être augmenté, même si le nombre de lieux de recueil est réduit malgré l'éclatement géographique de la Polynésie, afin notamment de disposer de données plus récentes. Il devrait pouvoir s'appuyer sur un profil plutôt de type ARC.

Le transfert de l'équipe dépistage vers l'Institut de cancérologie de la Polynésie française (ICPF) est prévu dans les textes. Ce transfert n'apporte pas d'éléments particuliers supplémentaires pour améliorer la qualité du registre. Il n'y fait pas non plus obstacle.

L'absence de conseil scientifique constitue actuellement un obstacle au bon fonctionnement du registre et à sa progression. Il serait le garant de la qualité scientifique des travaux du programme de travail partenarial qui lui sont soumis. Il pourrait proposer des études et des travaux à conduire dans les champs de la surveillance et de l'observation des cancers ou s'autosaisir sur des sujets en relation avec ces champs.

2.2. RECOMMANDATIONS

Priorité s'il en est, la reprise du registre doit être rapide et forte. Elle ne pourra produire ses effets qu'à moyen terme pour des actions qu'il faut engager dès à présent.

La mission recommande ainsi au Pays :

- de développer les compétences de l'équipe en matière d'épidémiologie, de biostatistique ;
- d'envisager d'augmenter le temps d'enquête en recourant de préférence à un profil de type ARC ;
- d'établir annuellement un programme de publications, incluant des articles soumis à des revues à comité de lecture ;
- de mettre en place un conseil scientifique.

Pour répondre aux standards internationaux en la matière, le conseil scientifique devrait être composé comme suit :

- des experts qui connaissent le mode de fonctionnement d'un registre, ses spécificités, caractéristiques et limites. Dans le cas présent, un directeur d'un autre registre (français ou international), mais aussi des experts des différentes sources de données (afin de mieux comprendre les méthodes et de mieux identifier ce qu'il est possible de faire) ;
- des experts en méthodologie et biostatistiques ;
- des experts dans les domaines traités, à savoir la cancérologie, l'épidémiologie et la santé publique.

Dans la mesure du possible, il faudrait tenir compte des indications données par la Commission nationale informatique et libertés (CNIL) qui prévoit que les conseils scientifiques comprennent :

- au moins une personne impliquée dans l'éthique en santé ;
- une personne indépendante du responsable de traitement (par exemple : non-salariée) ;
- des professionnels de santé et professionnels médico-sociaux ;
- des chercheurs ;
- un représentant des usagers ou d'une association de patients.

Dans le cadre de la convention Santé, l'État, par l'intermédiaire de l'Institut national du cancer et Francim, pourra apporter une aide méthodologique sur ces différentes actions pour accompagner l'équipe en place. Sous une forme de compagnonnage, des publications conjointes pourront être envisagées entre l'équipe polynésienne et les équipes de Francim ou de l'Institut national du cancer.

3. PRÉVENTION PRIMAIRE

3.1. PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

3.1.1. Situation

Les constats posés par le Pays sont clairs. Ainsi, dans les orientations stratégiques 2016-2025, on peut lire que « les opérateurs de la prévention sont nombreux, professionnels de tous ordres ou bénévoles ; la qualité des interventions est variable ; leur efficacité est souvent remise en cause et les retombées sur la santé ne sont pas palpables à court terme et sont difficiles à mesurer »⁷. La question de la professionnalisation y est également soulevée.

L'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool sont deux enjeux de santé publique majeurs en Polynésie française, surtout chez les femmes. Il apparaît nécessaire de développer des programmes de prévention adaptés et basés sur des interventions probantes.

Soixante-dix pour cent de personnes sont en surcharge pondérale, et 40,4 % sont obèses. La prévalence du surpoids et de l'obésité est la plus élevée au monde dans l'ensemble Polynésie / Micronésie.

Comme cela déjà été indiqué, la prévalence de la consommation de tabac est passée de 36,2 % à 41 % en 15 ans et touche plus de 70 000 personnes sur le territoire⁸. Parmi les 41 % de fumeurs, 34,1 % fument quotidiennement⁹. Comparé aux autres territoires du Pacifique, le taux de fumeurs polynésiens est parmi les plus élevés pour les femmes. Les jeunes polynésiennes s'avèrent plus fréquemment expérimentatrices que les autres jeunes françaises, constituant une cible à privilégier en matière de prévention primaire du tabagisme. On note également un usage occasionnel du paka (cannabis) qui se révèle lié aux opportunités de contact avec ce produit.

La Polynésie est le premier pays du Pacifique à avoir adopté une réglementation propre à son territoire avec la délibération n°82-11 du 18 février 1982 portant sur l'organisation de la lutte sur le territoire contre l'abus du tabac et du tabagisme. Depuis, cette législation a été régulièrement renforcée, y compris par une augmentation des prix.

En matière d'alcool, 10,8 verres standards en moyenne consommés en une occasion¹⁰. Par rapport aux autres territoires du Pacifique, la Polynésie a une consommation d'alcool parmi les plus élevées. Globalement, les jeunes semblent consommer moins fréquemment des boissons alcoolisées qu'en métropole, mais de manière plus excessive.

12,7 % de la population consomment au moins cinq fruits et légumes par jour (en moyenne, 2,6 portions de fruits et légumes par jour). Dans l'ensemble des territoires d'outre-mer, les aliments et boissons sont aussi plus sucrés qu'en métropole.

On pourra encore noter la faiblesse des attitudes de protection vis-à-vis du risque solaire, auquel la population polynésienne est pourtant très exposée.

La prévention institutionnelle représente 3 % des dépenses de santé. Cette part très réduite, qui n'est pas propre à la Polynésie française, marque vraiment le fait que la

⁷ Orientations stratégiques 2016-2025

⁸ Ibidem

⁹ INPES/Direction de la santé. Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête ECAAP. INPES collection santé, Saint Denis 2010.

¹⁰ BEH 28-29, juillet 2013

prévention n'est pas une réelle priorité. De facto, cette aggravation des facteurs de risques majeurs témoigne d'une prévention primaire à refonder.

3.1.2. Cadre d'intervention

Pour autant, on observe des actions intéressantes, multiples, et innovantes sur champ. Le cadre général est marqué par de multiples outils de programmation dont le plan « Schéma de prévention et de promotion de la santé » qui définit la stratégie globale, accompagné de programmes de promotion de l'alimentation saine et de l'activité physique, et de programmes de lutte contre les addictions.

Les deux programmes de promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique sont le programme de prévention des pathologies de surcharge « Vie saine et poids santé », depuis 1999, et le programme d'actions sur l'alimentation et l'activité physique. **Cinq axes prioritaires** y ont été identifiés :

- informer la population (campagnes, guides et outils) ;
- favoriser un environnement propice à une bonne alimentation ;
- promouvoir la pratique de l'activité physique ;
- former les partenaires et les relais ;
- améliorer les pratiques médicales et organiser la surveillance.

Cela s'accompagne d'un dispositif d'activité physique adaptée (mise en place du réseau Maita'i sport-santé qui propose une prise en charge de l'activité physique adaptée).

On dénombre deux programmes de lutte contre les addictions :

- Programme de lutte contre le tabac, depuis 2003
- Programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie, depuis 2009.

La Polynésie française vise un objectif de réduction de 10 % du tabagisme, notamment chez les femmes et les jeunes et un objectif de recul de l'âge de la première expérience avec l'alcool.

Le Centre de prévention et de soins des addictions, créé en 1984, propose en alcoologie des soins spécialisés en ambulatoire, gratuits et anonymes. C'est aussi dans ce centre que se font les accompagnements au sevrage tabagique incluant la fourniture de traitements par substituts nicotiniques (TSN) gratuitement.

Mais, en dehors de ce centre, si l'accompagnement est possible, il n'y a pas de prise en charge financière des TSN.

On peut noter également divers moyens d'action, comme les campagnes d'information et de sensibilisation, les programmes d'aide au sevrage tabagique, ou les hausses du prix du tabac.

3.1.3. En matière d'animation générale

Plusieurs dispositifs, d'animation et transversaux, ont été mis en place de manière intéressante pour travailler avec les écoles, les communes et les entreprises. Ainsi, le dispositif « Comité local de santé » décline les actions au niveau local ; la création du label « école en santé » vise le développement des compétences psychosociales des élèves à travers des actions relatives aux déterminants de la santé avec des interventions du Centre de prévention et de soins des addictions dans les établissements scolaires ; enfin, vis-à-vis des collectivités, il faut noter la création d'un label « Oire Ea » (Commune et santé) en partenariat avec l'OMS Pacifique qui permet de dynamiser le travail des collectivités locales.

La mission, à la fois, souligne la volonté réelle de s'attaquer aux principaux facteurs de risque, l'existence de programmes sur le sujet et d'initiatives intéressantes, mais considère néanmoins nécessaire de renforcer le dispositif en place, en le clarifiant et

l'adossant à un effort de recherche qui aujourd'hui fait encore trop défaut. Comme partout en matière de prévention les résultats seront difficiles et longs à obtenir.

De plus, les nombreuses initiatives qui émaillent ces dernières années, sont toutes intéressantes, mais souffrent de ne pas avoir été expérimentées ni à proprement parler évaluées. C'est clairement un point à renforcer dans la politique de prévention conduite par le Pays, grâce à une méthodologie plus aboutie.

On notera enfin, une implication très forte de la Ligue contre le cancer dont les actions et campagnes contribuent utilement à l'action générale. Si le climat de coopération entre les acteurs est serein, du point de vue des acteurs, les actions ne sont pas assez coordonnées entre le Pays et les associations et entre les associations. Il y a sur ce point une claire attente vis-à-vis de l'ICPF.

3.1.4. Recommandations

Les Polynésiens ont une relation particulière à la santé, très marquée par une distance importante qui les conduit à n'y porter attention qu'une fois malades et pas avant d'être « incapables d'aller travailler ». Les pratiques de médecine traditionnelle sont également très présentes.

Par ailleurs, la famille peut jouer un rôle prépondérant, jusqu'à influencer, voire déterminer les décisions individuelles. L'impact des autorités religieuses semble également beaucoup plus fort qu'en métropole.

Ce contexte culturel et la relative inefficacité obtenue jusqu'à présent doivent inciter les autorités polynésiennes à adopter une démarche expérimentale et à renforcer le corpus de connaissances mobilisables pour agir de manière pertinente.

La mission recommande ainsi au Pays :

- de singulièrement renforcer son action dans la lutte contre le tabagisme, et la gouvernance de cette politique publique : agir sur le prix, l'encadrement des lieux de vente, et les normes de qualité ;
- de renforcer son action dans la lutte contre la consommation excessive d'alcool en encadrant les conditions de vente ;
- de démultiplier les messages de promotion d'une alimentation saine ;
- de renforcer la recherche mobilisant les sciences humaines et sociales et la recherche interventionnelle ;
- de systématiser l'approche expérimentale et l'évaluation avec le déploiement des interventions ;
- de déployer des actions contre le risque solaire ;
- de renforcer et diversifier son action auprès des jeunes ;
- d'organiser la vaccination HPV gratuite chez les filles et les garçons.

La mission recommande de développer des actions de recherche mobilisant les sciences humaines et sociales et la recherche interventionnelle pour construire des solutions de prévention adaptée au contexte culturel polynésien. Si elles en émettent le souhait, l'Institut national du cancer pourra organiser avec les autorités polynésiennes un appel à projets conjoint visant à faire naître des projets spécifiques sur le territoire polynésien portés par des équipes polynésiennes et métropolitaines.

La mission recommande de renforcer les actions en matière de lutte contre le tabac, en adoptant un programme de lutte contre le tabac rénové qui poserait l'objectif d'une Polynésie sans tabac, et pourrait :

- fixer un objectif de dénormalisation totale du tabac, en mettant aussi en avant l'effet polluant très fort du tabac, et la dimension éthique ;
- renforcer les actions de communication et leur impact ;
- encadrer les lieux de vente, en particulier la vente en supermarché ;
- tenir compte de normes sur la qualité des produits commercialisés ;

- étendre les espaces sans tabac, en particulier concernant les établissements publics ;
- rendre l'accompagnement au sevrage plus accessible en associant les médecins généralistes et le CHPF ;
- rembourser les substituts nicotiques, jusqu'ici pris en charge seulement dans le centre de santé financé par la direction de la santé ;
- évaluer la mise en œuvre du mois sans tabac ;
- expérimenter la transférabilité de l'opération Tabado déployée en métropole au profit des adolescents et jeunes adultes fumeurs ;
- mettre en place un fonds financé par les recettes fiscales liées à la consommation du tabac ;
- mettre en place un comité de pilotage opérationnel ad hoc au niveau interministériel, sous la présidence du ministère de la Santé ;
- établir un rapport annuel de mise en œuvre du plan.

En matière d'alimentation et de pratique d'activité physique, **la mission recommande** d'envisager la mise en place du dispositif Nutriscore et l'encadrement des publicités relatives à l'alimentation par des messages sanitaires. De tels messages pourraient aussi accompagner tous les contenus, télévisés, internet et réseaux sociaux, destinés aux jeunes.

Il est particulièrement nécessaire de concevoir et déployer des actions de lutte contre le risque solaire, jusqu'ici inexistant dans la politique de lutte contre les cancers de la Polynésie.

Ces actions devraient s'accompagner d'une mobilisation renforcée auprès des écoles grâce à des actions de sensibilisation, en s'appuyant sur le cadre existant. La mise en place d'un défi ou d'un concours scolaire en matière de santé, comme la mise en place dans le parcours pédagogique de séances particulières seraient utiles. En outre, l'approche ludo-pédagogique devrait être développée.

À cet effet, l'Institut national du cancer pourra mettre à disposition l'ensemble des dispositifs qu'il a mis en place (dossier développé à destination des enseignants et des élèves, outils pour la prévention du risque solaire, campagne ad hoc, jeu Cancer fighter).

Enfin, la lutte contre les cancers du col de l'utérus demande une impulsion forte et un renforcement des actions. **La mission recommande** la prise en charge de la vaccination des filles et des garçons avec le Gardasil 9, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Pour cela, **la mission recommande** le remboursement de ce vaccin qui est assez onéreux.

4. PRÉVENTION SECONDAIRE

4.1. SITUATION ACTUELLE

Les dépistages ont été mis en place en 2003 et sont limités aux cancers du col et du sein. Ils ne sont pas organisés comme en métropole. Il n'y a pas d'invitation par courrier des femmes, qui sont incitées à se présenter par des campagnes d'affichage et par les professionnels de santé. Il n'y a pas de deuxième lecture. L'âge des femmes invitées, qui a fluctué, est désormais calqué sur celui de la métropole.

Le dépistage des cancers à sur-risque paraît mal organisé, il reste affaire de bonne volonté.

Il existe une structure de gestion (NOM) dont le rôle est de faire la promotion, de s'assurer que les candidates sont bien éligibles et que les professionnels de santé sont rémunérés. Cette structure dont les effectifs et même l'existence ont été fluctuants (interruption du 31/12/2011 à juin 2012) dispose depuis 2019 d'un médecin, d'une infirmière, d'un chargé de communication et de 3 secrétaires. Les dépistages seront repris par l'ICPF avec une nouvelle équipe. Il faudra sûrement gérer la transition.

Mis en place en 2003, le programme de dépistage du cancer du sein concerne les femmes de 50 à 74 ans tous les deux ans, soit environ 30 000 femmes. La consultation de dépistage auprès d'un radiologue conventionné est gratuite et sans avance de frais. L'examen clinique des seins et la mammographie sont pris en charge à 100 %. Dix mammographes sont installés en Polynésie française, dont 4 dans les archipels (2 à Raiatea, 1 à Bora bora et 1 aux Marquises).

En 2020, un plan d'action a été adopté pour mieux organiser ce dépistage (création d'un système d'invitation des femmes, instauration de contrôle qualité du dépistage intensifié avec seconde lecture des mammographies, mise en place de contrôles qualité externes des mammographes). À ce jour, malheureusement le taux de participation reste faible, très en deçà des objectifs internationaux (70 %) et même du niveau métropolitain pourtant perfectible. Il augmente tout de même régulièrement, pour atteindre 38 % en 2021. Octobre rose est bien « porté » par les associations localement.

La formation médicale et continue des radiologues n'est pas organisée. En revanche, la prévention de la douleur liée à l'examen semble particulièrement soignée et efficace (enquête conduite en 2020).

Les mammographes en général n'ont pas été contrôlés depuis 2006. En dehors des îles de la Société, 2 mammographes sont installés dans les îles sous le vent, 1 aux Marquises (Nuku Hiva) depuis 2018.

La participation au dépistage du cancer du sein a dernièrement atteint 38 %, alors qu'elle était auparavant d'environ 32 %. Les femmes sont adressées par les gynécologues et les médecins généralistes.

Les campagnes semblent assez bien menées, et les femmes qui viennent sont motivées. Les examens sont réalisés par des femmes manipulatrices radio, qui sont très attentives à éviter la douleur notamment par le réglage de la presse (ce qui est toujours possible dans leur expérience). L'analyse de ces motivations serait très intéressante. C'est vrai dans toutes les îles.

Il n'y a pas de croisement de fichiers entre les femmes invitées par la CPS et par la santé publique : on ne peut donc pas véritablement évaluer les trous de couverture ni partager les images : ce point important mérite d'être corrigé.

Il y a eu mise en place en 2003, par la Direction de la santé d'un frottis cervico-utérin pour les femmes dès l'âge de 20 ans, sans avance de frais. Il est proposé tous les 3 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle (les deux premiers frottis sont également pris en charge à 100 % par la Direction de la santé). Ce dépistage concerne 70 000 femmes entre 25 et 64 ans. Il est remplacé par une détection d'HPV en phase liquide, complétée par la cytologie. Il n'y a pas de véritable contrôle de qualité, et les variations des taux de positivité interrogent certains.

Comme cela a déjà été souligné, la vaccination par Gardasil n'est pas mise en place (la CPS ne rembourse aucun vaccin, mais les autres vaccinations sont organisées à l'école par la Direction de la santé, obligatoires et bien suivies).

Enfin, malheureusement, il n'existe pas de dépistage organisé concernant les cancers colorectaux. Pourtant très efficace, ce dépistage pourrait concerner 55 000 hommes et femmes. Il conviendrait en parallèle de s'assurer de l'existence des ressources d'aval en situation de dépistage positif : personnel médical et non médical, endoscopes, plages avec anesthésie, etc.

4.2. RECOMMANDATIONS

La mission recommande au Pays :

- de mettre en place un dépistage des cancers du côlon-rectum ;
- de construire une stratégie globale d'accès géographique et sociale à la prévention secondaire, comme primaire ;
- d'envisager la création d'un statut d'infirmier de pratique avancée ;
- de développer une stratégie de dépistage et de suivi des risques élevés.

La mission recommande la mise en place d'un programme de dépistage organisé des cancers colorectaux. L'adossement au marché national paraît très difficile à réaliser, en raison des limites de l'organisation logistique et des délais d'acheminement avec un risque important de tests non analysables.

Une solution locale est par contre envisageable sur le modèle de ce qui a été fait pour les Antilles et la Réunion, avec un test OC-Sensor, mais qui se traduira inévitablement par une surcapacité importante.

La mise en place d'une cellule de coordination serait particulièrement utile pour les trois programmes. Cette mission, comme celle de conception des politiques en matière de dépistage, peut être confiée utilement à l'ICPF. Charge à cet institut de développer et maintenir un niveau d'expertise suffisant, en particulier par une veille scientifique et la mise en place de programmes partenariaux.

La mission aborde ici la problématique particulièrement aiguë d'accès aux actions de prévention secondaire et primaire de la population polynésienne. À ce stade, selon les interlocuteurs de la mission, plusieurs solutions sont envisagées pour déployer les actions de dépistage.

Le projet d'un bateau transportant un appareillage mobile, ou plus vraisemblablement d'un bus mobile, est ainsi évoqué. S'il répondait en partie aux contraintes géographiques d'éloignement, il serait aussi potentiellement très consommateur d'un temps médical déjà rare. Il faut noter que le « mammobile » qui n'a pas fait ses preuves en métropole est fragile et il n'existe pas forcément partout de courant triphasique. Son installation sur un bateau-hôpital semble néanmoins faisable. Le geste et son interprétation sont quasi immédiats, souvent la biopsie peut être faite dans la même journée. En revanche, le résultat de la biopsie, variable selon le laboratoire effecteur, peut prendre un délai important, voire stressant.

La mission considère qu'une seule solution ne permettra pas de répondre aux enjeux d'accès auxquels fait face la Polynésie et qu'elle pourrait se révéler inefficace et coûteuse.

La mission recommande que le Pays se dote d'une stratégie globale de contacts afin de déployer des actions de type « aller vers », mais aussi mettre à profit les déplacements inter-îles nombreux que font les Polynésiens. Il s'agirait de profiter de ces déplacements, à l'occasion de soins programmés, voire de tout contact avec les services publics, et de prévoir un parcours de prévention primaire et secondaire.

Concernant les dispositifs mobiles, et la télésanté, compte tenu de la rareté du temps médical, le recours à des infirmiers de pratiques avancées (IPA) spécifiquement formés doit être envisagé. Ce qui suppose de donner une existence juridique et un encadrement à cette profession.

La mise en place d'un dispositif mobile, par exemple un bus comme dans le projet porté par la Ligue, pourrait profiter éventuellement de la présence d'un dentiste (voire d'un nutritionniste), qui aurait un effet d'attractivité clair, en plus de son utilité directe.

Le développement de la téléradiologie pourrait permettre une lecture centralisée des mammographies et de compléter sans délai l'examen par une échographie mammaire

Enfin, il conviendra de développer une stratégie particulière pour le dépistage et le suivi des risques élevés.

L'État, par l'intermédiaire de l'Institut national du cancer, pourra partager son expertise avec l'ICPF, en l'associant à ses séminaires scientifiques, et en mettant à sa disposition l'ensemble des outils qu'il a développés en matière d'organisation, de communication et de référentiel qualité des programmes de dépistages, ou concernant le statut des IPA mis en œuvre en cancérologie.

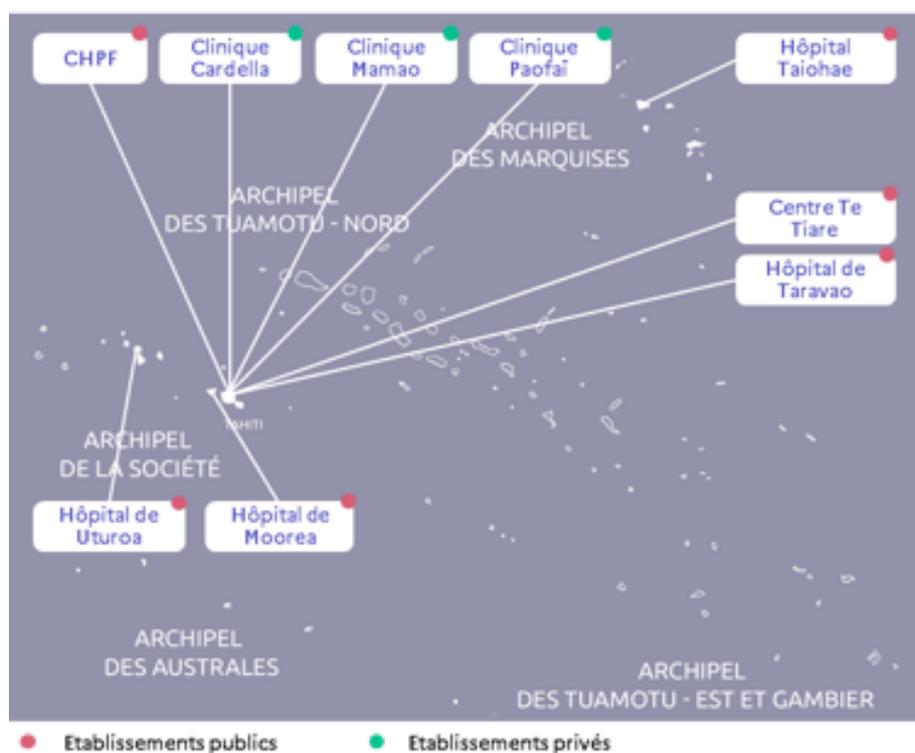
5. OFFRE DE SOINS

La densité médicale est très variable, mais en général faible. Il y a par exemple quatre ou cinq médecins pour l'ensemble des îles Tuamotu.

La situation des différentes îles de l'archipel est extrêmement variable. La couverture médicale est bonne sur les îles les plus importantes, mais limitée dans les régions plus lointaines et moins peuplées.

La Polynésie dispose de 9 établissements hospitaliers, 6 publics et 3 privés. Six sont situés à Tahiti, dont tous les privés, avec 2 acteurs majeurs (le Centre hospitalier de Polynésie française et le réseau de la Direction de la santé) et un niveau de proximité immédiate : centres médicaux, infirmeries, dispensaires publics pour les soins de santé primaires sur place. Dans certains dispensaires, il y a un médecin ; dans d'autres une infirmerie ; et parfois une simple antenne de santé. Il s'agit d'une déclinaison du système implanté par la marine, qui fonctionnait assez bien. L'organisation se fait par subdivisions, une pour chacun des archipels. Les évacuations sanitaires (EVA SAN) sont accessibles partout, mais le budget correspondant est très élevé.

Répartition géographique des établissements hospitaliers publics et privés en Polynésie française



Depuis environ deux ans, des chimiothérapies ont été délocalisées dans certains des hôpitaux plus petits. Le coût des médicaments est assumé par la CPS. Le prix d'achat de ces médicaments est celui que paye la France, mais il n'y a pas de système de clause de sauvegarde et la centrale d'achat est évidemment beaucoup moins puissante. La piste d'une association du CHPF avec un gros acheteur (hôpital ou centres de lutte contre le cancer) est intéressante et devrait être explorée.

Les compétences françaises en matière de santé (HAS notamment) ne sont pas applicables sauf pour l'ANSM. Le Centre de référence de pharmacovigilance de Polynésie dépend de celui de Bordeaux.

La CPS alloue des budgets annuels aux établissements (dotation globale). Il n'existe pas d'accompagnement à la performance.

Enfin, il existe une Agence de régulation de l'Action sanitaire et sociale (ARASS), créée en 2017, qui a des compétences plus larges que celles des ARS en France. Les missions de cette agence incluent une partie de celles habituellement confiées à des administrations centrales. Elle n'a pas de mission d'assurance maladie, mais dispose de compétences de police sanitaire, et doit appuyer les autorités polynésiennes dans l'analyse médico-économique des différents projets. Ses effectifs sont de 25 personnes dont quatre médecins et trois pharmaciens. Les moyens humains sont insuffisants pour un véritable travail de vérification in situ. Les compétences médico-économiques méritent d'être développées.

L'insuffisance de l'offre de soins dans les îles et à Tahiti engendre des évacuations sanitaires (Evasan) « inter-îles » (vers Tahiti et inter-archipels) et internationales. Le coût global supporté par la CPS s'élève à 48,8 M€, 15,3 M€ pour les Evasan inter-îles et 33,5 M€ pour les Evasan internationales (2017). Cela représente 11 % des dépenses maladie du pays. Il connaît une forte progression¹¹.

Les Evasan internationales sont essentiellement des dépenses de soins réalisées en métropole ou en Nouvelle-Zélande, avant la fermeture des frontières liée à la pandémie, les Evasan inter-îles comprennent essentiellement des dépenses de transport aérien.

Le nombre de patients évacués vers la métropole ou vers la Nouvelle-Zélande varie peu d'une année à l'autre (entre 600 et 700 par an dont les deux tiers vers la métropole et la moitié liée à une pathologie cancéreuse). Le nombre de patients évacués entre les îles (vers Papeete) s'accroît régulièrement (16 272 en 2017, +8 % par rapport à 2015).

Les évacuations impliquent des difficultés liées à la longueur du séjour et de ses conséquences en termes de déracinement, de coûts d'hébergement et d'interruption d'activité. La durée moyenne des séjours est de 1,5 mois. 2/3 des patients sont accompagnés de leurs proches lors de leurs déplacements. Pour des raisons principalement financières, l'adressage des différentes îles du Pacifique Sud avoisinantes, qui n'appartiennent pas à la Polynésie française, est très varié : Tuvalu adresse en Inde, apparemment Vanuatu n'adresse nulle part. Rapa (Australes) qui recense 120 habitants et n'est reliée que par un bateau par mois a complètement fermé l'accès à son territoire du fait du COVID.

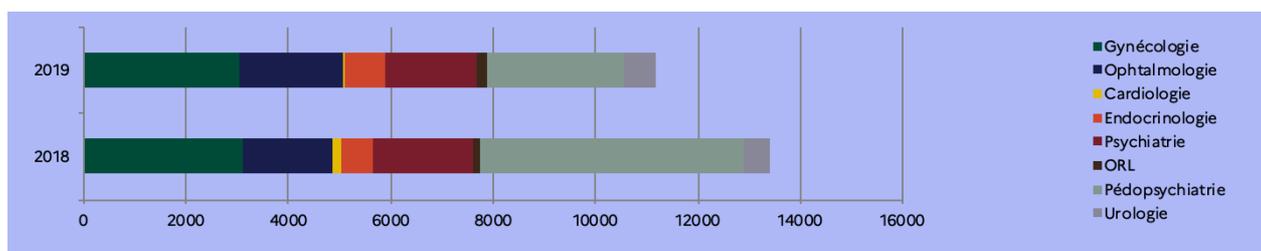
La Polynésie envisage à terme d'être offreur de soins pour ces îles. Ce point qui est d'intérêt mériterait d'être approfondi et documenté pour ne pas se révéler décevant. D'une manière plus générale, la politique d'adressage des patients (quelle destination pour quelle pathologie ou quel type de patient) mériterait d'être mieux structurée.

En ce qui concerne l'accès aux soins inter-îles, à l'initiative des médecins, des consultations spécialisées avancées ont été mises en place, par le biais de conventions-cadre entre le CHPF et la Caisse de prévoyance sociale. Elles jouent un rôle essentiel pour l'accès aux soins spécialisés dans les archipels.

¹¹ IGAS

La Caisse de prévoyance sociale prend en charge les frais de transport et le fonctionnement, la Direction de la santé les frais de missions, le CHPF met à disposition le personnel financé par sa dotation globale.

On a dénombré 11 169 consultations spécialisées en 2019 (13 446 en 2018 soit - 17 %). Ces consultations posent de réelles difficultés pour le CHPF pour concilier l'ensemble de ses missions, et ces consultations projetées, compte tenu d'un temps médical déjà sous forte contrainte.



Source : Rapport d'activité 2019 du CHPF

5.1. CHPF

Le Centre hospitalier de Polynésie française est l'établissement phare du territoire. Il relève d'un statut d'établissement public administratif, atypique par rapport à la métropole et aux autres outre-mer.

Il dispose de 459 lits et places en MCO, 83 lits et places en psychiatrie. Il emploie 275 praticiens hospitaliers, internes et sages-femmes.

Il réalise 85 % des soins du public, 50 % des hospitalisations, 100 % de l'offre pour des spécialités critiques.

Ses missions sont étendues :

- assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades et femmes enceintes ;
- participer à des actions de santé publique, notamment d'éducation pour la santé et de prévention ;
- dispenser des soins de courte durée, des soins de suite/réadaptation, des soins de longue durée ;
- concourir à l'enseignement et à la recherche et à la formation continue et initiale.

Le CHPF est majoritairement financé par dotation de la CPS. La dotation est déterminée par voie conventionnelle. Deux dotations sont mises en place :

- la dotation principale, sous forme de dotation globale de financement ;
- la dotation spécifique, destinée au financement de contrats d'objectifs (COM) visant notamment à réduire le nombre d'urgences et d'évacuations sanitaires, ainsi qu'aux « médicaments onéreux » et aux « dispositifs médicaux implantables ».

Des financements hors dotations sont prévus sur certains actes (IVG, IRM, par exemple).

Dans les faits, les dépenses augmentent beaucoup plus vite que la dotation. Le mode de financement actuel est peu adapté à l'accompagnement des besoins de santé publique : il ne tient pas compte de l'activité, ni de l'augmentation de certains postes de dépenses, au premier rang desquels concernant le cancer, les molécules onéreuses.

Les dispositifs de recueil d'activité (PMSI, SAE) ne sont pas, ou seulement partiellement, mis en place, empêchant ainsi à la fois l'utilisation d'éléments d'activité ou de besoin de santé pour allouer les ressources et la comparaison avec d'autres structures françaises.

La situation financière du CHPF est dégradée. En l'absence de parcours de santé coordonné et d'alternative en amont et en aval, le CHPF se retrouve de facto dans l'obligation de répondre à l'ensemble des besoins.

Avec un faible taux d'hospitalisations ambulatoires, les taux d'occupation détournent l'activité des traitements aigus, associés à un coûteux plateau technique. La durée moyenne de séjour est de 6,3 jours, le taux d'occupation de 84,3 %.

Le fort taux de remplissage de l'hôtel des familles doit inciter à développer le recours à des nuitées de pré et de post-admission permettant de fluidifier le parcours patient et de libérer des capacités d'accueil.

Le temps d'approvisionnement en médicaments est multiplié par deux par rapport à la métropole. Dans le champ du cancer, l'hôpital a un monopole sur le plan thérapeutique tandis que les cliniques ont une place dans le diagnostic et dans l'imagerie. Cette coopération sans être très développée semble fonctionner normalement.

Le CHPF dispose de professionnels de qualité, très engagés et bien au fait des spécificités polynésiennes, mais souffre de difficultés de recrutement (pas seulement médical) et d'un turn-over qui dans certains cas a pu pénaliser la structuration et le suivi des organisations de soins. Le service d'oncologie a ainsi été pénalisé ces dernières années par un turn-over important des professionnels médicaux.

5.2. MÉDECINE DE VILLE ET MÉDECINE PUBLIQUE

La Polynésie se différencie très nettement par le maintien d'une médecine publique. L'offre de soins de ville est ainsi double : une médecine libérale et une médecine publique, rattachée au ministère de la Santé. Le dispositif public soutient l'offre de soins dans les archipels éloignés où la présence d'une offre libérale n'est pas viable.

L'Institut Malardé était une émanation de l'Institut Pasteur, qui ne l'a cependant pas conservé dans son réseau. Il fait un peu de recherche, notamment en microbiologie et parasitologie.

Les professionnels libéraux sont pour la plupart conventionnés avec la CPS, mais à titre individuel ce qui ne facilite ni les échanges ni le développement de nouvelles actions, en matière de pertinence des soins par exemple.

Les négociations conventionnelles collectives sont bloquées depuis plusieurs années.

Toutefois, leur répartition géographique est ainsi relativement maîtrisée par les pouvoirs publics en fonction d'un classement en 5 zones. On en dénombre 655 en 2017¹².

La répartition territoriale des professionnels libéraux reste très hétérogène avec une préférence pour les zones de Tahiti-Nord, Moorea et des Îles-Sous-le-Vent. Seules les infirmières assurent un maillage homogène, mais les consultations médicales ou spécialisées nécessitent le plus souvent un déplacement sur Tahiti. On compte 1 médecin libéral pour 1 200 habitants contre 1 pour 553 habitants en métropole.

¹² IGAS

Un système de « délégation de tâche » s'est mis en place afin de permettre aux personnels non médicaux d'effectuer des soins ou de délivrer des actes et médicaments.

La télémédecine doit encore se développer. 7 000 conseils téléphoniques ont été donnés en 2016.

Concernant la médecine publique qui relève du ministère de la Santé, le réseau est important et dispersé. Il comprend en plus des services de soutien :

- 1 pharmacie d'approvisionnement ;
- 1 service biomédical ;
- 1 074 agents dont 135 médecins, praticiens et sages-femmes et 172 infirmiers ;
- 121 structures de santé, situées dans 58 îles des 118 îles et 45 des communes :
 - 20 centres dentaires
 - 13 centres médicaux
 - 7 centres spécialisés en santé publique
 - 17 dispensaires
 - 22 infirmeries
 - 43 postes de secours
 - 4 hôpitaux périphériques.

Globalement, sans que cela soit particulièrement évitable compte tenu des caractéristiques géographiques de la Polynésie, les capacités d'accueil des hôpitaux périphériques sont sous-utilisées.

L'hôpital de Nuku Hiva par exemple est très bien équipé et compte sur une direction et des médecins motivés. Il est efficace pour réduire les évacuations sanitaires. Il dispose d'un scanner 32 barrettes, d'un mammographe, d'une maternité et d'un bloc opératoire. Le plateau technique d'imagerie mammaire est de qualité et a été financé en partie par la Ligue contre le cancer.

Il lui manque un local de téléconsultation, pour lequel l'espace serait disponible. Ce serait particulièrement intéressant pour les cancers de la peau.

Plus généralement, pour faire en sorte que « chaque contact compte », dans cet hôpital comme d'une manière générale, il serait pertinent de mettre à profit le passage de la personne pour lui présenter d'autres offres, des outils de coordination seraient alors nécessaires.

Il n'y a pas de médecins en ville, mais un dentiste, un kinésithérapeute et quelques infirmières.

La liaison inter-îles est une revendication très forte des Marquisiens pour des raisons sanitaires, mais également familiales et commerciales. Les évacuations sanitaires vers Papeete se font à raison de trois ou quatre par jour, dont trois ou quatre indications urgentes par semaine. L'hélicoptère ne peut pas décoller après 18 heures.

Depuis le 1^{er} juillet, il n'y a plus de transport aérien inter-îles. La possibilité de réaliser l'aller-retour vers Papeete dans la journée serait idéale.

Deux hélicoptères dédiés aux évacuations sanitaires ont été attribués il y a deux ans. Ceci sous l'effet d'une action commune d'Édouard Fritsch et du Haut-Commissariat de la République.

Cette facilité avait disparu il y a 10 ans, remplacée par une compagnie recourant à des avions qui a depuis périclité.

À l'heure actuelle, en attendant l'agrément de l'organisation proposé par une compagnie exploitant un avion, dont la demande est cours d'instruction à la DGAC, les hélicoptères n'étant pas labélisés par la CPS, ils ne peuvent être utilisés pour procéder à des évacuations sanitaires.

Enfin, le centre hospitalier de Taoihae porte également un projet d'administration sur place de certaines chimiothérapies, sous une forme comparable à celle des établissements associés en métropole. Les médicaments, arrivés par avion, pourraient être administrés dans les 24 heures qui suivent leur préparation. Le financement serait assuré par la Direction de la santé et n'émergerait donc pas au budget de l'hôpital.

6. ONCOLOGIE

6.1. SITUATION GÉNÉRALE

Le pays s'est impliqué dans la cancérologie dès l'annonce par Jacques Chirac, en métropole, du 1^{er} Plan cancer, en 2005.

Le service d'oncologie a été créé en 2015. Les traitements disponibles incluent la chimiothérapie (depuis 2010), la radiothérapie (depuis 2011), la médecine isotopique (2016). La mise en place de la curiethérapie est en projet.

Les particularités géographiques du territoire rendent complexe la prise en charge, et on peut poser les constats suivants :

- comme en métropole, le nombre de patients est en constante augmentation ;
- la Polynésie française est fortement dépendante de la métropole et de la Nouvelle-Zélande pour des examens ou thérapies spécialisées ;
- les spécialités médicales rares souffrent d'un manque d'attractivité en raison d'absence de participation active à des réseaux ;
- l'absence de recherche clinique limite l'accès à l'innovation thérapeutique et diagnostique.

Le Pôle de cancérologie du CHPF a un rôle de référent en Polynésie française. Le CHPF dispose d'une filière complète de prise en charge des cancers : un service d'oncologie, d'hématologie, de radiothérapie et de chimiothérapie, de radiologie, d'anatomie pathologique et de chirurgie. L'activité de chirurgie des cancers est partagée avec deux cliniques privées.

Il n'existe pas de Centre de coordination en cancérologie (3C), cellule transversale qui définit et met en œuvre la stratégie en cancérologie au sein de l'établissement.

Certaines thérapeutiques ou équipements relevant de l'hyperspécialisation ne sont pas accessibles sur le territoire (protonthérapie, greffe de moelle osseuse, par exemple), mais restent accessibles via les Evasan.

Un lien étroit a été mis en place avec la métropole (IGR) pour les cas rares et complexes.

En termes d'activité, les chiffres annoncés pour 2019 sont de 700 patients traités par radiothérapie, 500 par chimiothérapie (5 692 séances de chimiothérapie pour tumeur, 13 % du total des séances) au pôle d'oncologie du CHPF. L'activité quotidienne du service d'oncologie est de 25 à 30 patients/jour.

Du fait des capacités autorisées, il faut noter la saturation de l'unité d'oncologie (HDJ ou complète) qui se traduit par un débordement de l'activité d'oncologie vers les autres services du CHPF (hébergement, délégation de soins).

Activité d'oncologie au CHPF

Oncologie au CHPF	2018	2019	2019/2018
Journées d'hospitalisation complète	5 299	4 919	-7,17%
Entrées totales	737	665	-9,77%
Durée moyenne de séjour	7,19	7,42	2,92%
Taux d'occupation moyenne	161,6%	150,3%	-6,99%
Taux d'occupation réel (avec hébergés)	88,5%	91,1%	2,94%
Consultations	2 169	2 619	20,75%
Hospitalisation de jour	5 446	6 220	14,21%
Consultations radiothérapie	1 788	1 921	7,44%
Séance radiothérapie	10 666	11 779	10,44%

Rapport d'activité du CHPF (2019)

Un appareil d'IRM est installé au CHPF (1.5 Tesla) depuis 2014 avec de 1 à 5 mois de délai d'attente pour les examens IRM. Ce qui est peu acceptable considérant que l'appareil n'est plus utilisé après 15h30. Un second appareil d'IRM est installé dans le service Polyscan, en lien avec la clinique privée Cardella.

Des centres de chimiothérapie décentralisés permettent un accès à des soins oncologiques de proximité au sein des hôpitaux périphériques de Taravao et Uturoa (partenariat entre le Pays, le CHPF et la CPS en 2019).

6.2. PARCOURS DE SOINS

6.2.1. Situation générale

Le dispositif d'annonce est en place, ce qui est essentiel, car l'annonce initiale est fondamentale en Polynésie du fait d'un fatalisme spécifique. Il existe également un plan personnalisé de soins, en place et dont les acteurs semblent contents.

Même s'il n'y a pas d'obligation de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), pratiquement tous les malades en bénéficient. Il existe cinq RCP d'organes, une RCP de recours locale, une RCP dédié aux cancers thyroïdiens tous les 15 jours réalisée par les ORL et les endocrinologues, une de neuro-oncologie et une en dermatologie.

Les cancers pédiatriques sont transférés en métropole. Une RCP Pacifique tous les 15 jours est organisée par l'IGR pour les dossiers compliqués (sarcomes et tumeurs germinales). Pour les tumeurs cérébrales, comme pour les enfants, il existe un adressage en métropole dès le diagnostic suspecté.

Sur le plan chirurgical, tout peut être fait sur place (entre CHPF et cliniques privées) sauf la chirurgie de l'ostéosarcome, du fait de la rareté des cas, de la complexité de certains gestes, et surtout de difficultés majeures pour la reconstruction, qui nécessite des prothèses complètes qui ne sont pas disponibles.

Néanmoins, les parcours sont marqués par la faiblesse des coopérations public-privé qui sans être inexistantes ne sont pas suffisamment développées ni organisées, par un manque de coordination qui peut se traduire par des allongements de délais, et par une orientation vers l'ambulatoire qui ne s'est pas encore suffisamment concrétisée. Les oncologues insistent sur l'amont du diagnostic qui est très variable, même pour les filières les mieux organisées, sur « les malades qui se perdent », l'implication variable

des médecins généralistes, les patients parfois peu attentifs, ce qui conduit souvent à des diagnostics portés à des stades très évolués de la maladie. Par exemple, neuf cancers du poumon sur 10 seraient diagnostiqués au stade III ou IV, ce qui constitue une véritable perte de chance.

Le privé lorsqu'il n'est pas directement thérapeute du cancer n'est de fait pas inclus dans les réunions de concertation pluridisciplinaire même s'il est invité. Mais c'est un sujet qui dépasse celui de la Polynésie et pour lequel les pistes manquent.

Le parcours de soins est difficile. Hors parcours, le reste à charge serait majoré d'environ 20%. Néanmoins, la liberté de prescription est théoriquement complète. Avec une particularité : la demande de deuxième avis doit repasser par le médecin généraliste, ce qui est un peu absurde.

Un certain nombre de questions se posent en pratique au quotidien pour les acteurs du soin : le malade est-il vraiment allé voir le médecin ? Quel a été le message du praticien ? Une particularité en médecine polynésienne est en effet la coexistence d'une médecine dite « intégrative », traditionnelle, avec laquelle il faut travailler, car elle est très implantée, d'autant qu'elle n'est pas forcément en opposition avec la médecine classique. De plus, en Polynésie la perception par les malades du secret médical est assez modérée. La présence d'un hébergeur de données de santé interoperable sur le territoire, outil de partage, ou au minimum d'un circuit de courriers sécurisés paraît donc vraiment nécessaire. En fait, aujourd'hui, la circulation de l'information semble se résumer à un carnet longue maladie, papier, qui est rempli ou non, et rarement en temps réel...

D'une manière générale, les dispositifs de système d'information sont à améliorer. Avant d'envisager, à moyen terme, un dossier partagé sur le territoire, il est nécessaire de traiter les questions de la messagerie sécurisée entre professionnels de santé sur l'ensemble du territoire, et du partage d'images entre les professionnels de santé et notamment entre le CHPF et les médecins libéraux.

Du point de vue des associations, il existe de surcroît une réelle difficulté à repérer ou atteindre les patients, dont les femmes qui sont « hors système ». Il leur faut également travailler à renouer le contact entre le médecin et le malade, qui a tendance à s'en écarter. L'attrait pour les médecines « traditionnelles » est fort, souvent non avoué. Souvent aussi les femmes ne recourent aux médecines classiques qu'après échec patent de ces médecines traditionnelles, au prix d'un temps perdu conséquent, ce qui constitue une perte de chances significative. Parfois même, elles renoncent aux traitements.

De l'avis de tous les interlocuteurs, la place des religions, également très forte, peut rendre compte de comportements différents dans les différentes îles en fonction de leur obédience. L'Association « Les Amazones » (qui intervient « après et pendant le traitement, mais hors hôpital ») collabore avec la Ligue (« prévention »), l'APAC (aide pendant les hospitalisations) et les associations de malades extérieurs. Elles organiseront ensemble une journée d'échange avec les médecins en mai 2022.

On retrouve ici la prégnance du facteur culturel. Pour faciliter l'implication des patients, le service de pneumologie a par exemple conçu un plan personnalisé de soins intégratif, rempli par et avec le patient. Un travail en sciences humaines et sociales sur les évacuations sanitaires est en cours avec les universités de Strasbourg et de Lyon.

Aussi la mission recommande au Pays :

- d'élaborer un partenariat public-privé autour des parcours en cancérologie, dressant les filières, l'ensemble des étapes, l'orientation et les délais, ainsi que les échanges d'information en utilisant un outil informatique de partage de données entre professionnels ;
- de formaliser les parcours en cancérologie en s'appuyant sur les outils tels que le dispositif d'annonce, le programme personnalisé de soins, puis le programme personnalisé d'après-cancer ;
- de rendre obligatoires et systématiques les RCP, y compris en téléexpertise ;
- de mettre en place des postes d'infirmière de coordination ;
- de mettre en place un programme d'accompagnement financier et organisationnel du CHPF pour développer l'ambulatoire ;
- de se doter d'un programme d'accompagnement pour structurer et développer la télémedecine ;
- de mettre en place une messagerie sécurisée entre professionnels de santé sur l'ensemble du territoire ;
- de mettre en place un partage d'images entre les professionnels de santé et notamment entre le CHPF et les médecins libéraux.

L'État pourra apporter une aide méthodologique en mettant à disposition le statut d'IDEC mis en œuvre en métropole et dans les autres outre-mer, et le cahier des charges mis en place en métropole pour accompagner le passage à l'ambulatoire. Dans le cadre de sa convention avec les autorités polynésiennes, il apportera aussi son expertise générale en matière de parcours.

6.2.2. Télésanté

La télésanté paraît particulièrement adaptée pour répondre aux besoins de santé des populations polynésiennes en raison de l'éloignement géographique, de la dispersion démographique et d'une médicalisation insuffisante dans de nombreuses îles. La télésanté recouvre un champ d'activités réalisées à distance plus large que la télémedecine et elle peut associer des professionnels non médecins (pharmaciens, dentistes, infirmiers, auxiliaires de santé, orthophonistes, par exemple).

Parmi les activités de télésanté, on distingue :

- la téléconsultation qui permet à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. L'acte est réalisé en présence du patient ;
- la téléexpertise qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;
- la télésurveillance qui permet à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient ;
- la téléassistance qui permet à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte de soin ;
- le télésoin qui consiste à pratiquer des soins à distance en utilisant les technologies de l'information et de la communication. Le télésoin peut mettre en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux ;
- la régulation médicale est la réponse médicale apportée dans le cadre de l'activité des centres 15 ;
- la téléexpertise, enfin, peut et doit devenir un outil décisif pour garantir la tenue des réunions de concertation pluridisciplinaires.

Fin 2020, la Direction de la santé a déployé une dizaine de valises de télémédecine de la société Parsys dans les îles dépourvues de médecin. L'installation de ces outils est prévue ou réalisée aux Tuamotu (Amanu, Katiu, Makatea, Kauehi), dans les Australes (Rimatara, Raivavae, Rapa), aux Marquises (Fatu Hiva, Ua Huka), Moorea (Maiao). Un chariot de télémédecine serait prévu au centre médical de RANGIROA quand l'accès à la fibre optique sera opérationnel.

Les objectifs de la Direction de la santé sont d'améliorer et de sécuriser la prise en charge des patients et leur parcours de soins, de renforcer l'accessibilité aux soins dans les archipels éloignés, de limiter les hospitalisations et les Evasans et enfin, d'apporter un appui technique aux agents en poste isolé et de les assister dans leurs prises de décisions.

Les valises de télémédecine comprennent un stéthoscope électronique, un ECG compact, un tensiomètre, un oxymètre de pouls, un appareil à glycémie capillaire, un échographe portatif et un dispositif de visioconférence cryptée et sécurisée. Ces valises sont utilisées par des infirmiers ou des auxiliaires médicaux. La formation des auxiliaires médicaux est courte, elle ne dure qu'un mois. Par l'intermédiaire de ces valises, le professionnel de santé peut se mettre en contact avec un médecin d'une île voisine ou avec la régulation médicale du centre 15.

Ces valises permettent donc de réaliser une téléconsultation entre le médecin distant et le patient et une téléassistance lorsque le médecin assiste à distance le personnel non médical pour la réalisation des gestes nécessaires (administration d'un médicament, pansement, ECG...). Ces valises permettent aussi de réaliser à distance des échographies simples. Le radiologue guide à distance le professionnel de santé et reçoit en direct les images de l'échographie. Cette méthode a déjà été utilisée à Makatea pour la détection des valvulopathies du rhumatisme articulaire aigu. Elle pourrait l'être pour le suivi des grossesses ou en complément d'une mammographie dans le cadre du dépistage du cancer du sein.

Néanmoins, le projet actuel se heurte à quelques limites.

Il semblerait que la qualité du réseau de transmission des données avec un débit insuffisant soit parfois un frein à l'usage de ces outils ou même à leur déploiement. La formation des utilisateurs pourrait être renouvelée.

Ce réseau de télémédecine a été mis en place par la Direction de la santé sans véritable projet médical partagé avec les équipes du CHPF, ce qui limite largement son utilisation et le recours à l'expertise des médecins spécialistes du CHPF.

En outre, la direction du CHPF est demandeuse d'un accompagnement pour structurer la politique de télémédecine en son sein, partir d'un projet médical et pouvoir déployer les infrastructures nécessaires.

Aussi la mission recommande au Pays :

- de concevoir un plan de déploiement de la télésanté associant tous les acteurs concernés, dont le CHPF, et autour d'un projet médical partagé ;
- de renforcer l'effort de formation des utilisateurs ;
- de continuer à travailler à l'amélioration du débit, condition nécessaire au succès de la télésanté ;
- d'aborder dans ce plan le suivi clinique des patients touchés par un cancer et lors des chimiothérapies si elles sont délocalisées ;
- pour le dépistage, de développer la téléradiologie pour permettre une lecture centralisée des mammographies et de compléter sans délai l'examen par une échographie mammaire.

6.3. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique n'existe plus qu'au centre hospitalier, celle qui existait dans les cabinets de ville ou au sein de l'Institut Louis Malardé a disparu.

L'unité fonctionnelle d'anatomie pathologique appartient au service de Biologie médicale et il existe une mutualisation partielle de moyens – notamment la participation des techniciens aux gardes du service de biologie (hors biochimie qui fait l'objet d'un service indépendant – héritage de l'organisation sanitaire militaire). L'unité de pathologie dispose de 70 m² de surface technique.

Les locaux dédiés à l'anatomie pathologique sont trop exigus pour l'activité de routine, entraînant des difficultés de stockage des pièces opératoires en cours d'analyse. L'équipement est classique, mais la surface est insuffisante pour une duplication des équipements critiques, si bien qu'une panne entraîne l'arrêt complet de la chaîne.

Du fait des vacances et des temps de formation, il manque un des trois pathologistes six mois par an. Le service a reçu quatre internes depuis deux ans.

L'équipe réalise environ 5 000 examens et environ 25 % des frottis cervico-vaginaux du pays (seuls ceux prélevés au CHPF). L'activité est à la fois une activité généraliste et une activité de recours avec les contraintes d'activités très diversifiées en petit volume et d'une très haute spécialisation – ce qui pénalise l'attractivité médicale (isolement, polyvalence versus sur-spécialisation des jeunes pathologistes).

Il convient de rappeler que si la partie non cancérologique de l'activité d'anatomie pathologique est quantitativement moins importante, elle est loin d'être négligeable puisqu'elle représente un gros quart des prélèvements où elle est volontiers décisionnelle (néphropathies, maladies infectieuses, inflammatoires et auto-immunes notamment) et régulièrement urgente.

Il existait jusqu'à fin 2015 trois structures d'anatomie pathologique distinctes en Polynésie française. En 2016, la structure privée a fermé, et en 2020, il en a été de même pour la deuxième structure publique, l'Institut Louis Malardé. Leur activité s'est reportée vers le laboratoire du CHPF, mais les locaux, équipements et l'équipe technique n'ont pas évolué en conséquence.

Parmi les prélèvements redirigés vers le CHPF, on retrouve les demandes d'extemporanés du secteur privé, qui peuvent être nécessaires plusieurs fois par jour – un coursier de la clinique les apporte. Les gynécologues du centre hospitalier ne demandent plus d'extemporanés que dans de rares indications. La charge totale en examen extemporané est estimée entre 0 et 9 actes par jour ouvrable. Parviennent également au CHPF les grosses pièces (seuls des flacons d'un maximum de 250 ml peuvent transiter via les États-Unis vers la métropole) et toutes suspicions de cancer, pour ne pas allonger le délai de diagnostic.

6.3.1. Flux des échantillons prélevés en Polynésie française

Actuellement, la totalité des frottis cervico vaginaux prélevés par les services de la Direction de la santé et le secteur libéral sont exportés en métropole pour analyse - collecte par le groupe CERBA - (environ 75 % du flux total). Les pièces opératoires de petits volumes et biopsies suivent le même circuit (groupes CERBA ou BIOMNIS), sauf s'il existe une suspicion de cancer – le volume total d'examen annuel de pathologie est estimé à 12 000 histologies et 17 000 frottis cervico-vaginaux.

6.3.2. Circuit des prélèvements

Le préanalytique des prélèvements externes n'est pas maîtrisé (dépôt par le patient lui-même). Il n'existe pas de procédure de cryopréservation, ni de congélateur dédié à une tumorothèque sanitaire. La prise en charge de certaines pathologies (sarcomes, tumeurs de l'enfant, suspicion de lymphomes, myéloproliférations et myélodysplasies) ne correspond pas ainsi aux règles de bonnes pratiques de l'Institut national du cancer.

La présence des pathologistes aux réunions de concertation pluridisciplinaire est surtout assurée pour les cancers gynécologiques et digestifs. Elle est réellement exceptionnelle, faute de moyens, dans les autres cas.

Les délais de réponse sont raisonnables, mais il existe des adressages pour des avis spécialisés à de multiples centres experts (CHU ou CLCC): IGR (tissus mous et gynécologie), Necker (lymphomes), Institut Léon Bérard (mélanomes), CHU Toulouse (ORL), Pitié-Salpêtrière (SNC), Nantes (pneumologie), APHP (foie et urologie).

Cet adressage se fait via la logistique CERBA (une enveloppe « gratuite » par semaine). Les centres référents effectuent en cas de besoin les analyses spécialisées sur prescription du CHPF (IHC, FISH et biologie moléculaire). Le délai de rendu des résultats semble satisfaire les cliniciens, mais les RIHN sont facturés au CHPF qui ne dispose pas de circuit de remboursement partiel (à l'opposé des hôpitaux et cliniques métropolitains). Il est important de noter que lorsqu'un prélèvement pour cancer est adressé à Paris ou ailleurs par le CHPF, c'est le centre hospitalier qui paye, même si c'est une pratique libérale ou la clinique qui a prélevé et qui va suivre le patient.

Il n'y a pas de microscopie électronique, les biopsies ostéo médullaires ne sont pas lues sur place.

Dans le cadre de la mise en place de l'ICPF, la partie pathologie devrait migrer du CHPF vers de nouveaux locaux situés à proximité. Une réflexion a été engagée dans le cadre de la collaboration avec le GCS Unicancer avec les concours de Frédérique Penault Llorca, directrice générale du CLCC Jean Perrin et spécialiste de l'anatomopathologie. Elle doit se poursuivre et associer l'ensemble des acteurs concernés afin d'aboutir à un modèle économique abouti et à une définition fine des besoins.

Cette évolution pose des questions.

En matière de conduite du projet, la direction du centre hospitalier n'est ni conviée ni informée, ce qui n'est pas souhaitable, et place les pathologistes dans une situation de porte à faux très inconfortable entre l'ICPF et leurs collègues du CHPF.

Le laboratoire actuel combine l'anatomie pathologique et la biologie. De fait, il existe une mutualisation de la partie technique, du préanalytique et des fonctions supports (secrétariat cadre, commandes, biomédical, informatique). Le déplacement de l'anatomie pathologique ne peut être envisagé sans régler cette partie logistique. La séparation des deux structures entraînerait une nécessaire duplication des postes dédiés.

L'éloignement physique avec les cliniciens apparaît également comme un facteur limitant même s'il est n'est pas rédhibitoire. L'inquiétude des professionnels porte surtout sur les statuts différents et sur l'attractivité pour les médecins et techniciens.

L'éloignement physique imposerait une réorganisation du préanalytique et notamment le transport des échantillons du CHPF et des autres établissements vers la structure.

De même, en cas de structure externalisée, le modèle financier vis-à-vis du CHPF et les autres établissements partenaires n'est pas connu. L'anatomie pathologie n'est pas une activité financièrement rentable sauf à faire évoluer les cotations dans le Pays.

La lecture des dépistages cytologiques qui n'offre pas d'intérêt intellectuel n'est pas attractive pour les pathologistes, même si dans un système libéral, le retour financier compense le caractère routinier de l'activité. Il n'est pas certain qu'après réalisation des tests HPV par PCR, le nombre de frottis à classer sur un examen cytologique (1 700 sur la base élevée de 10 % de tests positifs) soit suffisant pour générer des revenus attractifs (ni d'ailleurs pour financer la structure). Le gros des bénéfices allant alors à la structure réalisant les PCR, se poserait la question d'une co-localisation ou celle du transport des cytologies.

Aussi la mission recommande au Pays de :

- maintenir l'activité d'ACP au sein du CHPF en adaptant les surfaces dédiées à l'activité, en s'appuyant sur l'expertise d'Unicancer et du CHU de Bordeaux ;
- avoir une attention toute particulière à l'augmentation ou au minimum au maintien sur la durée du nombre de praticiens ;
- mettre en place une organisation de téléexpertise via un système de lames numérisées ;
- assurer des liens réguliers des équipes spécialisées pour les cas complexes ;
- accompagner financièrement la numérisation de l'activité ;
- mettre en place une politique qualité sur la partie préanalytique ;
- dupliquer certains appareils pour assurer la continuité de service ;
- mettre en place une tumorothèque sanitaire ;
- implémenter quelques tests moléculaires, en partenariat avec des centres métropolitains.

Dans l'absolu, il serait indispensable de conforter un noyau de pathologistes (au moins 5) sur le territoire compte tenu de l'éloignement géographique, de la population ainsi que de l'activité spécialisée du CHPF et de la nécessité de participer aux différentes RCP.

Comme il semble illusoire, dans un contexte de pénurie nationale en anatomie pathologique et de sur-spécialisation, d'arriver à recruter des pathologistes compétents dans tous les grands domaines (cancers et hors cancers), le développement de la téléexpertise via un système de lames numérisées et le rattachement à un ou plusieurs centres de référence métropolitains semblent incontournables.

Cette organisation permettrait de renforcer la sécurité pour des pathologistes d'exercice « polyvalents » avec un accès facilité à un second avis et à une double lecture – indispensable pour une prise en charge cancérologique sécurisée. Cette organisation devrait être couplée à des postes juniors d'assistants-spécialistes et d'interne apportant une certaine dynamique et attractivité aux équipes.

L'organisation régulière de missions longues sur site de pathologistes seniors référents permettrait en supplément de dispenser une formation continue de qualité.

Enfin, la proximité et les échanges des pathologistes avec leurs collègues locaux des autres spécialités doivent être favorisés.

Une attention particulière doit être portée à la partie préanalytique qui doit être mieux maîtrisée, notamment par la mise en place d'une politique qualité et de contrats avec les cliniques/établissements partenaires précisant les modalités de fixation et de collecte. Les surfaces techniques doivent être revues à la hausse, ainsi que le personnel qualifié. Certains appareils doivent être dupliqués pour une continuité du service rendu en cas de panne. Une tumorothèque sanitaire devrait être

mise en place pour limiter aux patients le recours à des prélèvements supplémentaires. Le recours aux techniques d'immunohistochimie doit être facilité et l'utilisation de certains anticorps de théranostique implantée localement.

L'implémentation de quelques tests moléculaires simples comme la détection des séquences HPV par PCR ou la recherche de phénotype RER par analyse des microsatellites peuvent être envisagées avec des laboratoires de biologie partenaires (pour éviter le dédoublement de matériel onéreux et de compétences rares). Les tests moléculaires relevant de séquençages extensifs et d'analyses bio-informatiques devraient être sous-traités dans des centres ou plateformes métropolitains agréés. Le coût des RIHN associés devrait être spécifiquement pris en charge (par une enveloppe dédiée de la CPS ?).

Il semble également souhaitable de maintenir la participation du secteur privé métropolitain à la prise en charge des prélèvements cytologiques et tissulaires du secteur privé, puisque ce système existe actuellement et donne satisfaction.

L'appui au Pays pourra être apporté par le CHU de Bordeaux et Unicancer.

6.4. IMAGERIE

L'attractivité de l'hôpital est d'autant plus importante que les soins y sont gratuits. L'accès à l'imagerie est problématique, même si la situation s'améliore avec l'apparition d'un deuxième appareil d'IRM en ville. Néanmoins, le fait que l'IRM de l'hôpital ne soit pas utilisable après 15h30 pose de sérieuses difficultés et engendre des délais de rendez-vous allant jusqu'à 5 mois qui ne sont pas acceptables.

Il faut souligner un problème de ressources humaines en radiologie publique (7 postes avec 2 PH titulaires), et des départs de médecins sont prévus en avril. Deux internes d'origine polynésienne sont en formation de radiologie à Strasbourg.

Dans le secteur privé, 9 radiologues privés sont associés pour 1 TDM (64 barrettes) et 1 IRM 1,5 Tesla, en deux secteurs (1=Papeete, 1=Morea, Taraval, Bora Bora).

Il faut noter que pour le secteur privé, l'autorisation à s'installer est soumise à l'autorisation du ministre de la protection sociale.

L'offre privée est assez large et rapidement accessible (TDM en 3 jours, IRM en 7-10 jours), afin de s'adapter à une patientèle qui ne peut séjourner longtemps : les plages horaires vont de 7 heures à 19 heures et toutes les urgences sont traitées dans la journée. Les biopsies sont faites sur place, sauf le vasculaire et les tumeurs osseuses (manque de matériel spécifique). 35 malades par jour en moyenne consultent en IRM. Les délais indiqués sont à prendre avec précaution en raison de l'installation récente de la machine.

Le recrutement vient des médecins généralistes, des collègues du privé (une centaine), parfois du public lorsque les délais le rendent nécessaire.

La circulation de l'information semble perfectible, d'autant que les systèmes d'information ne sont pas compatibles. Les réunions de concertation pluridisciplinaire sont ouvertes, mais les horaires ne permettent pas aux radiologues privés d'y participer.

Il semble y avoir des difficultés de coordination : un malade passé dans le secteur public ne reviendrait pas dans le secteur privé. Ce qui serait regrettable si l'on pense aux délais d'accès, d'autant qu'il n'y a pas de dépassements d'honoraires des radiologues conventionnés (tous les praticiens sont conventionnés en Polynésie française, sauf un rhumatologue, dermatologue et un radiologue).

L'hôpital et désormais le Pays via le ministère de la Santé dans le cadre de son réseau de médecine publique portent un projet de TEP-Scan.

Ce dernier examen, aujourd'hui devenu indispensable dans certaines indications pour vérifier le caractère évolutif d'une image (est-elle simplement cicatricielle ou encore cancéreuse ?), était réalisé à Auckland avec des délais raisonnables de l'ordre d'une semaine. Ceci n'est plus possible tant que les frontières restent fermées du fait de la pandémie.

Une imagerie par PET-Scan suppose l'implantation d'un cyclotron qui produira le traceur nécessaire. La démographie médicale est évidemment un sujet majeur, et en médecine nucléaire, la question de la succession du médecin en place et du recrutement de radio pharmaciens nécessite une réflexion approfondie. Elle conditionne en fait la faisabilité de cette démarche.

En outre, si d'un point de vue médical, il est indispensable d'offrir aux malades une oncologie moderne pour ne pas les exposer par exemple à la poursuite inutile du traitement d'une tumeur déjà guérie, il est également indispensable de réaliser une analyse médico-économique, qui aujourd'hui n'a pas été faite, de l'implantation d'un couple TEP-Scan et cyclotron en Polynésie. Le GCS Unicancer peut y contribuer.

Ni la réalité des Evasan évitées, ni une appréciation sur le volume réel attendu des examens -qui ne sera pas cantonné à un effet de substitution- n'ont été analysées ni objectivées. Il est à noter que pour 2 000 examens par an, très au-dessus de qui est fait aujourd'hui, la machine ne serait pas utilisée à plus de 50 %. Ce n'est pas rédhibitoire pour un examen indispensable dans ce contexte d'éloignement, mais mérite d'être décidé en parfaite connaissance de cause, et piloté étroitement pour éviter toute dérive.

Le risque inflationniste du nombre d'examens prescrits, par facilité, au-delà de ce qui a été jusqu'ici le cas, et en dehors des indications, est donc à étudier pour éviter que cet investissement ne vienne grever la situation financière déjà très difficile du CHPF.

Si sur le fond **la mission** est favorable à une telle implantation, elle **ne peut que recommander** de la décider sur une base médico-économique solide aujourd'hui absente.

Par ailleurs, le projet tel qu'il est présenté actuellement prévoit une implantation dans les futurs locaux de l'ICPF. Cette perspective est envisagée en raison d'un manque de place au sein du CHPF.

Une telle implantation, outre la distance physique, introduirait un autre acteur du réseau de la médecine publique dans le parcours diagnostique comme dans le suivi. Ceci aurait plus d'inconvénients que d'avantages pour un pilotage déjà perfectible, conduirait inévitablement à doubler des postes voire une partie de l'organisation, et ne manquerait pas de poser des problèmes de coordination. La confrontation des images entre le médecin nucléaire, le radiologue et le clinicien est à chaque fois indispensable. À tout le moins, si l'analyse architecturale conclut à la nécessité d'un nouveau lieu, **la mission recommande** que ce bâtiment relève du CHPF.

Aussi la mission recommande :

- d'accompagner l'hôpital dans la réorganisation de l'accès à l'IRM pour disposer de plages d'ouverture normales comme dans le secteur privé (7 heures-19 heures) ;
- de formaliser la coopération ville-hôpital permettant de coordonner le recours aux IRM, d'organiser les échanges, et de rendre possible la participation aux RCP ;
- de réaliser une analyse médico-économique et en termes de pérennité préalablement à la confirmation de l'investissement dans TP Scan et un cyclotron ;

- si cette décision est confirmée, de réaliser une analyse architecturale sur les possibilités d'implantation au sein du CHPF ; si ce n'est pas possible, de placer le futur site sous l'autorité du CHPF.

L'État, par l'intermédiaire de l'INCa ou Unicancer, pourra accompagner le Pays dans la réalisation d'analyses médico-économiques d'une manière générale et dans ce cas précis, en lui donnant accès à ses marchés publics.

6.5. RADIOTHÉRAPIE

Le service dispose d'un matériel de radiothérapie moderne, avec une installation en miroir permettant une intervention en cas de panne. Les deux appareils « Linac » actuels datent de 2019 et permettent notamment de faire de la radiothérapie avec modulation d'intensité et adaptation des volumes. La radiothérapie avec modulation d'intensité est apparue en 2015, la curiethérapie sera disponible en 2022.

Il n'y a pas d'EVASAN en radiothérapie, sauf lorsque l'ensemble du traitement doit être délégué notamment à l'Institut Gustave Roussy.

6.6. CHIMIOTHÉRAPIE

La centralisation des préparations de chimiothérapies par la Pharmacie à usage intérieure est opérationnelle depuis 1996.

Le service offre désormais 10 lits d'hospitalisation conventionnelle et 14 lits d'hôpital de jour. Les transfusions sont plutôt réalisées dans l'hospitalisation de jour de médecine que dans celui d'oncologie, même si des exceptions peuvent se produire. Il est vraisemblable que l'organisation proposée augmente cette activité. Or le nombre de lits, de l'avis des professionnels, est devenu un peu insuffisant du fait de l'augmentation du nombre de malades qui viennent se faire traiter. La « file active » s'est en effet notablement accrue depuis 2012, passant de 280 patients à 800 en 2021, ce qui témoigne du besoin. La capacité du site à faire face à un nouvel accroissement de 30 à 50 % est donc urgemment questionnée.

L'organisation de cette hospitalisation de jour est pourtant complexe : en effet, les moyens financiers des Polynésiens sont modestes, et le remboursement des transports sanitaires réservé à la dialyse ou à l'administration d'une chimiothérapie. Tout ce qui est investigation diagnostique ou évaluation de la qualité de rémission est exclu de ce champ, ainsi d'ailleurs que les scanners de centrage de radiothérapie, ce qui accroît le risque de « découragement » des patients. D'autant plus que les transports en commun desservent assez mal l'hôpital.

L'accès à l'hôpital de jour peut, de plus, être assez long du fait du manque de boxes. Surtout, l'organisation mériterait d'être revue, puisque les malades sont tous convoqués en même temps au risque d'une attente fastidieuse, voire stressante lorsqu'il s'agit de recevoir une chimiothérapie ; de surcroît dans un lieu situé au sous-sol et sans fenêtre, ce qui est pour le moins fâcheux dans des maladies que l'imaginaire populaire associe à la mort. Il y a là une perception d'abandon par les personnes les plus fragiles psychologiquement ou les moins entourées, et ceci doit être considéré en priorité.

L'hypothèse d'un circuit court avec appel téléphonique préalable par une infirmière de pratique avancée (IPA) qui délivrerait au médecin référent les éléments nécessaires à une « autorisation de préparation de chimiothérapie » la veille de l'admission peut également être explorée : elle nécessiterait une réflexion spécifique du fait d'un rapport polynésien au temps qui est décrit comme particulier.

Fait notable, la première hospitalisation à domicile a été ouverte fin 2021 avec un prestataire extérieur. Elle n'appartient pas à l'hôpital. Enfin, la délocalisation en ville ou en HAD d'une partie des chimiothérapies les moins à risque au moment de l'administration serait utilement accompagnée d'une solution de télésanté, afin de disposer d'un recours de nature à en sécuriser l'administration et bien gérer tous les effets secondaires et les éventuels événements indésirables.

La réflexion en cours sur la délocalisation de la chimiothérapie au sein de l'ICPF pour cette utilisation demande à être approfondie : l'administration de produits à risque chez des malades par essence fragiles ou fatigués suppose la présence sur place du cancérologue et d'une équipe capable d'effectuer, le cas échéant, des premiers soins de réanimation. Cette hypothèse conduirait évidemment à limiter cette mission à la seule dimension oncologique de la spécialité médicale alors « retirée » d'un CHPF qui garderait sa partie « non cancer » : mais les effectifs d'aucune discipline médicale ne paraissent suffisamment importants pour permettre un tel dédoublement. Sans parler même de la problématique de la fabrication des chimiothérapies qui se fait à l'ICPF, et des priorisations inévitables au quotidien, il n'y a pas de surcroît dans le Pays une masse critique suffisante de patients pour dédoubler les oncologues (terme générique incluant les spécialistes d'organe qualifiés en cancérologie) tout en leur conservant une activité susceptible de conserver leur compétence.

Il ne saurait y avoir de double pilotage d'un même Programme personnalisé de soins sans perte de chances pour le malade. Reste à imaginer l'hypothèse de confier à l'ICPF la simple mission d'un « équivalent HAD » pour les malades dont l'observance n'est pas certaine, mais il existe alors un risque important que cette activité soit impopulaire et de surcroît pas très coût-efficace. Ne vaudrait-il alors pas mieux consacrer les moyens de l'ICPF à des missions actuellement manquantes et notamment organisationnelles, notamment pour favoriser le recours à l'ambulatoire et désengorger l'hôpital ?

Il n'y a pas, en revanche, de Centre de coordination en cancérologie (« 3C ») ce que la réorganisation des activités de cancérologie devrait permettre d'envisager. Il conviendrait d'abord dans ce programme le suivi clinique des patients touchés par un cancer y compris lors des chimiothérapies délocalisées.

Aussi la mission recommande :

- de revoir l'organisation du parcours oncologie au sein du CHPF et en lien avec les structures privées ;
- de mettre en place un statut d'IPA ;
- d'envisager la relocalisation du service ;
- d'en profiter pour mettre en place un Centre de coordination en cancérologie ;
- d'organiser rapidement une mission d'accompagnement long du CHPF sur l'ensemble des points nécessitant une réorganisation.

L'État pourra accompagner le Pays et l'hôpital dans ce travail de réorganisation. À cet effet, l'INCa pourra organiser la mission longue d'accompagnement de l'hôpital avec l'aide d'Unicancer. Le cadre métropolitain des IPA pourra également être mis à disposition.

6.7. RECHERCHE CLINIQUE

Il n'y a pas actuellement de participation à la recherche clinique en Polynésie française. C'est un souhait important du ministère de la Santé et, semble-t-il, du CHPF. L'Université de Polynésie y est également très ouverte. Le principe du soutien d'Unicancer, comme celui du CHU et de l'Université de Bordeaux est acquis. Néanmoins, la transposition en Polynésie de la loi Jardé constitue un prérequis indispensable, or sa mise en œuvre est pourtant sans cesse repoussée sans que les raisons en soient bien claires. Ce travail doit être fait, car ni la loi, ni l'éthique, ni d'ailleurs les règles de publication de la communauté scientifique ne permettraient l'inclusion dans un essai de patients qui n'auraient pas spécifiquement donné leur consentement éclairé préalable.

Quoi qu'il en soit, et même après la régularisation de ce préalable, il ne faut pas s'attendre à une explosion de la recherche clinique cancérologique sur le site : la démarche qui implique un temps d'apprentissage est consommatrice de temps et d'énergie, l'incidence des cancers est réduite, le circuit d'adressage des examens biologiques doit être très reproductible, les équipes cliniques doivent être entraînées et des techniciens de recherche clinique disponibles.

Une recherche descriptive incluant une description moléculaire clinique et l'histoire naturelle des maladies serait néanmoins utile et faisable. Une connexion avec le plan FMG2025 pour la médecine moléculaire pourrait d'ailleurs être envisagée.

Mais quoi qu'il en soit, il est important de garder à l'esprit que la recherche, si elle est nécessaire au progrès comme à l'épanouissement des acteurs et à l'attractivité du site, n'est pas une activité financièrement rentable. D'autant que le mode de financement en métropole par l'Assurance maladie (points SIGAPS) ne semble pas directement transposable dans le système local.

Seuls les contrats industriels et la part de financement des inclusions par le promoteur, variables par essence, pourront équilibrer les dépenses induites.

6.8. RESSOURCES HUMAINES

Sur le plan des effectifs médicaux, il existe trois postes de radiothérapeutes dont deux sont actuellement pourvus, deux oncologues médicaux et un oncologue digestif, ce qui ne sature pas les quatre postes d'équivalent temps plein attribués, lesquels devraient l'être en mars 2022 avec l'arrivée d'un oncologue médical. Un poste d'assistant spécialiste demandé avec Unicancer (institut Bergonié) est espéré. Avec cinq oncologues médicaux, la masse critique pourrait être correcte.

À la pharmacie, il y a quatre pharmaciens et trois internes lorsque les postes sont pourvus. Le stage est considéré comme attractif par les internes. Actuellement, la pharmacie clinique est limitée à la conciliation, lorsqu'elle est physiquement possible, car un effectif « normé » correct serait plus près de sept ou huit pharmaciens.

Les assistants hospitaliers du régime polynésien ne peuvent actuellement bénéficier du secteur 2 lors de leur retour en métropole, sauf s'il s'agit d'un assistant à temps partagé entre Polynésie et métropole. Cette particularité n'est pas attractive, voire peut constituer un repoussoir, dans un contexte où les jeunes médecins sont plus attentifs que naguère à leur qualité de vie.

L'importance des internes est à souligner. Une soixantaine d'internes sont présents tous les six mois (organisation par le Doyen de l'UFR Médecine de Bordeaux, mais les internes viennent de toutes les facultés de santé de France). L'équipe de soins palliatifs est composée de deux médecins, depuis trois ans avec trois IDE, un psychologue, un vacataire pour l'hypnose, un kinésithérapeute et un poste d'interne lorsqu'il est pourvu. Il existe une tradi-praticienne en plein, et trois vacataires.

Le délai d'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs est inférieur à une semaine. Elle consacre une journée par semaine aux interventions au domicile du malade.

D'une manière générale, le manque d'attractivité et la faible fidélisation des personnels médicaux sont un problème sérieux auquel doit faire face le Pays ; difficulté pour pourvoir les postes, difficulté aussi pour mettre en place des organisations pérennes, solides, qui ne soient pas dépendantes des parcours individuels. En outre, aujourd'hui les démarches semblent se faire largement de bouche à oreille dans un vivier qui est donc par nature réduit.

Si le recours aux internes, la délégation de tâches, la possible mise en place d'un statut d'IPA permettront de limiter les difficultés, **la mission recommande** d'explorer quelques pistes complémentaires pour tenter de doter le pays d'une force médicale polynésienne suffisante et de qualité.

Dans le secteur privé, l'organisation de la formation médicale continue passe par le bénévolat, et se fait de manière très informelle. Il n'y a pas d'organisation structurée, même si l'hôpital invite de temps en temps à des réunions d'information ou d'échange. Il y avait un budget dédié à la formation continue, au sein de la CPS qui a disparu. L'accès aux revues médicales se fait aux frais des médecins. Néanmoins et quoi qu'il en soit, il n'y a pas un turn-over significatif ou pénalisant au sein de l'établissement privé.

Le personnel hospitalier relève du statut général de la fonction publique polynésienne. À ce titre, les professionnels rencontrés soulignent son manque d'attractivité par rapport au statut métropolitain en matière de RTT, de gardes, de repos de sécurité, de temps additionnel, et d'activité libérale. C'est une difficulté d'autant plus compliquée qu'en l'absence de statut particulier de la FPH, et compte tenu de l'organisation de la Polynésie française en la matière, certains points ne peuvent être abordés qu'avec tous les corps de fonctionnaires. Mais certaines spécificités de l'activité médicale pourraient faire l'objet de textes particuliers, sans nécessairement mettre en place un statut de la FPH polynésienne qui ne se justifierait pas au regard des effectifs concernés.

Aussi **la mission recommande** de réfléchir aux suggestions suivantes :

- repérer les meilleurs lycéens polynésiens et financer leurs études médicales contre un engagement de service de 10 ans en Polynésie française ; la prise de risque est réelle, mais pourrait être expérimentée ;
- mettre en place une offre pour les étudiants en médecine métropolitains, contre un engagement de service ; ou mettre en place un dispositif de type contrat d'engagement de service public (CESP) pour les étudiants polynésiens engagés dans des études de santé ;
- mettre en place des actions systématiques de promotion du travail en Polynésie ;
- envisager de prendre des actes réglementaires sur quelques points particuliers de l'activité médicale : gardes, repos de sécurité, possibilité d'activité libérale, harmonisation de l'accès au secteur 2.

6.9. ONCOGÉNÉTIQUE ET GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

L'oncogénétique est réalisée actuellement au Centre hospitalier de Polynésie française par un médecin de santé publique, formé à Lyon, qui est titulaire d'un diplôme universitaire d'oncogénétique. Il n'y a pas de poste médical fléché oncogénétique au centre hospitalier, donc elle est recrutée sur un poste DIM, et ne dispose pas d'équipe. Ce médecin travaille en collaboration avec l'IGR, sur une enveloppe financée au départ par l'Institut national du cancer.

Par an, 400 consultations sont réalisées, avec 120 prélèvements de cas index, et 50 prélèvements chez les apparentés. Le délai de consultation est de deux mois, et le résultat instantané.

La collaboration avec l'institut Gustave Roussy, notamment pour le laboratoire, est très satisfaisante. Les objectifs de cette professionnelle de formation atypique, mais enthousiaste et motivée sont multiples :

- mettre en place avec une radiologue un réseau pour les personnes à risque très élevé ;
- mettre en place un suivi (l'accès à l'IRM étant problématique à l'hôpital). Pour ce faire, la prise en charge à 100 % des malades manque cruellement, car très peu de femmes ont des mutuelles et le forfait « mammographie et IRM » n'existe pas ;
- travailler sur la chirurgie préventive avec une personne formée à Léon Bérard et un psychologue ;
- participer à des études afin de présenter des malades au plan France Génomique 2025.

La génétique somatique est réalisée en anatomie pathologique. Une question posée, eu égard au nombre d'échantillons, est de savoir s'il faut ou non développer une plateforme de génétique moléculaire. Eux-mêmes sont rattachés à la plateforme Auragen.

La sous-traitance ne peut être traitée qu'une fois par semaine, mais pour le constitutionnel ça ne semble pas poser de problème de résultat. Plutôt des contraintes opérationnelles.

7. FINANCEMENT ET MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

Garantir l'accès pour tous à un environnement favorable à la santé et à des soins et un accompagnement de qualité, alors que la population vieillit, est un défi que la Polynésie partage avec l'ensemble des pays.

Les évolutions attendues pour les prochaines années vont se traduire par des besoins de financement importants, dans le champ de la santé et au-delà (vieillesse de la population). Ceci alors que la croissance de la productivité et par conséquent de l'économie est faible depuis vingt ans (sans que l'on sache déterminer les causes de ce ralentissement et donc sa durée probable), et que les finances publiques se sont fortement dégradées sous l'effet de la crise Covid. Quasiment à l'équilibre avant la crise, l'assurance maladie obligatoire a joué son rôle d'assureur en dernier ressort et vu son déficit se creuser à 30 Mds € en 2020 (29 Mds € prévus en 2021).

La mission rappelle les recommandations de la mission IGAS-IGF-IGA de 2018 et la rejoint sur les points suivants qui permettraient de mieux accompagner financièrement les besoins de santé :

- introduire une part de financement à l'activité dans le financement des établissements de santé et notamment du CHPF ;
- disposer d'un financement dédié et suffisant pour les molécules onéreuses (mieux encadrer leur prescription, améliorer les conditions d'achat et d'approvisionnement) ;
- utiliser les outils de recueil d'activité (PMSI, SAE) afin d'améliorer la connaissance de l'activité et d'en tenir compte pour financer les besoins de santé ;
- renforcer les moyens en évaluation médico-économique de l'ARASS afin de réaliser des études solides permettant de faire les meilleurs choix.

Si le Pays devait engager une réforme de la fiscalité, la mission considère qu'elle pourrait utilement intégrer un volet santé publique par une taxation supérieure de l'alcool et du tabac, voire de certains produits alimentaires.

Le concept de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui n'est pas inscrit dans les textes polynésiens, qui consiste à sortir de la maîtrise purement comptable pour réguler les dépenses d'assurance maladie de manière à ce que le système de soins délivre un service de qualité au meilleur coût pourrait guider l'action du Pays.

Il embarque des dispositions de régulation au niveau du territoire de l'offre et de la demande, mais aussi la mise en place d'actions et d'outils pour conjuguer l'objectif de soutenabilité et de qualité, en particulier par la pertinence des soins.

De ce point de vue, le Pays pourrait s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques et les stratégies thérapeutiques émises par la Haute Autorité de santé et les relayer auprès des professionnels de santé. Ces mêmes recommandations seraient également très utiles dans les décisions prises par la CPS.

Par ailleurs, les actions de pertinence ne sont pas assez développées, y compris s'agissant des soins délivrés le CHPF. Notamment, l'analyse comparative de pratiques entre établissements, qui est souvent le point d'entrée de discussions qui peuvent être engagées pour faire évoluer les pratiques de certaines équipes lorsqu'elles sont très atypiques et différentes de leurs homologues, n'est pas possible en raison de l'absence de comparateur.

La CPS se heurte ici à un manque de robustesse du système d'information de l'activité hospitalière et à l'absence de comparaisons possibles des pratiques entre établissements équivalents, à l'inverse de ce que peut faire la métropole.

Aussi la mission recommande au Pays :

- d'inscrire dans les textes le principe de maîtrise médicalisée des dépenses ;
- de diffuser aux professionnels les recommandations de bonnes pratiques et les stratégies thérapeutiques ;
- d'appuyer les décisions de financement de la CPS sur ces recommandations ;
- de choisir plusieurs établissements métropolitains ou d'outre-mer, dont l'activité est proche du CHPF comme établissements comparateurs.

8. VISION CONSOLIDÉE DE LA VALEUR AJOUTÉE DE L'ICPF

Le projet d'institut de la cancérologie de la Polynésie française porté par les autorités polynésiennes est très ambitieux. Il marque clairement la volonté de s'attaquer avec détermination à l'enjeu majeur de santé publique que représentent les cancers, afin d'en réduire le poids demain.

Ainsi le projet médico scientifique¹³ précise que : « Ce projet vise à créer une structure fédératrice et coordinatrice de tous les acteurs de la cancérologie sur l'ensemble des archipels de la Polynésie française ». L'ICPF a pour objectif de faire progresser la lutte contre le cancer au Fenua et de mettre à disposition des Polynésiens les pratiques les plus récentes et les plus efficaces contre cette pathologie.

En outre, cet institut permettra le regroupement des connaissances scientifiques et médicales innovantes pour que les avancées de la médecine et des soins puissent être mises à disposition des patients à travers un parcours de soins personnalisé à dimension humaine et préservant autant que possible la qualité de vie, en intégrant autant que possible la dimension culturelle polynésienne pour une adhésion optimale des patients à leur parcours de soins.

Cette structure indépendante dédiée à l'oncologie atteindra ses objectifs de qualité et d'efficacité des soins grâce notamment à l'agilité procurée par sa dimension à taille humaine et à son statut autonome, propice à la collaboration des professionnels de santé du territoire.

Son rôle dans la coordination du parcours des soins, son partenariat avec les centres experts Unicancer et l'INCa et le déploiement de nouveaux outils digitaux partagés contribueront également fortement à l'atteinte de ces objectifs.

Doté de missions très larges, beaucoup d'attentes pèseront sur lui. L'esprit de sa conception est assez clairement marqué par la volonté de lui confier la résolution des difficultés rencontrées par le Pays en matière de cancérologie.

Le même projet prévoit **5 axes** :

1. Prévenir et mieux comprendre le cancer.
2. Dépistage et diagnostic.
3. Parcours de soins.
4. Accompagner le patient
5. et Recherche innovation.

¹³ Projet médico-scientifique de l'ICPF, 2022-2026

Ces 5 axes se déclinent en 16 ambitions :

- Mieux connaître l'épidémiologie des cancers en Polynésie française et comprendre la représentation de la maladie cancéreuse par la population.
- Soutenir les actions de prévention des cancers, dictées par la Direction de la santé.
- Organiser le dépistage de certains cancers en Polynésie française.
- Diagnostic et prise en charge rapide et personnalisée.
- Coordonner les moyens à l'échelle du territoire polynésien.
- Créer et développer un laboratoire de biopathologie avec un centre de ressources biologiques (CRB) unique et performant pour un diagnostic de précision.
- Imagerie par émission de positons pour un bilan de précision et la théranostique.
- Développer un parcours pilote autour du cancer du sein (Centre VAHINEA).
- Poursuivre et amplifier l'offre de soins de radiothérapie.
- Garantir l'excellence des soins en plaçant la qualité, la sécurité, l'efficacité et la pertinence des soins au centre du programme personnalisé des soins.
- Accompagner le virage ambulatoire des soins avec la création dans l'ICPF d'un hôpital et d'innover en développant la médecine intégrative dans le contexte polynésien.
- Développer une culture du partenariat patient avec la création de la « la maison du malade » en coordination avec les structures publiques et privées, les associations de malade et les patients à domicile.
- Création d'une direction de la recherche clinique.
- Favoriser l'accès des patients à la recherche et à l'innovation (notamment avec le principe de proposition des études d'Unicancer R&D).
- Faciliter la mise en œuvre de projets de recherche en épidémiologie et sciences humaines et sociale en collaboration avec les structures locales et avec les pays du Pacifique Sud.
- Mettre en place une politique de formation et d'enseignement et partager les expertises avec les autres acteurs de santé du Pacifique Sud.

La conjugaison d'activités de nature très variées, de coordination générale, aussi bien des acteurs privés que des acteurs publics, d'expertise pour les politiques publiques, d'observation ou d'action en matière de prévention et d'activité, de délivrance de soins, de coordination des soins et de développement de la recherche posera des problèmes évidents d'efficacité, de positionnement, de coordination générale, d'indépendance, de gouvernance et de recrutement. Réussir dans l'ensemble de ces missions paraît être une gageure. À la connaissance de la mission, une telle organisation n'existe nulle part au monde.

La mission y voit une claire opportunité, mais aussi un risque, celui de rajouter une complexité à un système déjà marqué par de nombreuses tensions, déjà largement perfectible, dont les difficultés sont récurrentes et peu aisées à surmonter ; la réalisation de soins, comme la coordination des soins placées sous la responsabilité d'un nouvel acteur, risque de déstabiliser un peu plus les organisations en place, singulièrement l'hôpital.

Mais il y a aussi une opportunité qui est très bien perçue et analysée dans le projet. Il y a en tout cas un intérêt majeur à mettre en place un acteur qui aura entre autres missions, celle de la coordination des acteurs autour des outils de programmes que la Polynésie a conçus et décidés. Ce schéma qui a fait ses preuves en métropole permettra d'améliorer très significativement l'efficacité, la pertinence, et la dimension partenariale de la politique de lutte contre les cancers en Polynésie.

De la même manière, comme c'est prévu, mais qui devrait être particulièrement renforcé, confier à l'ICPF des missions claires en matière de prévention primaire et secondaire est une chance et un moyen de faire prendre au Pays un virage préventif qu'il n'a encore que peu engagé.

Enfin, la question de la localisation, celle des murs, prend aujourd'hui une importance trop grande. Les difficultés répétées du pays à trouver des locaux adaptés pour l'ensemble des missions, en particulier de soins ou d'ACP ; retarde la réalisation de missions prioritaires qui elles sont sans alternative aujourd'hui.

Aussi la mission recommande au Pays :

- de poursuivre la mise en place de l'ICPF, mais de se centrer sur ses missions de coordination, de prévention primaire et secondaire, de tenue du registre ;
- de confier à l'ICPF le pilotage opérationnel du plan cancer ;
- de mettre en place une gouvernance et un reporting annuel pour le plan cancer ;
- de définir les besoins de collaborations avec les équipes en métropole (Unicancer, CHU de Bordeaux).

Un appui de l'Institut national du cancer et d'Unicancer pourra être apporté au Pays pour la mise en place et la montée en puissance sur ces missions prioritaires de l'ICPF.

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr