

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER

FACULTE DE MÉDECINE

Année 2013

2013 TOU3 1050

THÈSE

POUR LE DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2013 par :

François-Xavier RABY

SUJET DE THÈSE :

**Modernisation des soins primaires en Polynésie française:
mise en place de la télésanté dans les îles isolées**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Fabrice CHIAUSA

JURY :

Président : Monsieur le Professeur Alain GRAND

Assesseur : Monsieur le Professeur Louis LARENG

Assesseur : Monsieur le Professeur Didier CARRIE

Assesseur : Madame le Docteur Monique SAVOLDELLI

Membre invité: Monsieur le Docteur Gregory DETRUN

Membre invité Monsieur le Docteur Fabrice CHIAUSA

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADJUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTA M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOSSEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologie)
M. BONNEVILLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R.(C.E)	Cardiologie
M. CARRE D.	Cardiologie
M. CHAF H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAW M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHWITZER N.	Cardiologie
M. DESJUNE G.	O.R.L.
M. DUCOMMIN B.	Cardiologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. GOFET J.	Bactériologie-Virologie
M. LBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNIEN J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCOU B.	Médecine Infectieuse
M. MONRODES X.	Cyriologie Otorhinolaryngologique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cardiologie
Mme NOURHACHEMI F.	Généraliste
M. OLIVE J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARNALD J.	Staf. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEJ D. (C.E)	Cardiologie
M. RAUHO J.J. (C.E)	Radiothérapie
M. RASCOL G.	Pharmacologie
M. RICHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BERMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch.	Hépatogastro-Entérologie
M. CALVAS P.	Généraliste
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAK Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neurobiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt. Fonct.
M. FOURCADE D.	Anesthésiologie
M. FOURNE B.	Rhumatologie
M. FOURNE P.	Ophthalmologie
M. GEORVARTS T.	Anesthésiologie - Réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROUCHE M.	Rhumatologie
M. LAUNERS F.	Anatomie
M. LECON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MARSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZERES J.	Pneumologie
M. MOUNIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT D.	Cyriologie Otorhinolaryngologique
M. PARENTE J.	Neurologie
M. PATRYKKA.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAVOLE P.	Biophysique
M. PAVYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépatogastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SARD N.	Radiothérapie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J.Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie Cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E.)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E.)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E.)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E.)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELUSLE M.B. (C.E.)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E.)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E.)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E.)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (CE)	Epidémi. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E.)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E.)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E.)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E.)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J.Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E.)	Cancérologie
M. ROSTANG L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E.)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E.)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E.)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E.)	Généralie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURRA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD J.P.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STOWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologie
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Généralie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIZZORAI A M

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Dentiste
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BRUGUIE S.	Nutrition
Mme CASSANG E.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie-Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Histologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUDUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK E.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FALVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUD J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HANOI S.	Biochimie
Mme HETZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomat. et Maxillo-Faciale
M. KIRZIN E.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE THIMIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOVA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD P.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie-virologie
Mme PUGSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND E.	Bactériologie-Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUVE K.	Bactériologie-Virologie
M. SOLER V.	Ophthalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biochimie
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICORE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VIKOUCI C.	Biologie Cellulaire

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactérie-Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactérie-Virologie Hygiène
M. RES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSANG N.	Dentiste
Mme CLAVE D.	Bactériologie-Virologie
M. CLAVEL G.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUNARD T.	Pédiatrie
Mme ESCOURD Y.	Médecine du Travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie-Virologie Hygiène
Mme GUILDEAU-TRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
Mme LAPRIE A.	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHÉIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADOALDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMALHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TRACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOS U.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique

M.C.U.

M. BISMUTH E.	Médecine Générale
---------------	-------------------

Médecins de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABYTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.

Au président du Jury,

Monsieur le Professeur Alain GRAND

Professeur de Santé Publique

Vous nous avez fait le très grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de ce jury de thèse. Nous vous en remercions et vous assurons de notre très sincère gratitude et de notre plus profond respect.

Au Jury,

Monsieur le Professeur Louis LARENG

Professeur émérite

Administrateur du GCS Télésanté Midi-Pyrénées

C'est un très grand honneur de vous compter parmi les membres de notre jury de thèse. Votre vision avant-gardiste a été une grande source d'inspiration pour la réalisation de ce travail. Soyez assuré de notre respect le plus sincère.

Monsieur le Professeur Didier CARRIE

Professeur de Cardiologie

Vous avez accepté de participer à notre jury de thèse. Nous en sommes d'autant plus honorés que nous savons vos nombreuses obligations hospitalières et universitaires. Nous vous prions de croire à l'expression de notre profond respect.

Madame le Docteur Monique SAVOLDELLI

Directeur du GCS Télésanté Midi-Pyrénées

Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nos juges. Nous vous remercions pour vos conseils qui ont été très précieux pour l'élaboration de ce projet. Recevez l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Docteur Gregory DETRUN

Médecin généraliste, enseignant universitaire

Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nos juges. Nous avons eu la chance de bénéficier de votre enseignement et de vos conseils. Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Fabrice CHIAUSA

Médecin urgentiste, chef de projet Télémédecine

Travailler avec toi a été un véritable plaisir. Je te remercie pour ton implication tout au long de ce travail, pour tes conseils qui ont été d'une aide précieuse et pour le temps que tu m'as consacré malgré tes nombreuses occupations. Trouve dans cette thèse l'expression de mon admiration et de mon amitié.

Nous remercions également :

- Le Docteur Francis SPAAK pour son aide immense tout au long du projet
- L'équipe du SSTG qui m'a accueilli et aidé tout au long de notre travail
- Francis PEZET pour ses précieux conseils
- Geneviève CAZES qui m'a permis de connaître la Polynésie et qui m'a soutenu tout au long de ces années
- Le Docteur Philippe BIAREZ pour son enseignement et sa connaissance de la Polynésie
- Maurice YUNE pour son implication dans le projet
- Le Docteur Tony TEKUATAOA pour sa connaissance des problématiques et son expertise.
- Le Docteur Jean-Marc PUJO sans qui ce projet n'aurait pas vu le jour

Je dédie cette thèse

A mes parents, à ma sœur

C'est grâce à vous que j'en suis là aujourd'hui

A ma Famille,

Merci d'avoir toujours été là

A mon parrain,

Merci pour ta présence à mes côtés durant toutes ces années

A mes ami(e)s,

Je n'oublie aucun d'entre vous

Ne changez surtout pas

A mes coéquipiers du TRIC

Merci pour tous les bons moments passés ensemble

Tables des matières

1	INTRODUCTION	4
2	CONTEXTE	5
2.1	LA POLYNESIE FRANÇAISE.....	5
2.1.1	<i>Présentation géographique et démographique</i>	5
2.1.2	<i>Présentation historique, politique économique</i>	7
2.1.3	<i>Les moyens de Transport et communication au sein de la Polynésie</i>	7
2.2	LES PARTICULARITES DE LA SANTE EN POLYNESIE FRANÇAISE	8
2.2.1	<i>Une compétence gouvernementale</i>	8
2.2.2	<i>La Direction de la Santé Publique</i>	8
2.2.3	<i>Un unique centre hospitalier : le CHPf (Centre Hospitalier de la Polynésie française)</i>	10
2.2.4	<i>La Caisse de prévoyance sociale (CPS)</i>	10
2.2.5	<i>Les systèmes d'information de la santé</i>	11
2.2.6	<i>Pathologies et populations</i>	11
2.2.7	<i>La densité médicale</i>	12
2.3	LES SOINS PRIMAIRES	12
2.4	TELESANTE ET TELEMEDECINE	13
2.4.1	<i>La Télésanté</i>	13
2.4.2	<i>La Télémédecine (TLM)</i>	13
2.4.3	<i>Les différents actes de TLM</i>	14
2.4.4	<i>Les enjeux pour le système de santé</i>	14
2.4.5	<i>Cadre juridique de la TLM</i>	15
2.4.6	<i>Les projets de TLM en France et à l'étranger</i>	15
3	EVALUATION DES SOINS DANS LES ILES ISOLEES	15
3.1	LES SITES ISOLES	15
3.2	LE SERVICE DE SANTE DES TUAMOTU-GAMBIER (SSTG)	16
3.2.1	<i>Les caractéristiques</i>	16
3.2.2	<i>Le fonctionnement et les particularités du SSTG</i>	16
3.3	BILAN CRITIQUE.....	17
3.3.1	<i>Effectif médical et compétences</i>	17
3.3.2	<i>Le premier recours paramédical</i>	18
3.3.3	<i>Eparpillement de l'information</i>	19
3.3.4	<i>Pluralité des réseaux médicaux</i>	20
3.3.5	<i>Patient spectateur plus qu'acteur</i>	21
3.3.6	<i>Limites de l'exercice à distance</i>	21
3.3.7	<i>Dysfonctionnement des missions de prévention</i>	22
3.3.8	<i>Dysfonctionnement de la consultation au DTG</i>	22
3.3.9	<i>Dysfonctionnements de l'activité médicale in situ</i>	23
3.3.10	<i>Transversalité des dysfonctionnements</i>	23
3.3.11	<i>Conclusion : Inadéquation entre missions et moyens</i>	26

4	LE PROJET DE SANTE POUR LES SITES ISOLES : TELESANTE AU SERVICE DE LA MODERNISATION DU SOIN PRIMAIRE	26
4.1	OBJECTIFS	26
4.1.1	<i>Objectifs principaux.....</i>	26
4.1.2	<i>Objectifs corollaires</i>	27
4.2	MODERNISATION DU SOIN ET DEMARCHE QUALITE.....	27
4.2.1	<i>Le patient acteur de sa santé au centre du système</i>	27
4.2.2	<i>Médecine de « bon sens » adaptée aux îles et au patient.....</i>	27
4.2.3	<i>Adaptation de la pratique médicale à l'isolement</i>	28
4.2.4	<i>L'exercice coordonné et protocolé.....</i>	28
4.2.5	<i>Collaboration multidisciplinaire et partage de l'information</i>	28
4.3	NOUVELLE ORGANISATION DU SERVICE	29
4.3.1	<i>Le projet professionnel</i>	29
4.3.2	<i>Renforcement du lien</i>	30
4.3.3	<i>La formation des agents.....</i>	30
4.3.4	<i>Le projet final du Département Médical Inter-îles (DMII)</i>	31
4.4	UTILISATION DES NOUVEAUX OUTILS DE TELESANTE	31
4.4.1	<i>Les outils médicaux de coordination du dossier médical.....</i>	31
4.4.2	<i>Technologie de l'information et de la communication (TIC)</i>	33
4.4.3	<i>Télé médecine et nouveaux circuits de l'information</i>	34
4.4.4	<i>La Téléformation</i>	36
4.4.5	<i>Le système applicatif</i>	36
5	ANALYSE DU PROJET.....	37
5.1	PHASAGE.....	37
5.2	LES POINTS FORTS LES FACTEURS CLES DE SUCCES.....	40
5.2.1	<i>Les bénéfices potentiels.....</i>	40
5.2.2	<i>Les atouts de la Spécificité polynésienne.....</i>	40
5.2.3	<i>Ebauche d'évaluation médico économique difficile mais positive.</i>	42
5.2.4	<i>Une volonté commune à différents niveaux.....</i>	42
5.2.5	<i>Acceptabilité du projet par les soignants</i>	42
5.2.6	<i>Solution à la désertification.....</i>	43
5.2.7	<i>Présence du CATEL.....</i>	43
5.3	LES FAIBLESSES OU LES RISQUES D'ECHEC.....	43
5.3.1	<i>Les freins techniques.....</i>	43
5.3.2	<i>Les freins humains</i>	44
5.3.3	<i>Les défauts d'orientation et de gouvernance</i>	45
5.4	PERSPECTIVES.....	45
5.4.1	<i>Collaboration renforcée avec les spécialistes</i>	45
5.4.2	<i>Ouverture à d'autres services et médecine privée.....</i>	46
5.4.3	<i>Vers un dossier médical partagé</i>	46
5.4.4	<i>Permanence de soins : Dématérialisation de la consultation.....</i>	46
5.4.5	<i>Recueil de données, outils analytiques et informatiques décisionnels.....</i>	46
5.4.6	<i>Avion sanitaire.....</i>	47

6 CONCLUSION	48
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXE I : LES DIFFERENTS SYSTEMES D'INFORMATION DE SANTE EN POLYNESIE FRANÇAISE.....	53
ANNEXE II : DESCRIPTION DU FONCTIONNEMENT DU SSTG	56
ANNEXE III : ELABORATION D'OUTILS DE COORDINATION EN SOIN PRIMAIRE INDISPENSABLE A LA TELESANTE EN PF	64

Abréviations

ASP : Les auxiliaires de santé publique

CCMM : Le centre de consultation médicale maritime

CHPf : Centre hospitalier de Polynésie française

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CPS : Caisse de prévoyance sociale

DEP : Demande d'entente préalable

DSIO : Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation

DSP : direction de la santé publique

DTG: Dispensaire Tuamotu-Gambier

EBM: Evident-Based medicine

ES : Evénement de soin

Evasan : Evacuation Sanitaire

FES : Fiche d'événement de soin

FS : Fiche de synthèse

GED : Gestion Electronique de Documents

HAS : Haute Autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

MNT : Maladies non transmissibles

MSS : Messagerie sécurisée de santé

OPT : office des postes et télécommunications

Pf : Polynésie française

PMs : Personnel Médical Sollicité

PPS : Programme personnalisé de soins

PSr : Personnel Soignant Requérant

PSG : protection sociale généralisée

SDSIS : Schéma directeur stratégique du système d'Information de Santé de la Polynésie française

SIPf : Service informatique de Polynésie française

SIS : Systèmes informatiques de santé

SP : Structures périphériques

SSTG : Service de santé des Tuamotu-Gambier

TIC : Techniques de l'information et de la communication

TG : Tuamotu-Gambier

TLM : Télémédecine

1 Introduction

En Polynésie française (Pf), la géographie particulière du Pays a contribué à une distribution singulière de la population et des moyens, aboutissant à une répartition de l'offre de santé au profit des îles de la Société et, plus particulièrement de l'île de Tahiti.

Cette répartition est justifiée par une démographie très centralisée, laissant une faible population sur une superficie immense couvrant les archipels des Tuamotu-Gambier, des Australes et des Marquises. Cette très faible population ne permet pas l'installation d'un médecin sur chaque île ou atoll. Pour faire face à cette contrainte, une organisation originale de la santé sur ces archipels a été mise en place par les militaires dans les années 1960. Son fonctionnement se base sur l'intervention d'agents paramédicaux avec une supervision médicale réduite. Le recours à l'expertise médicale in situ est complexe et partiel. Le recours spécialisé ex situ, par un système de transfert des patients sur Papeete, est onéreux et non efficient du fait de l'absence de moyens de coordination médicale.

L'organisation actuelle a su répondre à certains besoins de santé dans les archipels. Cependant, faute de modernisation et d'adaptation à l'évolution des pratiques, des patients et des soignants, elle conduit à une situation paradoxale de « dysmédicalisation » qui montre les limites de ce système. Il en résulte un accès médical défaillant associé à un défaut majeur d'équité et de continuité des soins, ayant des conséquences sur la qualité et le coût des soins.

L'archipel des Tuamotu-Gambier concentre l'essentiel des problématiques de santé dans les archipels. L'étude de l'organisation et du fonctionnement du service de santé de cet archipel nous a permis d'identifier les facteurs clés influant sur la déficience de l'offre de soin dans les îles isolées.

Cette analyse intègre les limites d'une pratique médicale classique. En effet, les soins primaires et l'offre de proximité sont indispensables dans ce contexte de grand isolement, en opposition aux critères de gouvernance du système de santé français qui sont, à l'inverse, plutôt hospitalo-centrés. (1)

Il sera donc ici proposé une évolution de l'organisation de la santé primaire dans les archipels éloignés, appuyée par des technologies de l'information et de la communication et des outils de coordination, aboutissant à un système de télésanté adapté. Un phasage réaliste sera proposé ainsi qu'une analyse des atouts et des facteurs limitant du développement de cette organisation de santé au sein des archipels éloignés de Polynésie. Enfin, les perspectives offertes par cette nouvelle organisation seront détaillées.

2 Contexte

2.1 La Polynésie française

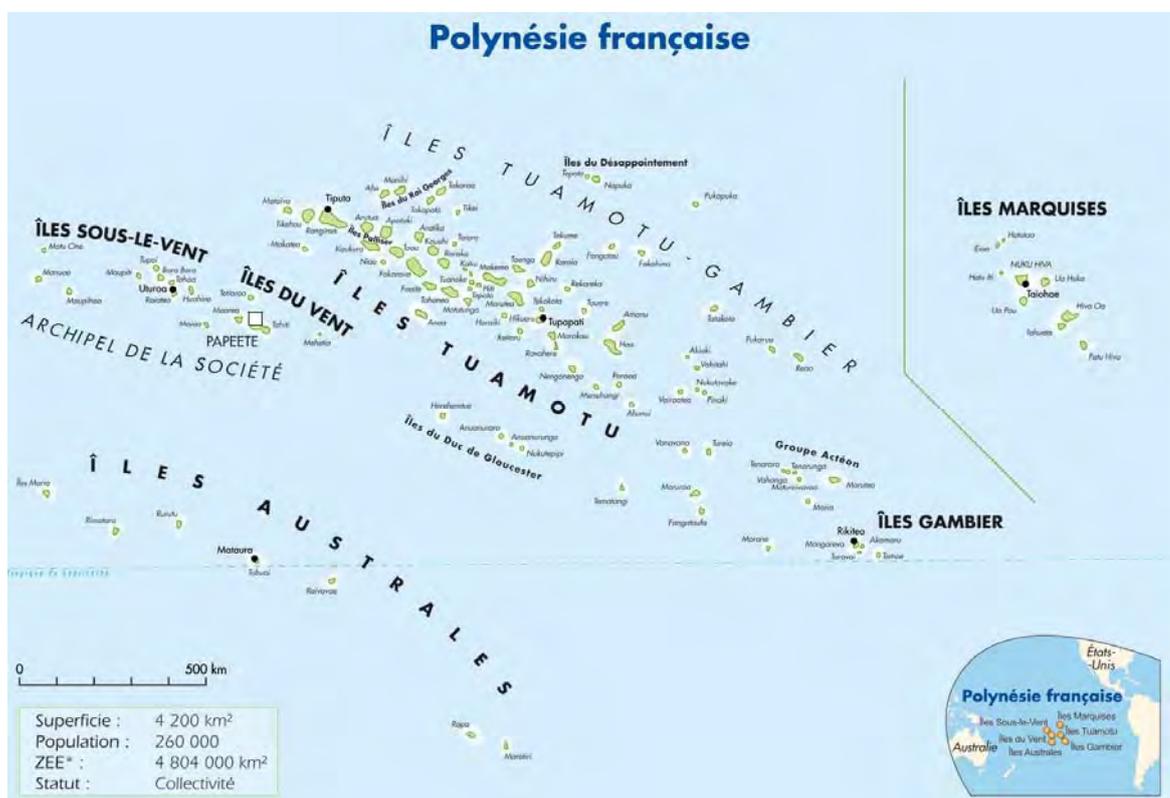
2.1.1 Présentation géographique et démographique

La Polynésie française (Pf), située dans le Pacifique Sud, composée de 118 îles (dont 70 sont habitées de façon permanente), ne dispose d'une surface émergée que de 4 200 km², dispersée sur 4 000 000 km², ce qui équivaut, à peu près, à la superficie de l'Europe. Centre économique et administratif, l'île de Tahiti est distante de 18 000 kilomètres de Paris, de 8 800 kilomètres de Tokyo,

de 6 600 kilomètres de Los Angeles, de 6 000 kilomètres de Sydney et de 5 000 kilomètres de Nouméa.

Le recensement de 2012 a établi la population polynésienne à 267 000 habitants répartis sur cinq archipels :

- l'archipel de la Société, qui réunit les îles les plus vastes, se compose principalement d'îles hautes (montagneuses), et comprend :
 - Les îles du Vent (Tahiti, Moorea, Maïao) qui réunissent 196 520 habitants, soit environ 75 % de la population, dont 178 000 habitants sur l'île de Tahiti
 - Les îles Sous-le-Vent qui comptent près de 34 000 habitants, ce qui représente environ 13 % de la population territoriale
- L'archipel des Tuamotu et l'archipel des Gambier, bien que différent géologiquement, sont regroupés en une seule entité administrative et technique, représentent un losange de 1 800 km de long sur 700 km de large et regroupent 78 atolls, dont seulement 50 sont habités en permanence, par une population allant de 15 à 2 500 habitants par atoll, avec au total 18 317 habitants, soit environ 7 % de la population territoriale.
- L'archipel des Marquises, d'une superficie totale de 997 km², situé à environ 1 600 km au nord de Tahiti, compte seulement six îles habitées et compte 9 281 habitants, soit environ 3% de la population.
- L'archipel des Australes, composé de cinq îles principales, s'étend sur une superficie de 152 km² et dénombre 6 669 habitants, ce qui ne représente que 2 % de la population de la Polynésie française. (2)



2.1.2 Présentation historique, politique économique

La Pf s'est peuplée progressivement depuis le début de l'ère chrétienne. Les îles sont peu à peu découvertes par les explorateurs européens au cours des XVI^{ème}, XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles (3). Les différents archipels furent progressivement rattachés à la France dans les dernières décennies du XIX^{ème} siècle. (Histoire de la Polynésie française)

La Polynésie française est gouvernée par des représentants élus par un scrutin local ce gouvernement peut disposer de représentations (non diplomatiques) auprès d'États reconnus par la France. La loi organique de 2004 fait de la Pf un pays d'Outre-mer au sein de la République.

L'organisation politico-administrative peut être synthétisée comme suit :

- un Haut-commissaire représentant de l'Etat français, dépositaire des pouvoirs de la République et a la charge des intérêts nationaux.
- l'Assemblée de la Polynésie française, élue au suffrage universel direct pour cinq ans, composée de 57 membres, et vote les lois de Pays ;
- le Président de la Polynésie française élu par l'Assemblée dirige le gouvernement qui assure la gestion au quotidien dans les matières relevant de la compétence du Pays ;
- deux sénateurs et 3 députés sont élus sur le territoire pour représenter le Pays au sein des institutions nationales. (4)

2.1.3 Les moyens de Transport et communication au sein de la Polynésie

▪ Le transport aérien

L'unique compagnie aérienne (Air Tahiti) dessert 49 aéroports inégalement répartis dans les différents archipels. En effet si toutes les îles hautes de l'archipel de la société sont desservies (100%), seulement 35 atolls (78% des atolls habités) le sont dans l'archipel des Tuamotu-Gambier.

A l'intérieur des archipels de la Société, des Marquises et des Australes toutes les îles disposant d'un aéroport d'un archipel sont reliées entre elles. En revanche dans l'archipel des Tuamotu-Gambier, la majorité des îles n'ont de liaison qu'avec Tahiti.

▪ Le transport maritime

Des goélettes d'approvisionnement et des cargos mixtes assurent régulièrement un transport maritime de marchandises et de quelques passagers entre les îles. Certaines de ces rotations durent plus d'un mois.

▪ Télécommunications

Les télécommunications dans les îles de la Polynésie française sont gérées par l'Office des Postes et Télécommunications (OPT). C'est un organisme public dont la mission principale est de fournir des services complets de téléphonie et d'améliorer l'accès à toutes formes d'information sur l'ensemble de la Polynésie française, notamment ses îles les plus éloignées. Cependant, certaines îles ne sont pas encore équipées, et sur celles qui le sont, le nombre de lignes est réduit, n'autorisant pas l'installation de téléphone dans 8 structures de santé des Tuamotu.

2.2 Les particularités de la santé en Polynésie française

2.2.1 Une compétence gouvernementale

Le développement du système de santé polynésien a été fortement influencé par les particularités géo-démographiques de la Polynésie française et par la présence militaire jusque dans les années 1995. L'armée fournissait alors l'effectif et la logistique nécessaires à la couverture médicale des archipels éloignés.

Le gouvernement de la Polynésie française, compétent en matière de santé depuis 1984, consacre à la santé de sa population des moyens croissants afin de proposer une offre de soins de plus en plus développée.

Le ministère de la Santé et de la prévention, définit la politique de santé. La prise en charge sanitaire est déléguée en partie au secteur privé et pour l'autre partie au secteur public, notamment pour la prise en charge des populations démunies et fragiles. Le secteur public est animé par :

- la Direction de la santé publique (DSP)
- le Centre hospitalier de Polynésie française (CHPf)

2.2.2 La Direction de la Santé Publique

Déployant une offre publique de soins préventifs et curatifs, la DSP représente le seul recours sanitaire possible pour certaines populations et bénéficie de moyens humains (plus de mille agents au total) et financiers. Elle met en œuvre la politique de santé définie par les pouvoirs publics, élabore, applique et évalue les programmes et les actions de santé publique. Elle planifie et régule également l'offre de soins.

Les domaines de son intervention recouvrent :

- la protection de la santé et la prévention,
- la veille et la sécurité sanitaire,
- la préparation et le suivi du Plan pour la santé ainsi que du Schéma d'organisation sanitaire,
- l'inspection et le contrôle de la qualité des soins.

Sur le terrain, elle dispose de subdivisions sanitaires (une par archipel) et de trois formations sanitaires sur les îles du Vent, d'un Institut de formation en soins infirmiers ainsi qu'un Centre d'hygiène et de salubrité publique. Elle gère plus d'une centaine de structures dispensatrices de soins préventifs et curatifs réparties dans les cinq archipels de la Polynésie française, sous la forme de postes de santé, de dispensaires, d'infirmeries, de centres médicaux, de centres dentaires, de centres de consultation spécialisée (addictologie, CPI, CPM...) et de 4 hôpitaux périphériques. La gestion administrative est centralisée au niveau du Service Territorial de la santé publique. (5)

L'héritage de l'organisation militaire de la santé et les particularités géographiques ont conduit à certaines particularités du système polynésien de soins publics.

■ Les postes de santé

Les postes de santé sont situés sur les îles et les sites isolés ayant une population supérieure à 40 habitants et inférieure à 300 habitants(6) ; ils sont au nombre de 38 sur l'ensemble du territoire. Ils assurent les soins de premiers recours et les missions de prévention sur les îles. Le poste de santé est habituellement composé d'une salle de soins / consultations,

d'une chambre de surveillance et d'un local à pharmacie. Il est animé par un auxiliaire de santé publique.

- Les auxiliaires de santé publique(ASP) (7)

Les auxiliaires de santé publique sont des agents choisis et recrutés parmi la population d'une île, d'un quartier, d'une zone rurale. Ils sont appelés à servir au sein même de la communauté dont ils sont issus (8). **Ces auxiliaires ont un niveau de secourisme pour faire face à l'urgence et répondre aux demandes de soins primaires de la population.** Ils peuvent établir des certificats et attestations (arrêt de travail, accidents de travail).

Le corps des auxiliaires de santé publique a été créé en 1988 par la délibération n°88-127 de l'assemblée territoriale de Polynésie Française pour assurer une meilleure couverture sanitaire à l'ensemble du territoire. Ces agents étaient recrutés sur place, ils bénéficiaient ensuite d'une formation initiale d'une durée minimale de 6 mois avec un enseignement pratique et théorique sanctionné par des examens écrits.

Ce mode de formation a fonctionné jusqu'en 1996, date de la création de la fonction publique. Lors de sa création, la fonction publique a « oublié » d'intégrer cette profession. Actuellement, les nouveaux auxiliaires de santé sont recrutés sur un statut d'aide-médecin technique (statut commun pour le technicien de surface, jardinier, auxiliaire de santé). Ils bénéficient d'une préparation à l'emploi non formalisée, souvent très brève (environ 4 semaines).

- Les infirmeries

Les infirmeries sont installées sur les sites comprenant des populations supérieures à 300 habitants et inférieures à 1000 habitants. Elles sont au nombre de 24 en Polynésie. L'infirmerie est habituellement constituée de deux salles de soins/consultations, d'une salle d'urgence, d'une chambre de surveillance et d'un local à pharmacie. Il est animé par au moins un IDE éventuellement en collaboration avec un ASP.

Pour répondre aux missions qui leur sont confiées, les infirmiers des postes isolés en Polynésie ont, des compétences élargies, régies par l'article 11 du décret de compétence des IDE en Polynésie Française. Il leur donne **la possibilité de réaliser des actes médicaux en appliquant des protocoles préétablis et validés ou à la demande d'un médecin.**

- Cellule des itinérants

Les agents de santé exerçant seuls en poste ont droit à des congés et récupération pour compenser l'astreinte permanente. Ces absences s'élèvent entre 8 et 13 semaines - selon les statuts - par an et par agent. Comme ces agents sont affectés seuls en poste, ces absences doivent être remplacées pour assurer la continuité des soins. A l'instar du système hospitalier métropolitain développant des pools d'infirmiers remplaçants, la direction de la santé a un service assurant la gestion des remplacements dans les îles pour chaque profession concernée (auxiliaire de santé, infirmier, médecin).

- Formation spécifique des agents des îles à l'hôpital de Moorea

L'hôpital de Moorea est une structure particulière s'apparentant à un hôpital rural, plus proche d'un dispensaire que d'un « réel » hôpital. Il comprend un service de consultation externe faisant office de dispensaire, un service d'urgence avec une salle de déchoquage, 13 lits

d'hospitalisation de courte durée, un centre de naissance et une cellule de prévention. Par ailleurs il accueille régulièrement des spécialistes venant du CHPf pour des consultations avancées (cardiologue, psychiatre, pneumologue, obstétricien). Cette structure remplit donc toutes les missions de la direction de la santé au niveau de la commune Moorea Maiao.

Malgré sa proximité avec Tahiti (19km de Papeete) l'île de Moorea est relativement isolée du fait de la liaison principalement par bateau qui dépend des horaires imposés par les transporteurs (liaisons uniquement entre 5h20 et 16h45). Ces contraintes pèsent sur l'accès aux spécialistes avec souvent un refus des patients d'aller sur Tahiti principalement pour des problèmes de locomotion et de logement sur place. L'hôpital de Moorea présente donc des problématiques très proches des structures des îles isolées

Du fait de cet exercice complet, et de l'expérience de la gestion sanitaire au niveau des îles isolées (île de Maiao), l'hôpital de Moorea assure une formation spécifique d'adaptation à l'emploi pour les aux agents qui vont exercer dans les îles (auxiliaires de santé, IDE, Médecins)

2.2.3 Un unique centre hospitalier : le CHPf (Centre Hospitalier de la Polynésie française)

C'est l'hôpital de référence et de dernier recours pour l'ensemble des structures de santé de Polynésie. Il est situé sur l'île de Tahiti ; il dispense des soins d'ordre secondaire et tertiaire aux habitants de toute la Polynésie, en collaboration avec les structures privées (cliniques) de Papeete. Il est doté d'une petite capacité comparée à la métropole (420 places) mais avec une couverture fonctionnelle équivalente de celle d'un CHU en métropole. Seuls certains secteurs « de pointe » ne sont pas disponibles sur le territoire : le recours à ces soins particuliers impose le transfert des patients vers des centres de référence en Métropole ou en Nouvelle-Zélande.

2.2.4 La Caisse de prévoyance sociale (CPS)

La CPS est l'équivalent polynésien de la « sécurité sociale » métropolitaine. C'est un organisme privé ayant une mission de service publique.

Elle a trois missions générales :

- Appliquer la politique de prestations sociales du pays
- Gérer les régimes sociaux du pays
- Assurer la coordination en Polynésie française avec d'autres régimes de protection sociale (Sécurité sociale métropolitaine, ENIM pour les gens de mer, CAFAT calédonienne...)

Un système universel de protection sociale, la protection sociale généralisée (PSG), a été mis en place dès 1995, avec pour ambition affichée d'offrir à chaque polynésien une couverture sociale de la naissance à la mort. Le taux de couverture est aujourd'hui de plus de 98%.

La PSG représente environ 17 % du PIB du pays (11,6% en métropole), avec une augmentation progressive des charges liées à l'allongement de l'espérance de vie (plus six ans en vingt ans), au vieillissement démographique (9 % de personnes de plus de 60 ans), aux progrès de la médecine et au traitement de pathologies lourdes (forte prévalence du diabète, oncologie, greffes...), mais également aux nouvelles exigences sociétales en terme de qualité des soins.

Le système de santé polynésien doit faire face à la dispersion des îles, cela a conduit à mettre en place un dispositif original d'évacuations sanitaires (Evasans) intérieures et extérieures :

- Il existe deux grands types d'Evasans intérieures :
 - o Les transports sanitaires, qui sont programmés
 - o Les EVASAN urgentes qui peuvent avoir un vecteur de ligne régulière ou d'aéronef spécialement affrété selon les situations par le SAMU.
- Les EVASAN extérieures (Métropole ou Nouvelle-Zélande) lorsque le CHPf ne suffit plus à assurer les soins (Cancers, Chirurgie Cardio-Vasculaire ...)

2.2.5 Les systèmes d'information de la santé

Il existe plusieurs systèmes d'information de santé en Polynésie, ces systèmes ne communiquent pas entre eux et sont gérés par des services différents. (Cf Annexe I).

Pour les citer :

- Le Service informatique de la Polynésie française - SIPf
- Le Réseau informatique RISP et le logiciel de gestion du dossier patient Logedopat
- La Direction des systèmes d'information et des opérations – DSIO, du CHPf qui a récemment refait son système d'information et de communication en 2009 lors du changement d'hôpital avec la création du « DMPweb »
- Le Service informatique de la Caisse de prévoyance sociale - CPS

Dans ce cadre, suite à la mission de 2009 de la société SIS consulting, un Schéma directeur stratégique du système d'Information de Santé de la Polynésie française a été établi. Ce schéma a été relancé début 2013 dont le directeur des opérations est le directeur du DSIO du CHPf.

A noter qu'il n'existe pas comme en métropole de carte sésame vitale ou de Dossier Médical Partagé.

2.2.6 Pathologies et populations

2.2.6.1 Les principales données en matière de santé

On assiste en Polynésie à une modification des pathologies rencontrées depuis une trentaine d'années. En effet, les grandes endémies parasitaires ou infectieuses ont largement régressé et ont été remplacées par les maladies dites non transmissibles (MNT), caractéristiques des pays développés. (9)

Les principales causes de mortalité en Pf sont donc comparables à celles de la métropole.

La forte prévalence du diabète, de l'obésité, de la surcharge pondérale suscite des complications médicales de plus en plus nombreuses. Près de la moitié de la population (45%) présente un risque majeur de développer une MNT (10)

2.2.6.2 Particularités du patient polynésien(11)

L'héritage culturel particulier du patient polynésien implique souvent une perception de la santé différente d'une vision métropolitaine. Le soin et la relation médecin/patient ne se gèrent pas de la même façon qu'en métropole.

L'inégalité existante de fait entre tout professionnel de santé et son patient est exacerbée avec le malade Polynésien. La majorité des critères d'inégalités sont aggravés: classe sociale, culture, langue, niveau d'étude et d'éducation....

Le patient Polynésien a une compréhension du monde basée sur une réalité immédiate (ce que l'on voit, ce que l'on touche, ce que l'on sent) différent du professionnel de santé qui a une *capacité et une culture d'abstraction*. (12)

Les choses sont liées mais n'ont pas nécessairement de lien de cause à effet. Le patient Polynésien a aussi adopté une sorte de fatalité naturelle ou religieuse où « les choses sont comme elles sont », de ce fait il recherche avant toute chose une guérison de ses symptômes, dans une démarche consumériste. (13)

2.2.7 La densité médicale

La densité médicale est de 237 médecins pour 100 000 habitants, supérieure aux autres territoires ultramarins mais inférieure à celle de métropole (341). Cette densité générale masque cependant de très fortes disparités entre les archipels, l'essentiel des praticiens étant concentré sur l'île de Tahiti. (4)

Pour exemple la densité médicale aux Tuamotu-Gambier est de 59 omnipraticiens pour 100 000 habitants (à condition que tous les postes soient pourvus), ce qui constitue la plus faible densité médicale du Pays.

2.3 Les soins primaires

■ Les soins primaires

Les soins primaires recouvrent les soins ambulatoires directement accessibles aux patients avec une dimension généraliste et communautaire. Ils sont centrés sur l'individu dans son contexte familial et social. Ils se caractérisent également par la continuité, la globalité, la coordination et la permanence. Ils combinent prévention, soins curatifs et de réhabilitation.

Les soins primaires doivent donc pouvoir répondre à 90% des problèmes de santé et constituent la porte d'entrée dans le système de santé. Les niveaux secondaire et tertiaire sont quant à eux spécialisés et donc segmentés. (1)

■ Les soins de santé primaire

Les soins de santé primaire sont définis pour la première fois lors de la conférence de l'OMS à Alma-Ata en 1978.

Les soins de santé primaires sont des soins de santé scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté puisse assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité.

Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent. (14)

Dans les pays à haut ou moyen revenu, les soins de santé primaire s'entendent essentiellement au premier niveau de soins

■ Soins de premiers recours

En France, la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé, Territoire) a défini les soins du premier recours, qui comprennent :

- La prévention
- Le dépistage

- La prise en charge des symptômes courants : douleur, fièvre, fatigue
- Le suivi et la prise en charge des pathologies chroniques
- La dispensation et l'administration des médicaments
- L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social
- Et enfin, la continuité et la permanence des soins. (15)

- La médecine générale

La définition européenne de la médecine générale retenue par la WONCA Europe en 2002 et révisé en 2011 souligne que la médecine générale est une spécialité clinique orientée vers les soins primaires.

Ses caractéristiques sont le premier recours, le suivi, la synthèse et la coordination de soins ainsi qu'un rôle de santé publique avec une dimension bio-environnementale (physiques, psychologique, sociale, culturelle ...).

- Conclusion

Toutes ces notions constituent donc autant d'équivalents pour parler de l'optimisation de la réponse aux besoins de santé de nos concitoyens quand leur situation ne nécessite pas l'accueil ou le retour à l'hôpital. (1)

La médecine générale est indissociable du soin primaire.

2.4 Télésanté et Télémédecine

2.4.1 La Télésanté

La « télésanté » est définie comme « le management et le support à la santé au niveau national et international, par des communications interactives sonores, visuelles et de données. Ceci inclut les prestations de soins de santé de base, les consultations, l'accès aux centres et aux dépôts des connaissances, la gestion des établissements de santé, la formation de base, la formation continue, la recherche, la surveillance des maladies et la gestion des urgences. » (17).

La télésanté ou e-santé couvre un champ plus large que la télémédecine englobant tout ce que les technologies du numérique peuvent offrir comme applications dans le domaine de la santé. Notons enfin que les applications ne se limitent pas au secteur sanitaire, mais concernent également le secteur médico-social et social.

2.4.2 La Télémédecine (TLM)

En France, en 1996, le Professeur L. Lareng définissait la Télémédecine comme « l'ensemble des moyens de transmission à distance d'informations nécessaires à la pratique médicale, afin de recueillir, d'organiser, et de partager les informations cliniques requises pour évaluer l'état du patient, poser un diagnostic et établir un traitement » (18)

La télémédecine fut définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1997 comme « la partie de la médecine qui utilise la transmission par télécommunication d'informations médicales (images, comptes rendus, enregistrements, etc.), en vue d'obtenir à distance un diagnostic, un avis spécialisé, une surveillance continue d'un malade, une décision thérapeutique ».

La télémédecine est pratiquée officiellement depuis 1920, année de la première licence pour radio de service médical aux bateaux publiée à New-York(19). En France, le Professeur Louis Lareng en fut l'un des pionniers qui créa en 1989 l'Institut Européen de Télémédecine, implanté à Toulouse.

2.4.3 Les différents actes de TLM

La définition des actes de télémédecine, leurs conditions de mise en œuvre ainsi que la prise en charge financière, fixées par décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010, tiennent compte des déficiences de l'offre de soins dues à l'insularité et l'enclavement géographique :

- La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
- La télé expertise a pour objet de permettre 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 télé réunion a pour objet de permettre à un groupe de professionnel de se réunir dans plusieurs salles distantes afin, par exemple, d'avoir les avis de plusieurs spécialistes.
- La télésurveillance médicale a pour objet de permettre 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. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La téléassistance médicale a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

2.4.4 Les enjeux pour le système de santé

Les enjeux de la demande sont multiples. Ils comprennent :

- Des enjeux d'organisation des soins pour répondre aux évolutions démographiques concernant les ressources médicales et techniques et à la spécialisation toujours plus grande de la médecine. Comme le dit P. Simon, « la télémédecine peut être un bras de levier puissant pour conduire la restructuration de l'organisation des soins voulue par le législateur dans la loi HPST ». (20)
- Des enjeux pour les patients et usagers du système de santé : améliorer la qualité et la sécurité des soins, garantir leur accessibilité ainsi que leur permanence, assurer un plus grand confort dans la prise en charge dans le respect d'une qualité de vie optimale, améliorer l'accès à l'information.
- Des enjeux économiques liés au développement de nouveaux modes d'organisation des soins plus efficaces.
- Des enjeux professionnels en termes de management et d'accompagnement du changement, d'information et de meilleure visibilité des différents acteurs dans le déploiement des projets et expérimentations de télémédecine.(21)

La télémédecine est un facteur clé d'amélioration de la performance des systèmes de santé. Son usage dans les territoires isolés constitue en effet une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques (vieillesse de la population, augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques et de poly-pathologies), démographiques (inégale répartition des professionnels sur le territoire national) et économiques (contraintes budgétaires) auxquels fait face le système de santé aujourd'hui. (21)

L'amélioration de la qualité des soins et la satisfaction des patients pour ce nouveau mode de prise en charge sont aujourd'hui bien démontrées. En revanche, l'absence de données médico-économiques fiables est une constante dans la quasi-totalité des études internationales réalisées au cours de la dernière décennie. (22)

2.4.5 Cadre juridique de la TLM

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires s'inscrit dans un champ vaste, allant de la prévention jusqu'au secteur médico-social, en organisant en infrarégional l'offre de soins libérale et hospitalière (Loi HPST). Concernant la télémédecine, ce texte de loi marque une rupture majeure : il ne s'agit plus uniquement de réguler l'usage ou l'utilisation de la télémédecine mais de dédier son déploiement à des intérêts de Santé publique. (21)

Les actes de télémédecine sont des actes médicaux sous la responsabilité d'un médecin (professionnel médical). Le consentement du patient est obligatoire pour tout acte médical. Il en est de même pour un acte de télémédecine. Néanmoins, aucun texte ne prévoit le recueil du consentement écrit. Le recueil du consentement dans le cadre d'un acte de télémédecine peut donc être attesté de façon dématérialisée. La TLM implique, outre l'acte médical, la transmission électronique de données médicales sensibles et éventuellement un hébergement des données. Ainsi, l'article R. 6316-2 du Code de la santé publique indique « Les actes de télémédecine sont réalisés avec le consentement libre et éclairé de la personne, en application notamment des dispositions des articles L. 1111-2 et L. 1111-4. Les professionnels participant à un acte de télémédecine peuvent, sauf opposition de la personne dûment informée, échanger des informations relatives à cette personne, notamment par le biais des technologies de l'information et de la communication. »(23)

2.4.6 Les projets de TLM en France et à l'étranger

De nombreux projets de TLM existent en France et à l'étranger, cependant il est à noter qu'il y a très peu de projets dédiés uniquement au soin primaire. La télémédecine en Guyane est une solution intéressante dans le contexte Polynésien.

3 Evaluation des soins dans les îles isolées

En dehors de Tahiti et Moorea, le système de santé dans chaque archipel est organisé autour d'une subdivision santé. Seules les subdivisions des îles sous le vent et des Marquises peuvent avoir recours à des hôpitaux périphériques ; en dehors de ces hôpitaux il n'y a aucun accès à la médecine spécialisée (exception faite du cabinet de radiologie de Bora-Bora).

3.1 Les sites isolés

Un site isolé est ici défini comme une structure de santé, s'occupant des soins primaires, n'ayant pas de possibilité de recours à du soin secondaire de façon pérenne pour des raisons d'éloignement géographique ou d'inadéquation des moyens de transport. Le recours aux examens paracliniques est extrêmement rudimentaire. Les avis spécialisés ne sont possibles dans le meilleur des cas qu'annuellement à l'occasion de missions *in situ* de spécialistes.

Ces structures sont donc dépendantes des échanges avec Tahiti aussi bien pour l’approvisionnement que pour la prise en charge des patients en soin secondaire ou tertiaire. Ces sites isolés peuvent représenter des atolls entiers comme aux Tuamotu ou des vallées enclavées avec peu de moyens de communications comme c’est le cas aux Marquises.

3.2 Le service de santé des Tuamotu-Gambier (SSTG)

Comme toutes les structures périphériques de santé de Polynésie, le service de santé des Tuamotu-Gambier (SSTG) a pour vocation d’offrir un service de santé primaire à l’ensemble de la population de l’archipel.

3.2.1 Les caractéristiques

Constitué uniquement de sites isolés, l’archipel des Tuamotu-Gambier (TG) est l’archipel le plus représentatif car il regroupe à lui seul toutes les problématiques de répartition de l’offre de soins primaires en Polynésie, caractérisées par :

- La faible démographie (presque 17 000 habitants au recensement de 2012) répartie sur un territoire géographique immense, représentant un éparpillement extrême de la population
- Le nombre important de sites, 43 structures de santé (plus celle de référence à Papeete : le **dispensaire des TG ou DTG**), et leur éloignement les unes des autres. Le SSTG est une structure d’offre de soins primaires qui doit faire face à de nombreux défis. En plus des problématiques générales des structures de soins de la direction de la santé, elle a à régler les difficultés liées à une interface complexe entre les nécessités médicales et les contraintes logistiques exceptionnelles.
- La faible population médicale 7 à 9 médecins selon les recrutements.
- La place centrale des paramédicaux dans l’organisation des soins :
 - ↳ Infirmiers et auxiliaires de santé sont en première ligne pour la prise en charge des patients
 - ↳ Ces personnels assurent à leur échelle et à titre individuel, de façon horizontale l’ensemble des missions des structures périphériques de santé : prévention, soins, accueil des urgences, campagnes de vaccinations, campagnes filariose, campagnes de dépistage de l’hypertension et du diabète, gestion de pharmacie, gestion logistique, voire même hygiène et salubrité publique.
 - ↳ L’isolement professionnel des agents de santé des îles
- L’absence de structure hospitalière pour l’accueil des patients en second recours.

L’ensemble du SSTG assure l’accueil de 100 000 patients par an, soit une moyenne de près de 6 passages par habitant et par an dans une structure de santé publique.

3.2.2 Le fonctionnement et les particularités du SSTG

Pour remplir ses missions, le SSTG a dû adapter son fonctionnement à ses contraintes : faible effectif, géographie, absence de moyens logistiques adaptés, moyens de communication rudimentaires. Il s’appuie sur son centre de référence, le dispensaire des Tuamotu-Gambier (DTG) situé à Papeete. Ce centre de référence sert de base logistique, organisationnelle et médicale pour l’ensemble des structures périphériques de santé de l’archipel.

Le SSTG offre différents niveaux de service :

- un accueil *in situ* par des agents para-médicaux qui gèrent en autonomie les situations correspondant à leurs connaissances et à leur expérience.
- Une médicalisation du soin qui revêt plusieurs formes :
 - o Les missions médicales *in situ*, programmées, qui permettent d'établir un plan de soin avec le patient. Ces missions sont au mieux trimestrielles, mais souvent semestrielles.
 - o L'avis téléphonique auprès d'un agent qui en fait la demande
 - o Le transfert sanitaire du patient vers le DTG à Papeete où le patient pourra être examiné et où il pourra bénéficier du plateau technique disponible si des investigations sont nécessaires.
- Une consultation de retour à Papeete: accueil des patients ayant bénéficié de soins secondaires ou tertiaires à Papeete (spécialistes, hospitalisations), avant leur retour sur leur île afin de coordonner la suite de leur prise en charge. A cette occasion, une opération de contrôle est réalisée au bénéfice de la caisse de prévoyance sociale (CPS). C'est une des spécificités du DTG.

Par ailleurs le SSTG doit maintenir un lien étroit avec de nombreux intervenants extérieurs (spécialistes, services sociaux...) qui participent à la prise en charge du patient.

Cf. Annexe II

Le SSTG est la structure de choix pour débiter le développement de l'e-santé du fait de ses particularités :

- **l'isolement,**
- **le recours très important à un exercice à distance**
- **l'activité paramédicale importante**
- **la consultation retour à Papeete**
- **les nombreuses EVASANS**
- **un centre administratif et médical localisé à Tahiti**

3.3 Bilan critique

L'adaptation dont a dû faire preuve le SSTG pour offrir un service de santé primaire à la population dont il a la charge, au plus près des recommandations du Schéma d'organisation des soins du Pays appelle cependant à certaines critiques. Elles peuvent être généralement étendues à la plupart des sites isolés.

3.3.1 Effectif médical et compétences

Cette organisation de soins dans les îles doit tenir compte du manque de médecins volontaires et motivés, ainsi que du manque de compétence spécifique à cet exercice particulier. L'organisation mise en place n'améliore que partiellement l'accessibilité aux soins, souci premier des populations éloignées, majorant les inégalités inter-îles au sein d'un même archipel. Le problème risque d'empirer devant la pénurie de médecins à venir.

De plus en admettant que le recrutement médical soit à la hauteur des postes disponibles (ce qui est rarement le cas), la densité médicale aux Tuamotu-Gambier est l'équivalent de 59 omnipraticiens pour 100 000 habitants, dont 10% de médecins libéraux, ce qui constitue la plus faible densité médicale du Pays. Seules quatre îles sur 43 (soit moins de 10%) ont une présence médicale acceptable (75% du temps).

Pour comparaison :

- En 2012, en France métropolitaine, la densité moyenne des omnipraticiens est de 157 pour 100 000 habitants, avec 68 % de libéraux (24)
- A Moorea, la densité omnipraticienne est de 88 pour 100 000 habitants

Compte tenu de cet effectif et compte tenu de l'éparpillement de la population, il apparaît évident que les objectifs de santé au SSTG ne peuvent être calquées sur celles de métropole, voire même sur celles des îles de la Société en Polynésie.

3.3.2 Le premier recours paramédical

Dans les sites isolés, l'accès au soin passe par un agent paramédical : IDE ou ASP en fonction du schéma d'organisation sanitaire de Polynésie. L'agent dispense les soins qu'il se sent capable d'apporter au patient ; **la médicalisation de l'acte, via un avis téléphonique, est laissée à l'appréciation de l'agent.**

Les infirmiers disposent de protocoles adaptés à leur niveau de formation. Ces protocoles se basent sur une approche syndromique, excluant une démarche diagnostique. Si la symptomatologie du patient ne rentre pas dans le cadre de ces protocoles, le recours médical est requis. L'accès à la médicalisation est donc assez bien codifié pour les infirmiers.

Cependant, les protocoles publiés ne sont pas adaptés au niveau de connaissance et de compétence des ASP, et aucune version simplifiée n'a encore été écrite pour clarifier leur exercice. Le recours au niveau médical est donc totalement empirique, laissant la place au jugement d'un professionnel de compétence limitée. Cette difficulté est aggravée par l'absence d'encadrement *in situ*, l'absence de possibilités de formations ex-situ, les difficultés de communication et une équipe de cadres réduite. Outre la problématique médico-légale, il est à craindre que la nécessité de l'accès au niveau médical d'intervention soit sous-estimée, pouvant porter préjudice à la santé du patient.

Par ailleurs, compte tenu du schéma d'organisation sanitaire de Polynésie, les structures périphériques sont organisées uniquement en fonction du nombre d'habitants sans tenir compte de l'éloignement et de l'isolement de l'île.

3.3.3 Eparpillement de l'information

■ L'organisation de l'information du DTG

L'information est organisée autour de trois systèmes :

- Le dossier « longue maladie » (appelé aussi « Carnet Rouge »), quand il n'a pas été conservé par un médecin, et quand ces patients pensent à le présenter : l'information y est chronologiquement consignée, sans synthèse utilisable, y compris, la plupart du temps, sur le plan thérapeutique. Cette organisation ne touche qu'une partie des patients, et n'est pas de nature à clarifier la prise en charge du patient.
- Le dossier papier du DTG, manuscrit, intègre les comptes rendus spécialisés disponibles classés par ordre chronologique et les comptes rendus d'examens para-cliniques classés selon le même mode. L'observation manuscrite est également chronologique et se résume à une prise de décision ponctuelle liée à un télé-conseil, à une EVASAN, ou à un retour de consultation
- La mémoire médicale est déterminante dans la prise en charge, comme c'est le cas en cabinet médical : le médecin « connaît » son patient et en fait une synthèse plus ou moins consciente qui oriente la prise en charge. La population des TG étant prise en charge par une équipe médicale cette information synthétique n'est valable que pour un praticien, mais n'est pas partagée au sein de l'équipe.

■ L'organisation de l'information dans les sites isolés

L'organisation de l'information dans les structures périphériques est semblable à celle du DTG : carnet de « longue maladie », dossier papier classé selon le même mode, mémoire de l'agent.

Le dossier papier réunit tous les événements chronologiques survenus localement sur site, concernant le patient, aussi bien les suivis systématiques des patients chroniques que les événements intercurrents. Ils ne sont qu'exceptionnellement interprétés et ne sont pas transmis au DTG, ce qui limite la pertinence des prises de décision médicale.

■ Les circuits d'information

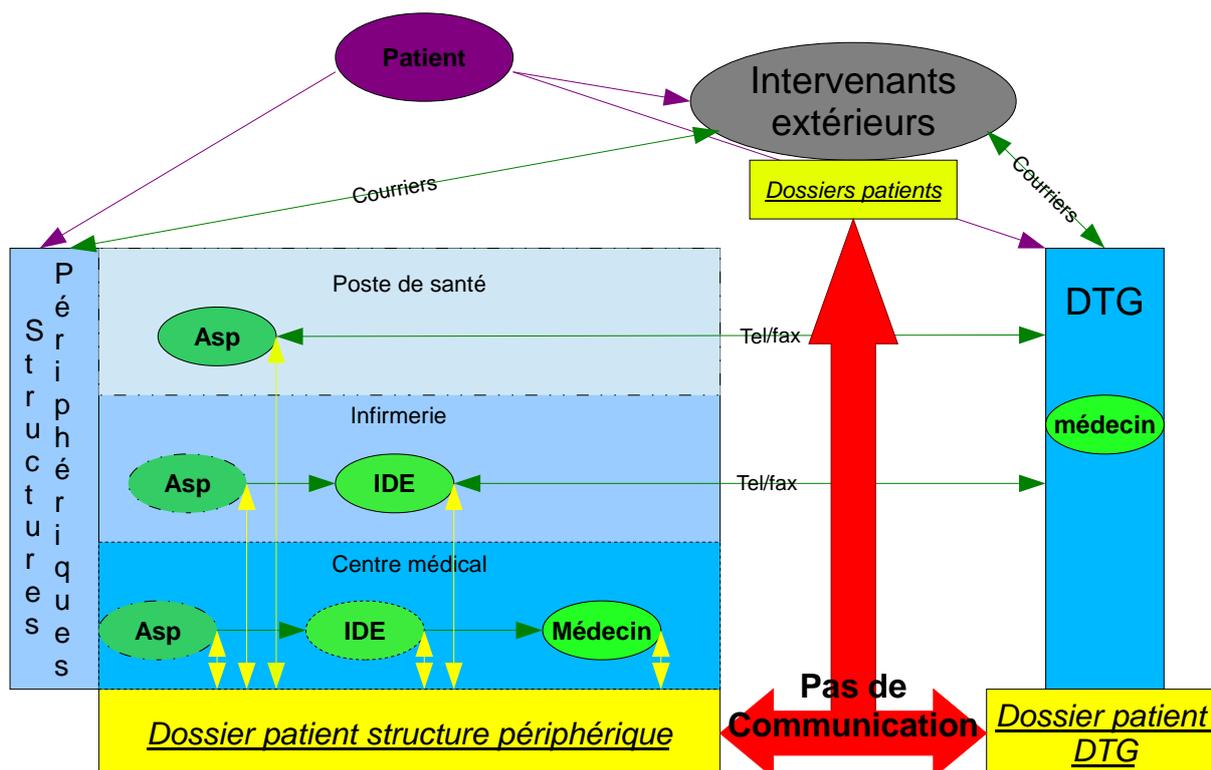
La décision médicale est organisée autour de l'équipe médicale du DTG qui ne dispose pas de l'ensemble des informations utiles à la prise en charge optimale du patient :

- Le principal outil de coordination entre les intervenants reste probablement le « carnet rouge » du patient malheureusement peu structuré et avec les documents classés par ordre chronologique, et ne concernant que les patients bénéficiaires d'une prise en charge pour une longue maladie.
- Les circuits d'informations médicales concernant les patients des TG n'intègrent pas systématiquement le DTG, conduisant à une perte de données pertinentes.
- Il résulte de la multiplicité des dossiers médicaux et des intervenants, une information dispersée et parcellaire.
- L'incompréhension de la problématique du patient, l'absence de synthèse médicale, l'ingérence des spécialistes dans la prise en charge de santé primaire (par insuffisance de l'offre omnipraticienne – chaque spécialiste s'appropriant le suivi « généraliste » du patient), la multiplicité des ordonnances selon les intervenants entraînent une altération évidente de la qualité de soins et de prise en charge et un surcoût des dépenses de santé.

Il existe donc une discordance entre la place centrale décisionnaire médicale du DTG en termes de santé primaire, et l'absence de confluence de l'information vers cette place centrale. **Il en résulte une coordination médicale non efficiente et une incohérence de prise en charge** (suivis et traitements).

A titre d'exemple on pourra citer le cas d'un patient « convoqué » par son cardiologue pour un suivi d'hypertension artérielle, alors qu'il souffre d'une néoplasie pancréatique multi-métastasée en traitement palliatif.

Ce défaut d'organisation de l'information médicale contribue à un accès non optimal altérant la prise en charge coordonnée du patient.



3.3.4 Pluralité des réseaux médicaux

Le patient ayant le choix de son médecin traitant, il peut avoir recours à un médecin libéral qui assurera son suivi, lorsqu'il est en déplacement à Papeete.

Au moment du renouvellement de son ordonnance sur son île, le patient s'adresse à l'agent de santé sur place. Celui-ci transmet la demande de renouvellement d'ordonnance au DTG qui est son référent médical. Le médecin du DTG ne dispose alors pas des éléments nécessaires au suivi de ce patient. Il se retrouve alors contraint de se réappropriier la problématique du patient pour remettre ou pas en question la prescription et la prise en charge de son confrère libéral.

Cette situation met régulièrement en opposition le médecin du DTG avec le médecin libéral, dans la mesure où la stratégie de prise en charge diffère totalement. Ainsi, le médecin du DTG va limiter la prescription de traitements à haut risque iatrogène, parfois au prix d'une efficacité thérapeutique moindre. L'utilisation de traitements nécessitant une surveillance biologique rapprochée sera par exemple très attentivement examinée pour les patients ne bénéficiant sur leur île que d'un poste de santé (où la biologie ne peut être réalisée qu'une à deux fois par an)

Cette gestion de l'interface entre le DTG et les intervenants médicaux extérieurs est délicate, chronophage et source d'erreur, sans compter les conflits inter médicaux qui peuvent en résulter.

3.3.5 Patient spectateur plus qu'acteur

En métropole, le patient est sans doute l'acteur principal de la coordination de ses soins, poussé par une motivation à comprendre exacerbée par une certaine anxiété face à sa maladie.

En Polynésie (et plus particulièrement dans les îles) la perception différente de la chronologie et de la maladie (comme amenant son corps à son « taote », à son médecin) rend le patient probablement moins investi dans sa prise en charge(13). L'anxiété moindre face à la maladie, la dureté au mal et l'acceptation des événements de la vie, exacerbent ce phénomène. Par ailleurs, les explications des médecins sont souvent trop techniques, non comprises du patient. Les décisions médicales ne s'adaptent ni aux souhaits, ni aux possibilités du patient. Les réponses apportées par le corps médical perdent le patient dans la complexité de sa pathologie, ce qui le rend plus spectateur qu'acteur. **Sa participation à la coordination des soins se borne donc souvent à accepter ou refuser la prise en charge qui lui est proposée. (11)**

3.3.6 Limites de l'exercice à distance

▪ Sa reconnaissance

Cet exercice d'expertise médicale omnipraticienne à distance au profit de patients par l'intermédiaire d'un agent paramédical existe de fait, mais est non « officiel », non reconnu, non intégré dans le fonctionnement, sans moyens identifiés, sans définition des ressources humaines nécessaires (absence de profil de poste, par exemple).

▪ Exercice à distance

Les limites médicales de l'exercice à distance tel qu'il est actuellement conçu, sont multiples, au-delà de la problématique de coordination des soins largement exposée ci-dessus :

- Séméiologie imparfaite : les agents sont insuffisamment formés pour reconnaître une anomalie séméiologique et la transmettre de façon fiable, pouvant apporter des confusions diagnostiques de la part du télé-médecin, et pouvant conduire à des décisions thérapeutiques inadaptées.
- Absence de formation des médecins à cet exercice à distance, entraînant une méconnaissance des pièges de régulation et des ressorts psychologiques entre les protagonistes de l'échange télé-médical, conduisant à des erreurs d'appréciation, et donc de prise en charge.
- Le fonctionnement téléphonique entraîne une réponse immédiate à une question immédiate. Cela aboutit à un traitement dans l'urgence de problématiques non urgentes, conduisant à une prise en charge insuffisamment mûrie, parfois précipitée et inadaptée, sans intégration de la problématique générale du patient.
- L'absence d'efficacité organisationnelle
 - Pas de priorisation dans l'accueil des patients,
 - pas de tri des appels,
 - sous-utilisation des compétences,
 - mauvaise répartition des tâches et des personnes....

▪ Altération de la relation médecin patient

Les interfaces que constituent le téléphone (ou la télécopie) et l'agent de santé entre le patient et le médecin sont des rouages de la prise en charge de ce patient. Elles constituent néanmoins autant de distance entre les protagonistes de la relation. Par ailleurs l'expression du message au niveau de chaque intervenant varie, ce qui peut entraîner une modification de l'interprétation de la demande initiale. La complexité de la relation « patient/médecin » et

« médecin/patient », est doublée par cette interface, avec les risques d'incompréhension que cela comporte. Ces risques sont naturellement majorés par les différences de culture et de langue.

3.3.7 Dysfonctionnement des missions de prévention

Les campagnes de préventions sont très imparfaitement appliquées. L'organisation des missions de prévention de la direction de la santé s'appuie sur des équipes dédiées à cette activité dans la majorité des archipels. Aux TG, une telle équipe n'existe pas : chaque agent est amené à réaliser l'ensemble des programmes, sans encadrement ad'hoc, sans formation, sans accompagnement. Dans ces conditions, ces campagnes sont irréalisables.

Le programme de suivi des enfants en âge préscolaire est très codifié en Polynésie. Ce programme se base sur un accès à la médicalisation au moins bimestrielle, ce qui est loin d'être le cas, puisque dans la situation la plus favorable, les îles bénéficient d'une visite trimestrielle, mais plus souvent semestrielle voire annuelle. La fréquence des visites systématiques nécessaire est donc en inadéquation avec le peu de missions médicales dans les îles isolées, conduisant à des retards de diagnostic de trouble de croissance ou de trouble de développement psychomoteur. On notera cependant que grâce à une délégation de l'activité de vaccination aux agents paramédicaux, le calendrier vaccinal est plutôt respecté avec un taux de couverture vaccinale qui approche les 100%.

3.3.8 Dysfonctionnement de la consultation au DTG

■ Limites entre offre de santé et contrôle médical

Le DTG est dans un double rôle au moment de la consultation de retour :

- Celui de préparer la suite du traitement et du suivi du patient sur son île. Ceci implique entre autre, de prévoir la suite de la prise en charge spécialisée, ce qui est souvent complexe dans la mesure où, à cet instant, l'évolution de l'état du patient n'est souvent pas prévisible.
- Celui de contrôler que l'ensemble des soins prévus à Tahiti ont bien été réalisés, dans un double objectif :
 - o L'optimisation de la prise en charge médicale du patient : au titre du libre choix du patient, le médecin peut admettre que le patient refuse de voir tel ou tel spécialiste
 - o L'optimisation du coût pour la CPS : l'organisme payeur a accepté la prise en charge du transport du patient pour un contrat d'un certain nombre de consultations sur Tahiti. De ce point de vue, le médecin du DTG ne peut accepter le retour du patient s'il n'a pas vu tous les spécialistes prévus, théoriquement avec l'accord du patient au moment de la préparation de l'EVASAN.

On comprend alors l'ambivalence de la position du médecin du DTG dans son rôle de soignant, devant aussi assurer un rôle central dans le contrôle de la dépense de la caisse d'assurance maladie. Cette ambivalence est de nature à détériorer la relation « médecin-patient » et à être source de conflit entre le patient et le médecin, ce qui contribue à altérer la qualité de la prise en charge.

■ Limites de la consultation de retour

Entre 20 et 30 patients sont vus chaque jour au DTG, par un seul médecin, essentiellement pour une consultation de retour, mais pas seulement... Le temps imparti pour une consultation est trop bref pour assurer un travail de transmission et de coordination de soins de qualité, aboutissant à des approximations, notamment en raison des motifs exposés plus haut, mais aussi par manque d'effectif médical et de secrétariat (cf ci-dessous).

■ Effets collatéraux des Evasans

Chaque Evasan ou évacuation sanitaire a un objectif de soin défini soit lors d'une mission médicale sur l'île, soit à l'occasion d'une prise en charge à distance. Selon les patients, ou pour un

même patient à deux moments différents, l'Evasan peut être vécue de deux façons diamétralement opposées:

- Elle peut être une forte contrainte liée à une séparation familiale, à une perte de revenu (notamment pour les coprahculteurs, activité professionnelle la plus largement répandue aux TG), et à un inconfort certain en cas de précarité des conditions d'accueil à Tahiti. Cette contrainte peut amener le patient à récuser son Evasan, au détriment de sa santé, avec des conséquences qu'il assume.
- Elle peut au contraire faire l'objet d'un bénéfice secondaire, notamment pour les plus aisés des patients, n'ayant pas de contraintes d'hébergement à Tahiti, avec le paiement par la CPS du billet de transport, pour des activités autres que les soins proprement dits. La CPS est alors perçue comme une agence de voyage gratuite, poussant certains patients à s'inventer des symptômes débouchant sur une EVASAN.

Il est à noter que seul le SSTG (à l'exclusion des services de santé des Australes et des Marquises) a organisé ce type de consultation. Même défailante, elle a le mérite d'exister et de rendre une certaine « coordination » possible.

3.3.9 Dysfonctionnements de l'activité médicale in situ

Les missions médicales dans les îles sont soumises à de très fortes contraintes de tous ordres :

- Absence de budget identifié et garanti
- Logistique de transport imprévisible avec des possibilités de fret très fluctuantes.
- Recrutement médical aléatoire, avec un effectif réduit, limitant les possibilités d'une préparation optimale.
- Installations parfois sommaires dans les îles altérant les conditions d'exercice
- Approvisionnement en matériel médical disponible sur site et la limite pondérale du matériel embarqué, restreignant l'étendue fonctionnelle des missions médicales.
- Absence d'outils de synchronisation des dossiers médicaux contribuant à une non optimisation du temps médical in situ.

De ce fait, le programme de missions dans les îles, n'est en pratique que très irrégulièrement réalisé. Ces missions sont par ailleurs mal préparées, et non optimisées.

3.3.10 Transversalité des dysfonctionnements

3.3.10.1 Cadre législatif

Même si le schéma d'organisation des soins prévoit l'existence des postes de santé animés par les ASP, ceux-ci remplissent des missions qui dépassent largement le cadre légal.

De même, l'exercice médical à distance n'est pas intégré aux textes

3.3.10.2 Rigidités administratives

L'autonomie administrative et financière de la Direction de la santé (et plus particulièrement le SSTG) est très limitée du fait de l'organisation de l'administration de la Polynésie française. En effet, la direction de la santé n'a pas d'autonomie de gestion du parc informatique qui est sous la tutelle d'un service spécialisé dépendant de la vice-présidence (indépendamment du ministère de la santé et donc de la direction de la santé). Elle ne gère pas non plus les ressources humaines gérées par un ministère indépendant de celui de la santé.

Cela exacerbe les contraintes géographiques et organisationnelles. Le SSTG ne peut répondre de façon autonome à ces contraintes. Chaque décision doit être argumentée de façon prospective contribuant à une gestion heurtée et ralentie du service.

Ce processus influe négativement sur la réactivité du service, sur son organisation, sur ses capacités d'adaptation, sur ses choix stratégiques.

3.3.10.3 Ressources humaines

La pluralité des intervenants pour le recrutement et l'existence de procédures rigides et lentes (45 jours pour faire aboutir un recrutement) conduisent à une perte de la continuité de l'offre de soins.

La densité médicale est la plus faible de Polynésie, alors que les besoins sont supérieurs à la moyenne du Pays, compte tenu des contraintes liées au mode d'exercice, et aux difficultés logistiques, notamment de transport.

A noter également l'absence de secrétariat médical qui conduit à un glissement de l'activité des soignants vers des tâches purement administratives.

3.3.10.4 Déficit de formation

L'exercice professionnel très particulier de l'équipe du SSTG nécessite une formation spécifique pour répondre de façon adaptée aux missions attendues. Or :

- La formation primaire des auxiliaires de santé est complètement insuffisante : initialement prévue sur trois mois de formation théorique et trois mois de stage, elle est désormais réduite, dans le meilleur des cas, à un mois d'enseignement non institutionnalisé.
- La formation secondaire des soignants en milieu isolé se fait uniquement sur des connaissances empiriques, sans accès à une base de données conforme à l'Evidence-Based Medicine (EBM)
- Le contrôle des pratiques dans les postes isolés par le corps médical ou par les cadres de santé, est très insuffisant, au mieux annuel.
- Le déficit de formation médicale aux spécificités de la télé-prise en charge des patients et aux spécificités de la prise en charge des patients en milieu insulaire isolé. En effet l'ensemble de l'enseignement médical se fait dans la logique d'un accès « au lit du patient », sans autre limite théorique à cet accès que la volonté du patient. Or l'exercice des médecins au SSTG est subordonné à des contraintes inhabituelles : accès direct au patient rare et pas toujours au moment opportun...

3.3.10.5 Méthodes de travail

▪ L'archaïsme des méthodes de travail

Proche d'une activité de type cabinet médical, la pratique « mono » disciplinaire et l'absence de délégation de tâches, ont pour conséquence un travail administratif chronophage du médecin (tri, information dans le dossier médical, regroupement des données, secrétariat...).

▪ L'absence de tableaux de bord fiables

La multiplicité des méthodes de recueil aboutit à une information qui est parcellaire, non fiable, et dont l'architecture dépend du type de structure de soins, selon qu'elle est équipée du LOGEDOPAT ou non.

▪ Relations avec la CPS

Les interconnexions avec la CPS ne sont pas organisées de façon satisfaisante. Le recueil de l'activité aboutissant au paiement des actes réalisés, impose une double saisie sur des logiciels non compatibles. Par ailleurs, chaque Evasan nécessite de multiples saisies (au moins quatre), l'envoi de télécopies (au moins trois), la manipulation et l'étude de deux dossiers médicaux et de plusieurs registres... Ce fonctionnement entraîne des contraintes fortes souvent contraires à l'efficacité organisationnelle

3.3.10.6 Déficit en matériel technique

▪ Matériel

La vétusté de certains équipements ne permet plus aujourd'hui d'accueillir et de prendre en charge les usagers de manière satisfaisante. En effet, en 2012, encore cinq structures sur 43 ne disposent toujours pas d'eau courante ; huit structures n'ont toujours pas de téléphone et de fax. Seules quinze structures sont informatisées dont onze ont un dossier patient informatisé.

Le matériel informatique est soumis à rude épreuve face aux conditions d'utilisations (chaleur, locaux non climatisés, air salin... Pour mémoire, les motus - îlots de couronne des atolls - dépassent rarement 1000 mètres de large, et les bâtiments sont donc au plus à 500 mètres de la mer ou du lagon). Il faut également souligner l'absence de personnel disponible pour l'entretien du matériel ce qui contribue à son vieillissement prématuré.

Parmi les besoins exprimés par les agents, le support à l'installation et à l'utilisation de l'informatique arrivent unanimement en haut de la liste des besoins exprimés.(25)

▪ L'absence d'outils de centralisation et de synchronisation

La centralisation des données médicales et leur synchronisation sont indispensables pour permettre une compréhension pertinente de la problématique globale du patient afin d'optimiser sa prise en charge. L'outil logiciel livré par le projet « RISP » est actuellement en service à la direction de la santé mais il est loin de répondre à toutes les attentes initiales. (26)

Actuellement, le seul moyen de synchroniser le dossier médical est manuel : synthèse médicale faxée aux intéressés.

▪ Pluralité des intervenants techniques

La ressource technique informatique entourant les besoins en termes de santé est éclatée auprès de multiples intervenants indépendants les uns des autres : La Cellule RISP, Les communes (qui sont responsables de l'informatisation de certaines structures de santé), Le CHPf, Le SIPf

L'éparpillement des responsabilités et des ressources dédiées au support informatique est évidemment préjudiciable à l'efficacité attendue de ce parc.

Par ailleurs la connexion au réseau internet des îles est entièrement dépendante de l'OPT.

Les ressources humaines actuelles (aussi bien au SIPf qu'à l'OPT) sont sous dimensionnées pour répondre aux besoins croissants de technicité (aussi bien concernant le matériel que les logiciels).

▪ Archaïsme des Moyens de communication et hétérogénéité des outils

La plupart des structures périphériques ainsi que le DTG utilisent quotidiennement Fax et téléphone. Même si les connexions internet s'étendent et que les débits augmentent, ils sont encore largement insuffisants. Lorsque que l'outil internet peut être utilisé, seuls les échanges par mails sont effectués, de façon isolée et non sécurisée, avec quelques intervenants extérieurs. Par ailleurs l'OPT n'envoie de technicien sur une île que pour un nombre minimal d'interventions (huit) : ce qui freine considérablement le rythme d'extension des connexions.

La transmission d'information depuis les structures vers le DTG est hétérogène, manuelle et sur support papier. L'obtention de données agrégées, que cela soit pour fournir le rapport d'activité annuel ou pour les informations de veille sanitaire ou de prévention demande un travail important, non automatisé et à reproduire à chaque fois.

L'absence d'harmonisation technologique, la multitude d'applications informatiques non connectées et non interopérables avec la nécessité de l'utilisation du papier comme support principal rend l'utilisation de l'informatique marginale, peu efficace, laborieuse et donc négligée...

3.3.11 Conclusion : Inadéquation entre missions et moyens

La problématique de prise en charge médicale dans les îles (liée à la diversité des activités, la non coordination des intervenants, la multiplicité des dossiers médicaux, les déficits de communication...) entraîne une offre de soins de qualité médiocre à un coût élevé avec :

- Un manque de cohérence dans les soins, le suivi et les traitements des patients.
- Une iatrogénie (Surconsommation médicamenteuse et automédication)
- Un surcoût, consultations et Evasans inutiles
- Un déficit de coordination des soins parasitée par le rôle de contrôle médical

Les patients se retrouvent dans une situation de « dysmédicalisation » : ils sont souvent sous-médicalisés à l'échelle des soins primaires, et surmédicalisés en soins secondaires et tertiaires.

Le manque de modernisation organisationnelle et l'absence de réponses techniques adéquates entraînent :

- Une perte de l'optimisation du temps du travail des soignants
- L'absence de partage de données indispensables à la pertinence des soins
- Une incohérence du parcours de soins des patients
- Un recours important aux évacuations sanitaires
- Un coût considérable

Bien que l'organisation en place a le mérite de répondre de façon pragmatique à un accès médical très limité et un isolement extrême de la population, les moyens humains, techniques, organisationnels sont en inadéquation avec les missions du SSTG et des objectifs modernes de santé.

Les déficiences de lien entre les personnels, les dossiers médicaux et le partage de l'information sont le frein principal au bon fonctionnement du service et de façon plus générale du soin.

C'est pourquoi un projet de mise en place de soins primaires efficient dans les sites isolés est nécessaire et passe par la modernisation des pratiques, de l'organisation et des outils (techniques, logistiques et médicaux), centrée sur le partage de l'information.

4 Le projet de santé pour les sites isolés : Télésanté au service de la modernisation du soin primaire

4.1 Objectifs

4.1.1 Objectifs principaux

- L'équité des soins

Selon OMS, l'équité est l'absence de différences évitables ou remédiables entre différents groupes de personnes, qu'ils soient définis selon des critères sociaux, économiques, démographiques ou géographiques. L'absence d'équité en matière de santé va donc au-delà des simples inégalités relatives aux déterminants de la santé, à l'accès aux ressources nécessaires pour améliorer la santé ou la conserver ou aux résultats en matière de santé.

L'objectif de ce projet va plus loin qu'une équité horizontale (c'est à dire un « traitement égal de besoin égal » en matière d'accès aux soins par exemple) en proposant une équité verticale portant sur une égalité des chances (dans laquelle les personnes dotées de caractéristiques différentes doivent être traitées différemment).

- Assurer un soin primaire efficient
- Adapter la pratique médicale à l'isolement

4.1.2 Objectifs corollaires

- Palier au dysfonctionnement du système de soins et du parcours de soin
- Formation et accès à l'information
- Renforcement du lien et du travail d'équipe à distance

La réponse à ces objectifs est conditionnée aux solutions qui pourront être mises en regard des problématiques énoncées dans le bilan critique. Elle passe par un projet de santé intégrant des procédures organisationnelles, médicales et techniques parmi lesquelles, compte tenu des contraintes énoncées plus haut, la télésanté doit être la pierre angulaire.

4.2 Modernisation du soin et démarche qualité.

4.2.1 Le patient acteur de sa santé au centre du système

En parallèle de l'adaptation des pratiques, le patient doit être un acteur de sa prise en charge. Une implication du patient dans les décisions thérapeutiques le concernant peut permettre une responsabilisation, une coordination et un meilleur investissement au projet de soin.

La motivation et le choix du patient à son projet de soin, élément culturel essentiel d'une bonne prise en charge, devrait guider la collaboration entre les partenaires médicaux omnipraticiens, les personnels paramédicaux et les spécialistes.

Malgré les différences culturelles et de conditions de vie, le soignant devra être attentif aux explications données et veiller à la bonne compréhension du patient de sa pathologie, élément clé d'une meilleure adhésion à sa thérapeutique et d'une bonne observance.

L'inobservance d'une thérapeutique doit être considérée tout d'abord comme un échec médical dû à une mauvaise explication, ensuite comme une mauvaise tolérance (effets indésirables) et enfin comme un refus de soin ou une mauvaise adhésion à son projet de soin.

4.2.2 Médecine de « bon sens » adaptée aux îles et au patient

Compte tenu des caractéristiques énoncées plus haut, l'exercice devra être pragmatique et se baser sur une médecine de « bon sens » adaptée au patient et à son environnement comme doit l'être la médecine de premier recours. La surveillance clinique, l'évolution de la pathologie et le test thérapeutique se substituent fréquemment à l'examen para clinique, en ne se basant que sur l'histoire de la maladie et l'interrogatoire, malgré ses difficultés.

Les contraintes géographiques, culturelles et techniques que présente la Polynésie doivent être au cœur de la réflexion médicale pour s'adapter aux problématiques spécifiques de chaque patient. Le milieu de vie du patient doit avoir une place prépondérante dans l'évaluation de la balance bénéfique/risque lors de la mise en place d'un traitement.

En effet nombre de traitements courants peuvent s'avérer dangereux en cas d'absence d'examens paracliniques pour en surveiller la tolérance. De plus les effets indésirables (hypoglycémie, hémorragie, troubles hydro-électrolytiques...) n'ont pas les même conséquences quand ils surviennent dans un milieu isolé sans moyen d'agir à propos.

Le prescripteur doit faire en permanence la synthèse entre le bénéfice attendu du traitement et les risques de ce même traitement, compte tenu du contexte particulier. L'étude de cette balance

remet nécessairement en cause les recommandations médicales qui doivent être replacées dans ce contexte. Cette étude fait intervenir le pragmatisme et les connaissances empiriques acquises par le praticien lors de l'exercice dans les îles.

Ici plus qu'ailleurs, le prescripteur devra suivre le principe d'Hippocrate « primum non nocere » en établissant une certaine forme d'« écologie médicale ».

4.2.3 Adaptation de la pratique médicale à l'isolement

L'exercice et la réflexion médicale doivent envisager le paramètre de l'isolement pour offrir une prise en charge cohérente avec les moyens disponibles sur la place et les conditions de vie du patient. Les recommandations médicales élaborées en métropole ou les pratiques usuelles sur l'île de Tahiti ne sont pas forcément transposables dans ces territoires isolés.

Afin de fournir une évaluation scientifique de ces pratiques par rapport aux recommandations, la mise en place d'un recueil de données efficace est nécessaire pour pouvoir tirer des données exploitables.

Compte tenu de la démographie médicale et de l'éparpillement de la population sur le territoire, la prise en charge médicale de façon correcte est actuellement difficile. La pratique de la médecine en milieu isolé doit être repensée pour pouvoir apporter des soins à chaque patient avec un coût supportable pour la société.

Les outils techniques (radiologie, examens biologiques...) se sont rendus incontournables et indispensables, pour la pratique du soin dans le respect des recommandations de la médecine moderne. De la même façon, les outils technologiques (TIC, appareil paraclinique portatif...) peuvent participer à une offre de soin de qualité à tous les patients en milieu isolé.

4.2.4 L'exercice coordonné et protocolé

L'exercice coordonné et protocolé s'appuie sur une concertation autour de la prise en charge et un partage d'expériences, et se traduit par une analyse des pratiques. Chaque intervention et son suivi participent à l'amélioration des pratiques et, à terme, de la qualité des soins délivrés aux patients. Ce mode d'exercice, coordonné et protocolé, contribue à la valorisation individuelle et collective des professionnels de santé coordonnés en équipe.

L'évaluation des pratiques professionnelles s'appuie sur différents items :

- L'utilisation d'un dossier partagé avec une synthèse médicale
- La participation régulière aux réunions de concertation-coordination
- La discussion autour de problèmes soulevés par la pratique clinique, lors de réunions
- La participation à l'adaptation ou l'actualisation de protocoles de soins, en référence à des données de la science de type « Evidence Based Medicine » (EBM), et leur mise en œuvre
- L'analyse et le suivi des améliorations mises en place, à l'aide de critères, indicateurs ou paramètres cliniques notés dans les dossiers. (27)

L'activité « médicale » des IDE et ASP se doit d'être encadrée et normalisée dans un souci de régularisation de leur activité. Le renforcement de la protocolisation et l'accès médical via les TIC sont des solutions qui peuvent être mises en œuvre pour atteindre cet objectif, en assurant une qualité de soins et une sécurité pour le patient.

4.2.5 Collaboration multidisciplinaire et partage de l'information

Le partage de l'information et la coordination des soins sont le préalable à une collaboration multidisciplinaire efficace pour une optimisation de la bonne prise en charge du patient. Sans elle,

les risques de confusions et de cumul de traitements sont majeurs. D'ailleurs, l'absence de dossier unique et partagé par l'ensemble des professionnels de santé est retenue comme un frein majeur au développement des exercices en équipe pluri professionnelle (28).

Les systèmes d'information actuels, au-delà du problème du dossier unique du patient, sont considérés comme archaïques et non adaptés aux exercices pluri professionnels. Ils ne permettent pas une coordination des prises en charges en l'absence d'informatique partagée entre l'ensemble des intervenants. (27)

La collaboration multidisciplinaire est avant tout un échange de compétences au profit du patient. Un projet de soin commun à tous les intervenants et avec l'adhésion et la participation du patient devra être mis en place pour harmoniser et rationaliser la prise en charge. Les décisions collégiales mises en place par cette collaboration faciliteront le choix difficile entre la conformité aux recommandations médicale, la volonté du patient et les possibilités thérapeutiques.

Le développement des technologies d'information et de la communication (Internet et ses outils) sont pressenties comme un outil formidable à ce partage d'information.

4.3 Nouvelle organisation du service

Quelle que soit la technique utilisée, la télémédecine est d'abord de la médecine ; elle suppose une adaptation des organisations et des pratiques pour répondre aux besoins d'une prise en charge de qualité des patients. (29)

La nouvelle organisation autour des nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication va entraîner une modification en profondeur du fonctionnement du service. Une réflexion a été menée au sein de l'équipe pour s'adapter à ces nouveaux outils

Ce projet doit offrir une amélioration de l'accessibilité à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Elle doit passer par une réponse médicale rapide et pertinente pour toutes les îles en proposant l'accès à une consultation à distance ou téléconsultation pour n'importe quel patient malgré son isolement géographique

4.3.1 Le projet professionnel

L'adaptation des organisations et des pratiques pour répondre aux besoins d'une prise en charge de qualité des patients doit favoriser la pertinence du parcours du patient. Le SSTG doit assumer son rôle de pivot dans la prise en charge du patient et offrir notamment une meilleure organisation, lisibilité et visibilité du parcours de soin des patients. La mise en œuvre de parcours de soins est un moyen d'améliorer les services aux patients, en assurant continuité et coordination entre la « ville » et l'hôpital, le sanitaire et le social et les différents professionnels intervenant autour des malades.(30)

Les acteurs professionnels sont d'ores et déjà en place aussi bien au DTG qu'au niveau des structures périphériques avec des missions de chacun définies :

- Les agents de structures périphériques assurent l'accueil et le traitement des patients dans la limite des protocoles publiés
- Les agents du DTG assurent l'ensemble des démarches nécessitant une médicalisation de l'acte (avis médical, prescriptions, EVASAN).

Cependant comme cela a été exposé dans le bilan critique, les compétences sont loin d'être optimisées et la nouvelle organisation du service redessine plus précisément le rôle de chacun en

fonction de sa qualification. Les outils d'information seront en mesure d'améliorer le rendement et donc la pertinence du travail des professionnels quel que soit leur fonction.

Au niveau des structures périphériques, l'augmentation du personnel étant peu réaliste, l'automatisation des tâches (administratives) devra aller de pair avec l'installation d'outils modernes pour une optimisation du travail et une bonne adhésion du personnel.

La consultation téléphonique va évoluer progressivement vers un centre de téléconsultation avec une sécurisation du transfert des données par cryptage des mails. L'extension du centre de télémédecine aux autres archipels devra passer par un projet plus global nécessitant une validation ministérielle et administrative.

4.3.2 Renforcement du lien

La collaboration avec le personnel de santé des structures périphériques et la compréhension de leurs problématiques sont nécessaires au succès de la prise en charge du patient. Une bonne connaissance réciproque du mode de travail, du milieu et des patients est garante de soins adaptés aux patients.

Le succès du projet dans les îles repose sur un échange permanent et pérenne entre tous les membres de l'équipe des SSTG en insistant sur le soutien auprès de l'agent isolé.

Une adaptation des organisations et des pratiques pour répondre aux besoins d'une prise en charge de qualité des patients permet d'éviter la déshumanisation de la relation médicale ou médico-sociale. (29) Comme le souligne Jacques Lucas, Vice-président du CNOM, Délégué général aux systèmes d'information en santé : « *les TIC en santé, loin de fragiliser la qualité de la relation médecin-patient, viennent la soutenir en renforçant le lien de forte confiance entre médecin et patient, confirmé par toutes les enquêtes d'opinion* »

Les TIC sont un moyen de renforcer le lien :

- Le lien avec le patient créé lors de mission sur place pourra être pérennisé par des consultations en Visio.
- L'échange direct avec les agents présents dans les îles devrait améliorer les rapports humains entre les différents membres de l'équipe en permettant des échanges plus personnels entre les soignants.

4.3.3 La formation des agents

A une nouvelle pratique de l'exercice professionnel, doit être associée une formation des agents. La formation aussi bien médicale que technique des agents, personnels paramédicaux, médecins doit donc être intégrée au développement du projet de service. Elle doit comprendre une formation primaire ainsi qu'un suivi à distance et lors de missions *in situ*.

Les outils de communication ainsi que les supports informatiques pourront servir également à la formation (cf téléformation). La visio, une base de données partagée, la diffusion de vidéos, l'échange de pratiques sur des forums, sont autant d'outils qui peuvent être envisagés.

Une meilleure formation à l'exercice à distance des agents dans les sites isolés devrait permettre une amélioration du soin comme en témoigne l'exemple du centre de consultation médicale maritime (CCMM) en métropole. En effet le CCMM qui s'appuie depuis plusieurs années sur une formation des capitaines permet de réaliser une régulation médicale sur les navires dans n'importe quelle mer du globe.

4.3.4 Le projet final du Département Médical Inter-îles (DMII)

L'évolution du service vers le DMII vise à centraliser les moyens médicaux des différentes subdivisions impliquées dans le projet avec l'intégration de la cellule des itinérants. Ce regroupement devrait permettre une cohérence et une harmonisation de l'offre de soins entre les différents archipels, des pratiques, des outils médicaux et des systèmes d'informations. Il devrait par ailleurs permettre plus de souplesse avec une mutualisation des moyens (humains), une polyvalence du personnel et un enrichissement collectif par un partage d'expérience.

Au niveau organisationnel, une entité centrale assurant la gestion médicale des archipels serait séparée de la gestion administrative et technique qui resterait à la charge de chaque subdivision. Les problématiques de santé seront donc gérées de manière centrale, séparées de celles techniques qui incomberont alors aux subdivisions. Le subdivisionnaire devrait avoir une compétence plus administrative et le responsable du DMII plus médicale. Ces entités sont amenées à collaborer de façon étroite sous la responsabilité directe de la direction de la santé.

Sur un plan administratif, un arrêté préciserait l'évolution des fonctions du DTG pour le faire évoluer vers le DMII, avec l'intégration progressive de sites dépendants d'autres subdivisions (comme c'est actuellement le cas pour l'île de Raivavae).

4.4 Utilisation des nouveaux outils de Télésanté

La nouvelle organisation et le fonctionnement se sont appuyés sur l'utilisation de ces nouveaux outils de télésanté.

Le dossier du patient est un outil central de l'organisation des soins dans un établissement de santé; sa qualité et son utilisation doivent être régulièrement évalués pour être améliorés et conduire ainsi à une meilleure prise en charge du patient et à l'optimisation du fonctionnement de l'établissement. (31)

4.4.1 Les outils médicaux de coordination du dossier médical

La nécessité du dossier médical unique a été clairement établie. Compte tenu de l'éclatement géographique de la population et des structures de santé, seule la dématérialisation du dossier peut répondre à cet impératif, passant donc par son informatisation, sa modernisation et sa réorganisation. (cf. Annexe III)

La bonne tenue du dossier contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Elle est le reflet de la pratique professionnelle et de sa qualité. Le dossier permet des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins. (31)

4.4.1.1 L'évènement de soins

L'évènement ne doit pas être pris au sens informatique du terme mais plutôt comme trace d'un épisode médical ou paramédical. Il peut correspondre à une consultation ou une téléconsultation mais également à n'importe quel motif qui doit être inséré dans le dossier médical. C'est le résultat de l'interaction entre le patient et le service de santé.

La fiche évènement de soin (FES) est un document informatique d'échange et de traçabilité. Elle sert également de support interactif de transmission lors d'un avis médical à distance.

A chaque type d'évènement, correspond une fiche spécifique avec un masque prédéfini, pour faire face aux particularités des missions de santé publique de ces structures de santé :

- consultation « tout venant »,
- suivi systématique des patients en longue maladie,
- suivi de protection infantile,
- suivi des enfants scolarisés
- Autres événements à définir (gynéco, dentaire...)

4.4.1.2 *La chaîne d'évènements de soins*

Elle regroupe une succession d'évènements de soins liés médicalement. Elle permet d'avoir un aperçu rapide des pathologies ou des actes de prévention qui sont actuellement en cours chez un patient et permet d'observer leur évolution dans le temps. C'est un outil de suivi d'une pathologie spécifique.

La chaîne d'évènements de soins en cas de maladie chronique est l'équivalent d'une **fiche de suivi par pathologie** que propose l'Agence des Systèmes d'Information Partagé de santé. (32)

4.4.1.3 *La fiche de Synthèse (FS)*

La fiche de synthèse est un nouvel outil créé afin de regrouper sur une même page toutes les informations essentielles du patient, permettant sa prise en charge. Elle a pour but de :

- donner et de partager une vue synthétique du dossier médical et du contexte médico-environnemental du patient
- organiser la coordination des soins et des soignants impliqués dans la prise en charge du patient en précisant
 - les différents intervenants et les consultations effectuées ou prévues
 - les traitements pris et leur observance
 - les priorités du projet de soins du patient
- répondre à un acte médical (ou télémedical) avec pertinence en ayant une vision globale de la problématique du patient
- garantir l'accès aux données aux professionnels de santé, nécessaire à la réalisation de l'acte.

La fiche de synthèse doit être validée médicalement par le médecin ou le service responsable du soin primaire du patient. Les informations qu'elle contient permettent au soignant d'assurer la prise en charge d'un événement quel qu'il soit (consultation, acte de coordination, prescription, Evasan...).

Elle reprend les fonctionnalités de la **note de synthèse** décrite par l'ASIP santé. Le document regroupe à l'instant où il est produit l'ensemble des éléments inscrits au dossier patient jugés pertinents par l'organisation. Il comprend notamment, les antécédents, les dernières prescriptions, une note de synthèse élaborée par le médecin traitant, les événements prévisionnels de la prise en charge. (32)

Pour un patient donné, **la FS est unique, évolutive et interactive** ; le praticien actualise la fiche de synthèse à la fin de chaque événement de soin, elle doit être validée médicalement par le médecin ou le service responsable du soin primaire. Elle donne les éléments circonstanciels médico-socio-environnementaux permettant de situer le patient. Elle sera donc la « page de garde » du dossier patient papier ou la « porte d'entrée » du dossier médical informatisé. Elle est constituée des rubriques ou groupes d'informations suivant :

- Fiche d'état civil
- Antécédents
- Thérapeutique en cours
- Intervenants prenant habituellement en charge le patient
- Contexte médico-environnemental :
 - Détaillant les dimensions bio-environnementales (physiques, psychologique, sociale, culturelle) du patient ainsi que son observance.
 - Regroupant les problématiques médicales « en cours » ne faisant pas l'objet d'un suivi chronique
- Programme personnalisé de soins (PPS)

Il est établi entre l'équipe soignante et les choix du patient en fonction de toutes les données médicales à disposition, des avis spécialisés et des contraintes socio-environnementales. Il est calqué sur le modèle mis en place par l'HAS en février 2012 dans le cadre des maladies chroniques (33). Il permet de planifier le parcours de soin du patient, intégrant une ou plusieurs maladies chroniques, et d'établir la prise en charge prospective. Dans les sites isolés, il permettra par exemple d'établir les modalités (nécessité, refus...) ou la fréquence des Evasans.

4.4.2 Technologie de l'information et de la communication (TIC)

Les TIC vont permettre un échange d'information rapide, tracé, suivie et sécurisé au sein du dossier médical. L'organisation de l'information est déterminante pour assurer de façon pertinente les missions attendues de ces échanges.

4.4.2.1 Connexion internet

Actuellement le nombre d'îles connectées au réseau augmente de façon progressive, en fonction des demandes d'abonnements faites à l'OPT. L'extension de la télémédecine et du projet est totalement dépendante de la présence d'internet dans les sites.

4.4.2.2 Sécurisation des échanges

L'échange de données médicales se doit d'être sécurisé afin de préserver le secret médical. L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé (MSS) est nécessaire d'une part pour l'échange de document et d'autre part pour la production de l'acte de télémédecine.

Par ailleurs, la diffusion généralisée de la MSS apporte de nombreux avantages : gain d'environ 3 h/semaine de tâches administratives; sécurisation du suivi des patients en diminuant le nombre d'erreurs médicales ; renforcement de la coordination des soins. (34)

4.4.2.3 Outils de communication par Visiophonie

Il est important d'intégrer la possibilité d'utiliser l'ensemble des techniques de communication disponibles dont la Visio. Le contact visuel est un élément important pour la réalisation de téléconsultation. L'utilisation de logiciels de Visio sécurisés aux données de santé supportant les faibles débits internet (fonctionnement en 512 ko/s).

La plus-value de la vidéo paraît importante : elle permet d'une part d'illustrer une manœuvre qui serait difficile à expliquer à un ASP (n'ayant pas forcément la maîtrise de la sémiologie), et d'autre part au médecin de mieux apprécier une situation clinique particulière à distance.

4.4.2.4 La Gestion Electronique de Documents (GED) et Les outils collaboratifs

La mise en place du GED va permettre un stockage structuré, de documents relatifs à chaque patient accessible, via le web, par les membres autorisés. Grâce à cet outil, les documents du dossier patient vont pouvoir être centralisés avec la possibilité de les consulter et de les faire évoluer aussi bien dans les structures périphériques qu'au niveau central.

Les outils collaboratifs classiques de la GED (forum, FAQ, réseau social.....) ont pour but de répondre aux problématiques de communication entre différents acteurs de santé. Parmi ces outils utiles à la prise en charge du patient, on notera en particulier :

- La « fiche de site » créée pour chaque structure avec l'objectif de réunir les informations essentielles nécessaires à l'organisation sanitaire de chaque site : situation, population totale, moyens de communication, moyens techniques et logistiques locaux... Elle est aussi un outil de transmission pour les agents qui se rendent en mission sur site. Elle pourra être partagée et améliorer le fonctionnement des structures sur le plan organisationnel et logistique.
- Les protocoles, accessibles par les soignants en périphérie. Ces fiches auront pour vocation d'orienter les décisions paramédicales. Elles pourront être consultables à tout moment.

Sur le plan juridique, une déclaration simplifiée d'une base médicale nominative sera faite à la CNIL (Les structures de la santé dépendant de la DSP étant considérées comme producteur de leurs données au sein d'une même entité).

4.4.2.5 L'accès au DMP web

A titre expérimental le CHPF a accordé l'accès au DMP web au DTG et cela permet de compléter le dossier médical du DTG.

Le service informatique du CHPF a fait une demande pour être hébergeur de données de santé. Cette évolution doit permettre d'améliorer la collaboration avec le CHPF avec l'échange de document. Il est tout à fait envisageable que la fiche de synthèse de chaque patient soit enregistrée sur le DMPweb afin d'augmenter la collaboration pluri disciplinaire. L'utilisation de cette fiche de synthèse pourrait par exemple être mise à disposition du SAMU afin de faciliter et d'optimiser la prise de décision.

4.4.3 Télémédecine et nouveaux circuits de l'information

Dans le cadre de la télémédecine il est important de préciser le rôle de chacun :

- L'agent qui demande l'avis (Agent de soin, IDE voir médecin) se nommera : Personnel Soignant Requérant PSr
- L'agent à qui l'avis est demandé (Médecin du DTG, Médecin Spécialisé ou IDE dans des cas protocolisés) se nommera : Personnel Médical Sollicité PMs
- La Fiche d'évènement de soin (FES) relatant l'évènement de soin (ES) et la fiche de synthèse (FS) sont à la fois des éléments du dossier médical et des documents d'échanges.

➤ La Téléconsultation

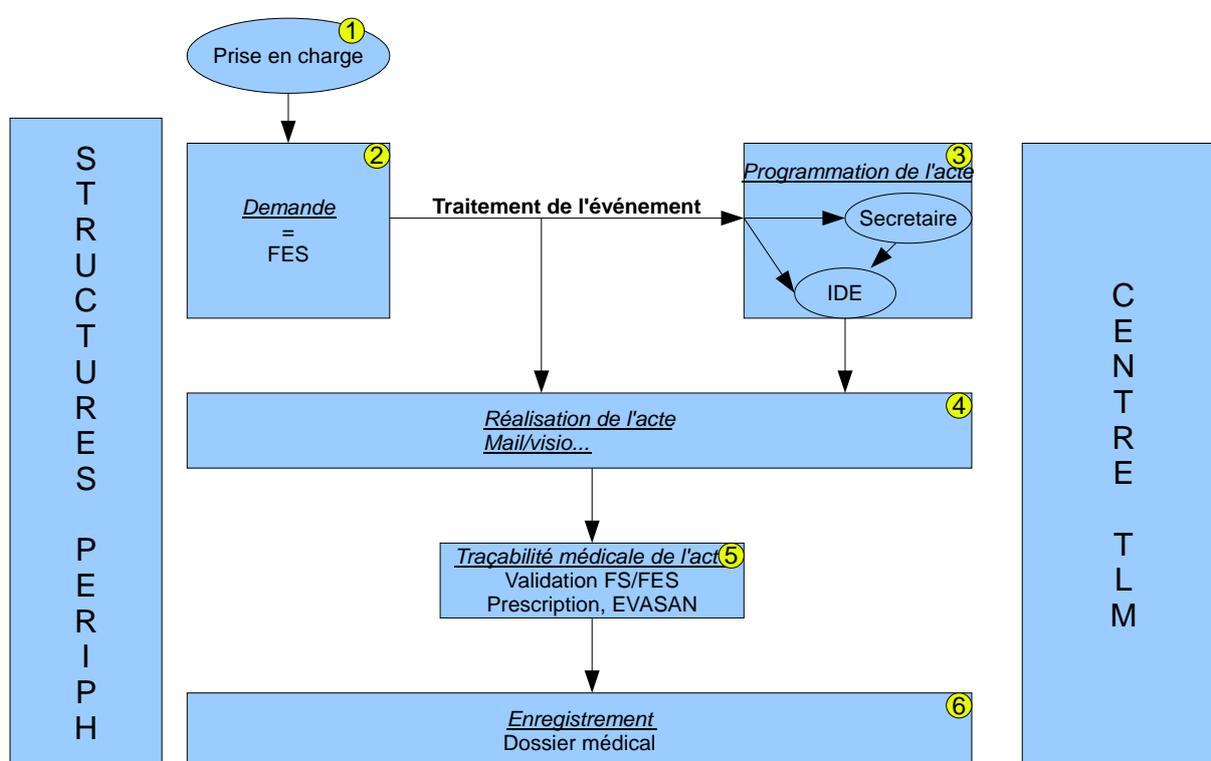
La téléconsultation pourra se faire soit de façon totalement asynchrone (téléavis en utilisant le mail, les images...) ou être programmée de façon asynchrone et réalisée de façon synchrone (téléphone, visio...).

Dans les 2 cas la démarche sera la même, le PSr commencera à remplir la FES équivalent à un formulaire de demande d'avis avec le motif, l'anamnèse et la clinique plus ou moins un fichier joint (analyse biologique, photos...). Le PMs traitera la demande en continuant la FES validant ainsi l'ES et les documents rattachés (prescription, Evasan...). Il validera ou modifiera si nécessaire la FS.

Il est à noter que la demande de téléconsultation par vidéo peut être à la demande du PSr ou du patient (avis ascendant), du PMs (avis descendant).

Le dossier médical permettra la traçabilité et la structuration de tous ces ES associé à la FS constituant la base du dossier médical

Modèle fonctionnel d'une téléconsultation type



➤ La téléexpertise

La téléexpertise ne se fera dans un premier temps qu'au sein du service avec la possibilité de demande de l'avis d'un autre médecin. Elle utilisera exactement le même circuit que celui de la téléconsultation. Il est à noter qu'un médecin spécialiste dans les îles peut demander l'expertise d'un médecin du service.

Dans un second temps il est envisageable de développer cette téléexpertise avec des médecins spécialistes sur Tahiti, voire en métropole.

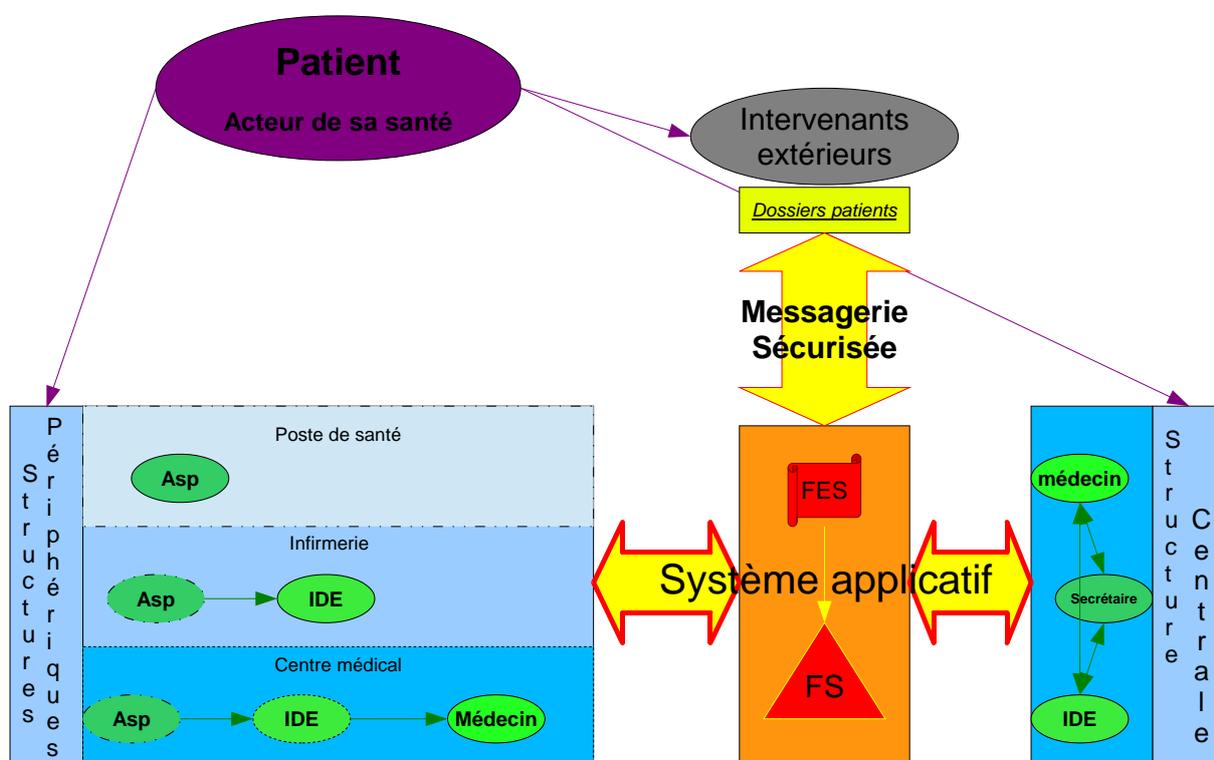
Dans certains cas, la téléexpertise pourra offrir une alternative aux consultations spécialisées avancées(35)

➤ La télésurveillance

Il est prévu dans la version électronique du dossier médical un suivi des paramètres (hémodynamique, biométrique, biologique ou paraclinique). Ce suivi est spécifique au patient, permettant ainsi une télésurveillance simplifiée.

➤ Les nouveaux circuits de l'information

L'échange, le partage d'informations médicales avec la possibilité de consultation du dossier médical unique vont être au cœur du fonctionnement du service et l'élément clé de la mise en place de la télémédecine en soins primaires



4.4.4 La Téléformation

La mise en place de nouveaux outils doit permettre non seulement une amélioration du soin mais aussi une amélioration du niveau des soignants. D'une part l'accès à internet doit favoriser l'accès à l'information permettant une auto formation libre ou encadrée avec une base de données validée par le service. D'autre part, une formation interne à distance pourra être mise en utilisant le mail et la Visio.

De plus, la vidéo facilitera la compréhension des pathologies par l'ASP (et les patients) et l'utilisation des dispositifs médicaux. Il est probable qu'un support vidéo soit plus compréhensible que de longues explications, surtout s'il est partagé par d'autres agents.

Enfin, l'apport que peut représenter le « serious game » sera probablement très utile pour intéresser les agents les plus sceptiques.

4.4.5 Le système applicatif

Ce système applicatif sera un outil web permettant la « symbiose » des éléments ci-dessus. Il permettra l'intégration des outils médicaux de coordination (FS, ES) et des TIC en s'appuyant sur les circuits de l'information de la télémédecine.

L'interaction entre les différents outils médicaux sera possible assurant l'échange et le partage de l'information médicale à distance entre les différents professionnels de santé ainsi que la création de différentes fonctions utiles à la pratique courante. Il offrira un dossier médical

informatique interactif et interopérable en donnant la possibilité à la direction de la santé de faire du recueil de données et une base pour développer des outils efficaces de gestion administrative.

L'évaluation des besoins fonctionnels au niveau informatique et médical permettra d'établir un cahier des charges « métier ». Le système applicatif aura pour but de regrouper et d'articuler toutes ces nouvelles fonctions de télésanté. Il répondra aux obligations en termes d'intégrité de sécurité de confidentialité, de traçabilité et permettra une quantification de l'activité (tableaux de bords et indicateurs). Il devra être conforme aux exigences du SDSIS.

5 Analyse du projet

5.1 Phasage

Il a été nécessaire de proposer un phasage réaliste pour la mise en place du projet. Un certain nombre de démarches ont commencé avant la rédaction de ce travail, ce qui explique un phasage à la fois rétrospectif et prévisionnel.

- Etape 0 : Phase de conception (2012)

Phase de conception du projet avec expérimentation des TIC et réflexion sur l'évaluation des besoins et des orientations à prendre au sein du SSTG.

SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

- Général
 - Présentation de la télémédecine et démonstration de la faisabilité aux décideurs.
 - Travail juridique sur la télémédecine en Polynésie
- Interne au service
 - Nomination d'un responsable de la télémédecine, intégré à l'équipe des SSTG.
 - Expérimentation d'une consultation téléphonique avec évaluation de l'exercice à distance.
 - Amélioration de la cohésion d'équipe par la mise en place d'une transparence et communication, de réunion de service, lettre d'information aux structures périphériques.....
 - Convention avec l'hôpital de Moorea pour renforcement de la formation des agents et une optimisation de la ressource humaine avec le SSTG.

SUR LE PLAN TECHNIQUE

- Général
 - Nomination Relance du SDSIS et nomination du Directeur des opérations (DO)
 - Identification des problématiques informatiques et bilan critique du RISP
 - Rapprochement avec le SIPF et avec le SI du CHPF
- Interne au service
 - Création d'une adresse électronique du SSTG
 - Extension du réseau internet de type commercial et augmentation des débits au SSTG

SUR LE PLAN MEDICAL

- Création collégiale d'une FS en ciblant certains patients (complexe, chronique et polypathologique)
- Augmentation du suivi omnipraticien par le renforcement des missions et une meilleure coordination médicale globale.
- Affinement des procédures de consultation et d'Evasan
- Recrutement de deux médecins dont le responsable de la télémédecine

■ Etape 1 : Centre de Télémédecine (2013)

Début de la mise en place de télémédecine et son déploiement au SSTG, création d'un centre de télémédecine au sein du DTG, modernisation de l'organisation et du fonctionnement du SSTG.

SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

- Général
 - Expertise de l'équipe du Pr L. Lareng, membre de l'Institut Européen de Télémédecine
 - Présentation du projet aux élus et professionnels de santé
 - Budget dédié à la télésanté et à l'informatisation au sein de la DS.
- Interne au service
 - Rattachement de l'île de Raivavae
 - Optimisation de l'organisation des SSTG
 - Transformation progressive de la consultation téléphonique en téléconsultation par l'arrivée des TIC.
 - Renforcement de l'équipe du DTG par une secrétaire à profil informatique.

SUR LE PLAN TECHNIQUE :

- Acquisition de matériel informatique pour les sites pilotes et sites possédant le RISP
- Projet d'informatisation des dispensaires et de la DS
 - Présentation aux subdivisionnaires de la DS et équipe projet.
 - Organisation de la gestion du risque de la fin du Logedopat.
 - Evaluation des besoins fonctionnels métiers et techniques
 - Elaboration du Cahier des charges du système applicatif après validation par le Pr Fieschi
- Extension d'utilisation des TIC
 - Création et Sécurisation par cryptage d'adresses électroniques pour le personnel
 - Accès expérimental au DMPweb
 - Mise en place d'une Visio sécurisée aux données de santé
 - Mise en place d'une gestion électronique documentaire (GED) sécurisée et des outils collaboratifs. Nomination d'un modérateur.
 - Extension du réseau internet dans toutes les structures périphériques
 - Transfert progressif des données du Logedopat vers la GED
 - demande du CHPf pour être hébergeur de données de santé de la Polynésie

SUR LE PLAN MEDICAL

- Extension des FS à tous les patients et partage pluri disciplinaire
- Mise en place de Protocoles de suivi des patients des îles.
- Poursuite du renforcement des missions avec une meilleure coordination médicale globale
- Recrutement médical (un médecin polyvalent – Dispensaire, télémedecine, missions)

■ Etape 2 : Création du DMII. (2014)

Phase de réalisation et d'extension des activités de télémedecine et de télésanté. Rattachement progressif de quelques îles des autres archipels avec gestion médicale commune et mise en place du système applicatif et des TIC.

SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

- Général
 - Révision de l'Arrêté 673 CM du 15 avril 2004 portant organisation du service de la direction de la santé: Création du DMII avec gestion administrativo-technique des subdivisions et une gestion médicale commune et nomination d'un responsable médical
 - Rattachement de la cellule des itinérants et optimisation de son personnel
 - Evaluation médico économique et levée de fond extra territoriale
 - Rapprochement fonctionnel et physique avec le CHPf
- Interne au service
 - Extension aux autres archipels
 - Recrutement de secrétaires et IDE télémedecine

SUR LE PLAN TECHNIQUE

- Général
 - Convention CHPf pour régularisation et extension de l'accès DMP web
 - Convention tri partite DSP – SIPf – SI du CHPf pour la gestion du Système informatique et renforcement de l'équipe informatique du SIPf et CHPf
 - Réactualisation du SDSIS et Mission Asip santé pour validation du SA
- Interne au service
 - Mise en place de procédure et du « mode de fonctionnement dégradé »
 - Début de la mise en place du système applicatif (phase 1)
 - Intégration des données de la GED dans le nouveau SA

SUR LE PLAN MEDICAL

- Collaboration pluridisciplinaire (mise en place de staff, extension des PPS...)
- Mise en place des FS dans le DMPweb
- Extension et diffusion des protocoles paramédicaux
- Formation et téléformation

■ Etape 3 : Phase d'évaluation et de généralisation

Phase de première évaluation avec retour d'expérience du projet. Extension du système applicatif et des outils de télémedecine, uniformisation du fonctionnement. Rattachement des sites isolés des autres archipels.

SUR LE PLAN ORGANISATIONNEL

- Bilan du DMII et des problématiques rencontrées
- Collaboration étroite avec le centre de formation à l'hôpital de Moorea et le CHPf
- Rattachement de tous les sites non médicalisés

SUR LE PLAN TECHNIQUE

- Retour sur le système applicatif et passage en phase 2 du développement
- Rapprochement du système applicatif et du DMPweb
- Arrêt définitif du logedopat
- Création d'un « pôle de santé » informatique et Hotline
- Transfert du réseau mana au « pôle de santé » (ou SIPf) avec gestion des messageries sécurisées
- Mise en place d'un Réseau privatif en fonction des ressources disponibles
- Acquisition de matériel informatique pour tous les sites connectés...

SUR LE PLAN MEDICAL

- Rapprochement avec la MG privée
- Téléexpertise spécialisée et rapprochement du réseau inter ile du CHPF
- Optimisation des missions de soins primaire et de médecine spécialisée
- dématérialisation de la consultation pour la permanence de soins et astreintes.

5.2 Les points forts Les facteurs clés de succès

5.2.1 Les bénéfices potentiels

Les attentes du projet sont d'apporter des bénéfices à tous les protagonistes de la santé des sites isolés :

- le patient : le système permettra d'apporter une prise en charge adaptée au contexte médico-social du patient, d'optimiser la gestion des Evasans, d'améliorer le parcours de soins (du patient et de son entourage) et de favoriser une meilleure prévention et qualité de soins
- les professionnels de santé : le système permettra de pallier pour partie à l'isolement géographique, d'optimiser le temps médical et d'encourager les échanges médicaux.
- les pouvoirs publics : le projet contribue à un meilleur aménagement du territoire en lien avec les spécificités locales, à l'optimisation la gestion des ressources et des moyens, à la maîtrise des dépenses, à l'améliorer de la coordination de prévention et à la consolidation du lien médico-social. (36)

5.2.2 Les atouts de la Spécificité polynésienne

5.2.2.1 Une santé « publique » de soins primaires

En Polynésie, les soins primaires dans les territoires isolés sont une mission de santé publique assurée par un organisme gouvernemental ; en pratique, dans les îles, la santé est gratuite pour les patients.

Dans son discours en ouverture de la journée TELESANTE 2012, François-Xavier SELLERET mentionne la contrainte de la tarification de l'acte de télémédecine et son manque de

développement en ville (37). Le développement de la Télémédecine en médecine générale en métropole est soumis à cette contrainte car l'essentiel du soin primaire est assuré par une médecine privée.

Ce frein au développement de la télémédecine n'existe donc pas pour les structures de la santé publique en Polynésie.

5.2.2.2 Une structure de santé primaire et direction commune

La force de l'organisation de la santé en Pf est l'implantation d'ores et déjà opérationnelle des structures périphériques, couvrant la quasi-totalité des sites isolés de Pf. L'organisation du soin primaire a été conçue d'emblée pour être adaptée à l'isolement depuis plus de 50 ans, ce qui constitue une base solide à sa modernisation par la mise en place de la télésanté.

Le maillage fort, une organisation homogène et la direction commune (permettant une centralisation des moyens et des ressources humaines) de ces structures périphériques dans les îles sont des atouts majeurs pour la réussite de ce projet.

La concentration des moyens techniques et des pouvoirs décisionnels sur Papeete permet une certaine simplicité dans la prise de décision et dans la coordination de moyens pour la mise en place.

5.2.2.3 Un exercice éprouvé et solidité de l'équipe

Au cours de leurs missions dans ces sites isolés, les agents du SSTG ont acquis, une connaissance du terrain importante, et ont développé un pragmatisme et une adaptabilité aux contraintes inhérentes à la pratique des soins. Ils ont su garder un lien fort entre les îles et la structure centrale du DTG, malgré la précarité des communications.

Ces agents constituent une équipe éprouvée dont la solidité et l'expérience contribueront à développer les outils de TLM pour répondre au mieux aux différents besoins du service au service de la population.

5.2.2.4 La centralisation des données

Alors que le DMP en métropole ne touche qu'une partie infime de la population française, et qu'il est soumis à de fortes contraintes, la Polynésie offre beaucoup d'avantages à la faisabilité de cette centralisation :

- Un unique centre hospitalier de référence possédant un dossier patient informatique (DMP web) généralisé à tous les services, et accessible par un portail web. (26)
- L'urbanisation et l'avance technique du DMPweb pour lequel CHPf a été récompensé.
- L'extension prochaine du DMPweb aux hôpitaux périphériques
- Un seul organisme gérant les structures de santé publique, la normalisation de son SI et sa volonté de rapprochement avec le CHPf
- La relance du SDSIS favorise le partage et l'échange de l'information médicale source de plus-value sanitaire.
- La population concernée ne représente qu'un effectif faible permettant une montée en puissance rapidement progressive.

5.2.3 Ebauche d'évaluation médico économique difficile mais positive.

La phase initiale de la mise en place de la télémédecine dans le domaine des soins primaires dans les sites isolés ne nécessite paradoxalement que peu de moyens :

- Utilisation et sécurisation du réseau internet commercial qui devrait être amortie par la baisse des coûts de communications (téléphone et fax).
- Ressources humaines mieux utilisées grâce à une optimisation de l'organisation générale
- Modernisation du parc informatique qui doit être remplacé du fait de sa vétusté (Acquisition de matériel informatique compris dans le budget du remplacement normal des machines obsolètes de plus de 10 ans)
- Le coût de la sécurisation de la messagerie et celui de la prestation informatique du cahier des charges du SA et gestion du risque, sont amortis par l'économie liée à l'arrêt du Logedopat et à l'arrêt de la location des serveurs de l'OSB.
- Démarrage avec des outils logiciels « open source » (GED....)
- Un phasage réaliste et par étapes

Cependant, le coût total du projet est très difficilement chiffrable (38) et dépendra des options techniques disponibles et retenues, notamment en matière de débits de communication. L'évaluation du coût d'un système complet étendu à la majorité des structures de Polynésie nécessitera une expertise approfondie sur le plan médico économique pour comparer l'investissement avec l'amélioration potentielle de la qualité de soin.

Cependant une version minimaliste pourrait fonctionner à un coût faible. En effet, les premières étapes du projet ne nécessitent que peu de moyens par rapport à l'amélioration de la qualité de soins et la probable économie de santé. Très peu d'évaluations économiques ont été menées sur les expérimentations françaises. En outre, les évaluations mises en œuvre se fondent essentiellement sur des évaluations économiques partielles mettant principalement en évidence les économies de coûts de transport évités par rapport à la pratique traditionnelle (21). Par ailleurs ces études concernent des programmes de télémédecine spécialisée et non une télésanté de soins primaires, dont l'analyse est bien plus complexe.

5.2.4 Une volonté commune à différents niveaux

A l'échelon local, la majorité des agents sont demandeurs d'une amélioration des moyens de communication pour rompre leur isolement.

A l'échelon territorial, compte tenu des objectifs communs et complémentaires des pratiques entre SSTG (soins primaires) et CHPF (soins secondaires et tertiaires), une majorité des soignants demandent une amélioration de la coopération et du partage des informations. C'est pourquoi le Service Informatique du CHPf souhaite participer au projet, avec l'objectif à terme d'un partage des données entre les deux structures.

A l'échelon gouvernemental, l'amélioration des soins combinée à une possible économie dans le secteur de la santé s'intègre parfaitement dans la politique d'optimisation des ressources.

5.2.5 Acceptabilité du projet par les soignants

La recherche de solution pour vaincre l'isolement géographique, pour permettre un recours médical plus simple et plus rapide tout en diminuant les contraintes administrativo-organisationnelles

va dans le sens des demandes exprimées par les soignants. L'utilisation de nouvelles solutions logicielles devrait permettre d'automatiser un travail administratif actuellement très lourd.

L'amélioration des conditions d'exercice des professionnels et la participation au développement avec eux du système applicatif aboutiront à des outils logiciels adaptés à leur pratique.

5.2.6 Solution à la désertification

La problématique grandissante de la ressource humaine à la DSP, aggravée par désertification médicale rend ce projet d'autant plus intéressant.

5.2.6.1 Attractivité de cette nouvelle organisation

En effet, la modernité de la pratique médicale (travail collégial, formation médicale, télémédecine et outils moderne, la diversité d'exercice et polyvalence etc...), et l'originalité de l'exercice professionnel constituent des arguments forts et attractifs pour le recrutement de nouvelles générations de médecins.

5.2.6.2 L'optimisation des ressources humaines

Grace à une gestion commune et un regroupement des moyens entre les subdivisions et la cellule des itinérants, il sera possible de prioriser certaines missions et d'augmenter la réactivité dans l'ensemble des îles.

5.2.6.3 La normalisation du statut des auxiliaires de soins

L'augmentation des communications et des échanges et la mise en place d'une télésanté opérationnelle au quotidien sont des moyens réalistes de rendre la pratique des agents de santé acceptable tant sur le plan éthique, sanitaire, sécuritaire que juridique.

5.2.7 Présence du CATEL

Le CATEL est un réseau multidisciplinaire ayant une compétence en télésanté et autres télé-services. Sa mission est de contribuer au développement des télé-services dans tous les domaines d'activité, avec une forte spécialisation dans le secteur de la santé.

Sur le territoire, l'antenne « CATEL pacifique » permet de réaliser un rapprochement avec les avancées métropolitaines dans le domaine de la télésanté et de créer du lien avec les différents acteurs de la TLM sur le territoire polynésien.

5.3 Les faiblesses ou Les risques d'échec

5.3.1 Les freins techniques

- ***Une lenteur du développement technique du réseau***

L'avancement de la télémédecine ne peut se faire que secondairement au développement d'internet. Les îles reliées au réseau ne sont pas choisies en fonction des besoins médicaux mais en fonction des contraintes techniques du seul opérateur internet de Polynésie.

- Le manque de maintenance technique

En cas de panne de réseau, les délais d'intervention de l'OPT sont très aléatoires. Cette éventualité impose d'anticiper et de prévoir des procédures dégradées qui permettront un travail en mode « déconnecté ».

L'usure du matériel est accélérée du fait des conditions hygrométriques et thermiques dans lesquels sont utilisées les machines. La maintenance ne peut se faire sur les îles du fait des coûts engendrés par le déplacement de personnel technique. Une rotation du matériel devra donc être organisée sur Tahiti pour toutes les actions de maintenance qui ne pourront pas être assurées à distance.

5.3.2 Les freins humains

- Le manque d'adhésion de certains soignants

Une innovation ne peut se déployer qu'avec l'adhésion des acteurs de santé, en premier lieu les professionnels de santé et les patients (39). Bien que beaucoup d'agents soient demandeurs de moyens leur permettant de rompre leur isolement, tout changement dans le mode de travail peut ne pas forcément être bien accepté entraînant une opposition de la part de certains. Sans l'adhésion des agents, le projet ne pourra pas se réaliser dans de bonnes conditions. De plus, une mauvaise gestion du risque du remplacement progressive du RISP pourrait compromettre l'acceptation du nouveau système applicatif.

Par ailleurs, de nombreux agents n'ont aucune connaissance de l'outil informatique. Un outil trop complexe et non adapté aux capacités de chaque agent pourrait conduire à un refus de l'outil.

La démarche d'affichage politique du projet a conduit à une perception erronée de l'objectif par le public et par les agents périphériques de santé. Le projet se résume pour la plus part à la mise en place de consultation par vidéo, sans appréhender l'importance de l'ensemble du dispositif.

Enfin, le manque d'adhésion médical pourrait compromettre l'idée de collaboration pluri disciplinaire indispensable au fonctionnement prévu par ce projet ainsi que le rôle majeur du développement d'un soin primaire.

- Déficit en ressources humaines

L'extension trop rapide du système risquerait de ne pas être corrélée aux moyens humains, notamment dans le domaine technique. Il pourrait en résulter un engorgement du service de support informatique, qui se solderait par une réponse lente et inadaptée aux demandes des utilisateurs qui pourraient alors rejeter le système dans son ensemble.

L'absence de personnel technique dédié à la gestion du parc informatique et du système applicatif serait de nature à fragiliser la pérennité du système.

- L'archaïsme administratif

La modernité et l'évolutivité de ce projet pourraient être rapidement compromises par l'absence de réactivité et d'adaptabilité administrative face aux changements imposés par ce projet notamment en matière de recrutement.

5.3.3 Les défauts d'orientation et de gouvernance

Un projet de santé a besoin d'un soutien et de directives politiques claires. L'absence d'ARS, les responsabilités mal définies à tous les niveaux, l'absence d'objectifs et de calendriers clairement établis sont autant de freins incontestables au développement ce projet de santé, d'autant plus qu'il est novateur...

- Absence de rôle clairement établi et hétérogénéité des acteurs

Le projet de santé met en œuvre des besoins techniques et administratifs non forcément sanitaires. Il a donc recours à des besoins ayant une distribution horizontale intéressant plusieurs ministères (santé, communication, vice-présidence, fonction publique...). Les changements de gouvernement en cours de développement du projet sont susceptibles de le fragiliser.

Compte tenu des contraintes techniques et légales indépendantes de la direction de la santé, le projet télémedical doit impérativement et d'emblée s'intégrer pleinement dans le SDSIS qui pourrait servir de cadre interministériel d'action. C'est la raison pour laquelle le SDSIS parle d'un « pôle santé » au SIPf qui travaillerait en collaboration avec le SI du CHPf(26).

- Le développement d'une télémedecine sans soins primaires

Les expériences et les réalisations télémedicales actuellement existantes sont développées dans des domaines spécialisés voire surspécialisés. Ces expériences exposent au risque d'une médecine « hospitalière » ou de soins tertiaires développées « au domicile » du patient au détriment d'une coordination des soins. Ce risque engendrerait une augmentation des coûts et majorerait la "dysmédicalisation" sans amélioration de la qualité des soins.

Une clarification des rôles et des limites d'exercice de chacun est nécessaire pour avoir une prise en charge satisfaisante et non contradictoire du patient.

- L'absence de référence de modèle et risque de dérive

Ce projet de télémedecine en Pf reprend des bases communes à de nombreux projets métropolitains ou européens. Il présente cependant des particularités telles qu'il semble illusoire de pouvoir se calquer sur leurs expériences.

Une vision trop parcellaire de la problématique et une méconnaissance de terrain sont les risques d'une mise en place d'un projet « déconnecté » de la réalité entraînant des choix qui aboutiraient à des outils inadaptés, aussi bien médicaux que techniques.

5.4 Perspectives

5.4.1 Collaboration renforcée avec les spécialistes

Sur le plan technique l'existence d'autres projets de télémedecine sur le territoire (télécardiologie, télé dialyse) pourrait engendrer une mutualisation de moyens et d'expérience permettant de créer un socle pour le développement de la télémedecine aux autres spécialités : possibilité de mettre en place des téléconsultations et de la télésurveillance spécialisée.

Sur le plan médical le partenariat avec les médecins spécialistes permettrait de créer un système de téléexpertise non seulement pour les agents isolés mais aussi pour les médecins en mission (spécialistes ou généralistes). Cette implication devrait permettre de renforcer la collaboration multidisciplinaire, et assurer la continuité entre soins primaires et secondaires.

Cette collaboration fait partie intégrante du projet car il ne peut y avoir de soins primaires efficaces sans coordination ni partage pluridisciplinaire.

5.4.2 Ouverture à d'autres services et médecine privée

La santé publique des îles se trouvent régulièrement en position d'interaction avec la médecine privée, du fait de la mobilité des patients entre leur île d'origine et Tahiti (où l'offre de santé privée est importante).

Au nom du libre choix de son médecin, de nombreux patients choisissent des professionnels privés. Il est alors logique d'ouvrir la télésanté aux médecins généralistes et spécialistes privés.

5.4.3 Vers un dossier médical partagé

L'échange optimal des informations médicales pour un patient donné à l'échelle du Pays est déterminant sur la qualité de la prise en charge. Dans cette optique, le développement d'un dossier médical partagé polynésien regroupant les données du DMPweb du CHPF, celles du système applicatif de la DS et celles d'autres systèmes d'information de santé interopérables, est souhaitable.

Cette perspective a motivé la demande du CHPf auprès de la CNIL pour être hébergeur de données de santé. L'intégration des données des différents systèmes informatiques pourra permettre la création d'un dossier informatique commun pour chaque patient

5.4.4 Permanence de soins : Dématérialisation de la consultation

La dématérialisation de la consultation permettrait de réaliser une permanence de télémédecine par les médecins d'astreinte à domicile et dans les îles. Cette offre serait de nature à améliorer la réponse de santé primaire en dehors des heures d'ouverture du service, avec une bonne tolérance par le personnel médical.

5.4.5 Recueil de données, outils analytiques et informatiques décisionnels

Une exploitation des données du système informatique, renseigné par le système applicatif, permettrait d'améliorer la connaissance de la santé en Polynésie de façon immédiate. Il permettrait également une évaluation des pratiques.

Certaines applications sont évidentes et faciles à mettre en œuvre :

- Prévalence de l'obésité par classe d'âge
- Etude de la couverture vaccinale (Ce travail, qui a mobilisé un agent temps plein pendant plusieurs mois au cours de l'année 2012, pourra être réalisé en une matinée de travail)
- Veille sanitaire automatisée (cette démarche est actuellement chronophage et rudimentaire) : la conjonction de plusieurs signes issus de l'observation est déclinée en syndromes significatifs (Syndrome grippal, gastro-entérite...)

D'autres études pourront être faites :

- Iatrogénie
- Observance thérapeutique
- Consommation médicamenteuse
- Coûts de santé

La conception du système applicatif prévu permet un classement des informations médicales non plus par chronologie comme dans un dossier papier, mais par une structuration modulable de l'information (par problématique, par pathologie, par éléments du dossier patient, par soignant, par île, par nom etc...), en fonction des besoins.

Cette structuration de l'information couplée à une centralisation des données au sein de la DSP permettra une exploitation extrêmement moderne des données administratives, organisationnelles ou épidémiologiques.

Cette ambition est suspendue aux solutions qui pourront être trouvées aux problématiques de sémantique médicale, avec la participation de la double expertise du Pr Fieschi, spécialiste du sujet, et des SIS de la Polynésie.

Les données ainsi structurées permettront d'alimenter de façon pertinente les tableaux de bord servant à la gouvernance sanitaire du Pays.

5.4.6 Avion sanitaire

La télémédecine est un outil permettant d'enrichir le panel de l'offre de soins, un outil complémentaire de l'offre in situ réalisé au cours de missions médicales dans les îles.

Actuellement, l'optimisation du temps médical de mission dans les îles est fortement compromise tant qualitativement que quantitativement. En effet, ce temps médical, très restreint du fait d'un effectif limité, est en partie sacrifié aux contingences logistiques de transport en raison du recours exclusif aux lignes régulières. Ces transports aériens, soumis à un impératif de rentabilité, sont inadaptés aux besoins de la santé, tant par la fréquence des vols que par les horaires. De plus, l'utilisation de ces transports ajoute des contraintes techniques du fait de la réglementation aérienne pour le transport commercial (transports de produits sanguins, séparation du fret et du transport de passagers...). Ces contraintes diminuent le champ opérationnel des missions médicales dans les îles isolées.

Par ailleurs, certaines îles ne disposent pas d'infrastructure aéroportuaire et les transferts de personnel sont opérés par voie maritime dans des conditions de sécurité extrêmement précaires ayant déjà entraîné la perte d'agents de santé.

Par analogie avec l'organisation des soins dans certaines régions isolées du monde (Canada, Australie, voire Kenya...), l'utilisation d'un support logistique de transport propre à la santé permettrait d'optimiser la ressource et de compléter l'offre de soins sur les sites isolés.

L'analyse des besoins aéronautiques, confrontée aux contraintes particulières de l'exploitation d'un appareil dans les conditions requises par la mission médicale, montre que, dans le contexte particulier des archipels éloignés de Polynésie, l'aéronef le plus adapté serait le De Havilland DHC-6, (« Twin Otter »), dans l'optique notamment de désenclaver les îles actuellement dépourvues d'infrastructures aéroportuaires, en créant des pistes « de brousse ».

Cette organisation permettrait donc d'augmenter la sécurité sanitaire des archipels éloignés en renforçant la présence médicale dans les atolls isolés, en assurant la formation continue du personnel isolé, en facilitant les visites spécialisées, en renforçant la communication entre les différents niveaux d'intervention, et en améliorant par ailleurs l'accessibilité des services sociaux, des services de l'éducation et des services d'hygiène et de salubrité publique aux îles peu desservies.

Ce concept respecte l'organisation des soins telle qu'elle a été définie sur ces archipels, en complément de l'offre télé médicale, et répond à la politique actuelle de rééquilibrage de l'offre de soins en Polynésie. Il se base sur des moyens financiers stables et un effectif médical constant. Il optimise la disponibilité des médecins dans l'optique d'améliorer le service rendu, tout en mettant en jeu des investissements modestes, cohérents avec les investissements de santé qui se font sur les autres archipels pour des populations voisines.

6 Conclusion

La répartition d'une très faible population sur un territoire immense couvrant les archipels isolés de Polynésie n'autorise pas une présence médicale sur chaque île. Pour faire face à cette contrainte, une organisation originale de la santé a été mise en place et se base sur l'intervention d'un réseau d'agents para-médicaux bénéficiant d'une supervision médicale réduite, à distance.

L'analyse critique de cette organisation a mis en évidence les dysfonctionnements et les facteurs les influençant, aboutissant à un accès médical défaillant, à un défaut de continuité des soins et à un défaut d'équité sanitaire au sein du Pays, conduisant à des situations qui seraient jugées inacceptables en métropole (4).

Cette étude a permis de dégager les principales problématiques de l'offre de soin sur les sites isolés. Parmi elles, l'insuffisance du soin primaire et du rôle de coordination qui lui revient, dans le schéma de prise en charge des patients est au premier plan. Il a été démontré que cette lacune est principalement due à une multiplicité de dossiers non communicants, et à l'absence de communication entre les personnels assurant le suivi des patients.

L'amélioration de l'offre de soins des populations concernées passe donc par un projet de santé. Selon les recommandations de l'HAS, il intègre les axes stratégiques d'un parcours de santé de qualité qui fera de la télésanté un pilier de la modernisation des soins Primaires dans les sites isolés. (30)

La télé médecine permet de rompre l'isolement en offrant une téléconsultation et un suivi régulier. De plus, la mise en place des TIC, l'informatisation des structures de santé et d'un système applicatif commun apporteront un partage de l'information médicale et un dossier communicant et efficient. Il a été démontré le caractère déterminant de ces qualités pour une prise en charge adéquate du patient.

La réorganisation du fonctionnement de la santé dans les îles isolées passera par la mutualisation des moyens médicaux des trois archipels éloignés au sein d'une structure homogène. Une démarche qualité adaptée à la spécificité des soins en milieu isolé, une réelle formation des agents et la collaboration multi disciplinaire, médicale et technique, sont les points clés de cette modernisation.

La télésanté au service des soins primaires est un concept innovant qui doit pouvoir s'enrichir des expériences de télé médecine spécialisée, mais qui doit pouvoir aussi s'en démarquer pour intégrer les spécificités de toutes les facettes de la médecine générale.

En métropole, la télémedecine a permis une pratique médicale à distance. En Polynésie, elle va permettre de médicaliser un exercice qui se pratique à distance depuis longtemps. Le Pays devra surmonter ses difficultés de gouvernance pour offrir à la population des sites isolés une prise en charge médicale performante et adaptée.

A l'instar du Pr Lareng – fondateur du SAMU et pionnier de la télémedecine – dont le souhait était d'amener l'hôpital « au pied de l'arbre », ce projet a pour ambition « d'amener les soins primaires au pied du cocotier ».

Bibliographie

- (1) Le CISS. Médecine et Soins de proximité.
Propositions formulées à l'occasion de la mission confiée par Monsieur le Président de la République à Madame Elisabeth Hubert, Présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile. 28 juillet 2010. Pp 6-8
- (2) Sources : www.outre-mer.gouv.fr
- (3) Histoire de la Polynésie française. Disponible en ligne : <http://www.domtomfr.com>
- (4) L'OFFRE DE SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS ULTRAMARINES
Rapport présenté par Mme Jacqueline André-Cormier. 24 juin 2009. Pp II-1 à II-16
- (5) Mme Geneviève Cazes. Vers une réorganisation des hôpitaux régionaux en Polynésie française.
Analyse et proposition. EDH 1994.
- (6) DELIBERATION N° 2002-169 Assemblée de Polynésie Française du 12 décembre 2002 relative au schéma d'organisation sanitaire de Polynésie française 2002
- (7) Arrêté n°320 CM du 17 mars 1989
- (8) Art 2 Délibération n°88-127 AT de Polynésie Française du 13 octobre 1988
- (9) Ministère de la Santé et de la Recherche, Vue d'ensemble des pathologies, Observatoire de la santé, 1998-1999 ; <http://www.sante.gov.pf>
- (10) Bertrand S, Berry AL. Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Bull Épidémiol Hebd. 2013;(28-29):326-32.
- (11) Dr Philippe Biarez. APPROCHE SPECIFIQUE DU MALADE POLYNESIEN. Mieux comprendre pour mieux soigner. Novembre 2012
- (12) Maco Tevane président de l'académie Tahitienne: le Polynésien et le temps: discours prononcé le 06.02.1998
- (13) Jean Marc Pambrun: la notion de Pupu: contribution à l'étude des traits liés aux mentalités et comportements des communautés rurales des ISLV. Bulletin de la société des études océaniques 18-12 (juin 1983) 1313-1321
- (14) OMS Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires 12 septembre 1978
http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/index.html
- (15) Article 36 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- (16) LA DEFINITION EUROPEENNE DE LA MEDECINE GENERALE – MEDECINE DE FAMILLE WONCA EUROPE 2002
- (17) Field MJ. Telemedecine : a guide to assessing telecommunication for health care. 2nd ed.
Washington: National Academy Press; 1997.
- (18) Lareng L. Qu'est-ce que la télémédecine ? Rev Hosp Fr 1996;1:53-79.

- (19) 10es JOURNÉES DE MÉDECINE DES GENS DE MER Paris 7 Avril 2005. Le Centro Internazionale Radio Medico (C.I.R.M.): 70 ans d'expérience romaine Francesco Amenta. Sezione Studi, Centro Internazionale Radio Medico (C.I.R.M.) Roma
- (20) Ministère de la Santé et des Sports, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Rapport La place de la télémédecine dans l'organisation des soins, Etabli par : Pierre Simon et Dominique Acker Conseillers généraux des établissements de santé - Novembre 2008 – p4
- (21) Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation HAS juin 2011. Note de cadrage
- (22) Élaboration de matrices d'impacts des effets attendus de la télémédecine : applications aux chantiers prioritaires. HAS juillet 2013. Rapport d'évaluation médico-économique, Annexes
- (23) Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine. HAS. Date de validation par le Collège : Juin 2013. p26
- (24) Indicateur n°8 : Densités régionales des médecins omnipraticiens et spécialistes, pour 100 000 habitants <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/indicateur8-pqemaladie.pdf>
- (25) Enquête auprès des structures sanitaires et des professionnels de santé. Annexe du Schéma directeur stratégique du Système d'Information de Santé de la Polynésie française Ministère de la santé, Direction de la Santé Département Planification et Organisation des Soins.
- (26) Schéma directeur stratégique du Système d'Information de Santé de la Polynésie française. Professeur Marius FIESCHI, Martine LABROUSSE, Docteur Philippe LOTTIN. Juin 2010
- (27) L'exercice coordonné et protocolé en maison de santé, pôle de santé et centre de santé. HAS. Evaluation et amélioration des pratiques. Novembre 2007
- (28) Le bilan des maisons et des pôles de santé et Les propositions pour leur déploiement. Rapport à la demande de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, Mme Fadela Amara et Mr Hubert Falco. J-M. JUILHARD, B. CROCHEMORE, A. TOUBA, G. VALLANCIEN. 18 juin 2009. P17
- (29) Grille de pilotage et de sécurité d'un projet de télémédecine. HAS. Date de validation par le Collège : Juin 2013.
- (30) Des parcours de soins pour un système de santé plus efficient. Lettre d'information de la Haute Autorité de santé • n° 36 http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1616095/fr/des-parcours-de-soins-pour-un-systeme-de-sante-plus-efficient
- (31) Dossier du patient : Règlements et Recommandation. ANAES. Service évaluation des pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. JUIN 2003. P4
- (32) Cahier des charges du système d'information des maisons et pôles de santé pluriprofessionnels et des centres de santé polyvalents. ASIP santé. Décembre 2011
- (33) Programme personnalisé de soin (PPS). HAS. février 2012
- (34) Dr J. DUFRENNE. DEMATERIALISATION DES ECHANGES D'INFORMATIONS ENTRE MEDECINS : La Messagerie Sécurisée de Santé utilisée par les Médecins Généralistes.

Thèse de Médecine Générale. Université Des Antilles et de la Guyane, Faculté de Médecine
HYACINTHE BASTARAUD. 18/05/2011. N°2011AGUY0414

- (35) Arrêté n° 937 CM du 11/07/2013 relatif à l'avenant n° 10 à la convention cadre pour l'établissement de contrats d'objectifs relatifs aux missions des praticiens du CHPF et de la direction de la santé dans les structures de santé publique. Paru en extrait au Journal Officiel 2013 n° 29 du 18/07/2013. p6433
- (36) Programme Régional de Télémedecine (PRT) Corse 2012 – 2016
http://www.ars.corse.sante.fr/fileadmin/CORSE/documentations/PRS/PRS_CORSE_2012-2016_PRT.pdf
- (37) Discours d'ouverture de la journée TELESANTE 2012 organisée par le CATEL.
François-Xavier SELLERET. 29 mars 2012
- (38) Efficience de la télémédecine : état des lieux de la littérature internationale et cadre d'évaluation.
HAS. Rapport d'évaluation médico-économique. Juillet 2013
- (39) Un engagement universitaire au cœur de l'évolution du système de santé. Université d'été de la e-Santé - Technopôle Castres-Mazamet
Intervention du Pr Louis Lareng- 4 juillet 2013

Annexe I

Les différents systèmes d'information de santé en Polynésie française

Le SIPf

Le Service Informatique de la Polynésie française (SIPf) a pour mission l'informatisation de l'ensemble de l'administration de la Polynésie, dont les structures de la direction de la santé. Il ne gère pas le matériel au niveau du CHPf.

Les rôles du SIPf sont l'infrastructure de communication et gestion du réseau (la description des liaisons disponibles est faite dans le chapitre sur l'OPT), le développement d'application, l'installation d'équipements, de logiciels.

Le RiSP et Logedopat

Une réflexion menée depuis 1997 sur les moyens d'information médicale au sein de la direction de la santé a conduit à la réalisation d'un outil logiciel mis en place en 2004.

Le Logedopat (ou module utilisateur) est le dossier patient géré localement dans la structure de soin périphérique. Il regroupe une multitude de fonctionnalités adaptées à la gestion d'une structure.

Le RiSP est le réseau mettant en contact ces dossiers avec l'hébergeur de données basé à Papeete chez l'Océanienne de Services Bancaires (OSB) (organisme privé), sous réserve de synchronisation de la base de données du poste de la structure périphérique. En pratique, l'utilisation de RiSP est principalement orientée vers la gestion des EVASAN.

Le Logedopat est un logiciel type lotus note mis en place dans les suites d'un projet du réseau santé polynésien (RSP). Malheureusement, le RiSP, tel que décrit par le cahier des charges initial, n'est pas opérationnel à ce jour. Aujourd'hui le réseau n'est développé que sur 27 sites de la Polynésie relevant de la direction de la santé. Instauré dans le cadre du schéma directeur d'informatisation de la direction de la santé, il apparaît a priori obsolète et insuffisamment performant (1). Les interfaces permettant d'étendre les échanges de données avec l'ensemble des acteurs sont au point mort. Le RSP dans son état actuel est en mode pause.

Cependant quatre composants essentiels sont en place :

- Le Module Utilisateur, application destinée aux structures de la direction de la santé, permet la tenue du dossier médical

- Le Dossier Informatisé Partagé du Patient, DIPP, il est installé à l'OSB. Il est prêt à recevoir des données provenant du Module utilisateur.
- Le serveur de messagerie pour l'échange sécurisé des documents entre utilisateurs et/ou vers le DIPP.
- Le lien avec la CPS est fonctionnel pour l'identification et droits des patients

Il équipe actuellement 25 structures de la dont la cellule Evasan au DTG DS (et onze aux îles TG).

Le SIPF s'est distancé du RISP, pour de nombreuses raisons organisationnelles, personnelles, politiques et techniques. Il n'intervient pas dans le support du RISP et refuse également de l'installer sur ses équipements. (2)

La DSIO du CHPf et DMPweb

Une Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO) est une entité transverse au service de tous les acteurs hospitaliers. Sous la direction de Francis Pezet, la DSIO comprend 14 personnes comprenant une Cellule organisation, un Service informatique constitué de trois pôles (Infrastructure technique, Projets informatiques, Pôle Formation).

La DSIO travaille étroitement avec le Département d'Information Médicale (DIM). Le « Dossier médical patient partagé », appelé en interne « DMPweb », développé par le Service Informatique du CHPf, a été mis en place dès 1985. Il gère l'ensemble des informations (administratives, cliniques, biologiques, radiologiques) de près de 400000 patients (depuis sa création), et il est coutume de dire que presque chaque polynésien a un dossier au CHPf !(2)

Dans le cadre de son schéma directeur du système d'information et de communication, le CHPf voulait une nouvelle organisation pour mieux soigner et mieux gérer. Cette nouvelle architecture devait permettre de fluidifier les échanges d'informations, faciliter l'intégration de nouveaux silos métiers tout en préservant une vision unique, cohérente et exhaustive des données du patient et de la production de soins. Cette solution permet d'unifier les données patients tout en continuant d'utiliser les applications et les systèmes existants et aux équipes médicales de travailler dans leur environnement familier. Grâce à une solution modulaire basée sur une architecture orienté service (SOA) et des services web (alias DMPweb). Le CHPf a modernisé son Système d'Information Hospitalier (SIH) en privilégiant une approche flexible qui réutilise au maximum le patrimoine applicatif existant, il agrège les données des patients en temps réel afin d'améliorer leur prise en charge médicale. Le personnel passe moins de temps à rechercher les données patients, ce qui en final améliore la qualité des soins et rend l'organisation conforme aux dernières normes administratives des hôpitaux. (3)

La consultation du Dossier du CHPf via internet est rendue possible grâce à la création d'un portail web « DMPweb » et Le Centre Hospitalier de Polynésie française (CHPF) a été récemment récompensé pour l'aspect très innovant de la modernisation de son système d'information hospitalier (SIH) en faisant la une des publications IBM.

Le SDSIS

Le schéma directeur stratégique du système d'information de santé de la Polynésie française, a été réalisée en Juin 2010 à la demande du Ministre de la santé de la Polynésie française, par un groupe d'expert – Professeur Marius Fieschi, Mme Martine Labrousse, Docteur Philippe Lottin.

Il s'inscrit dans le cadre général défini par le Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française en tenant compte des particularités géo-démographiques de la Polynésie française en proposant la mise en œuvre de solutions adaptées notamment pour les populations isolées. Il élabore la mise en place des différents SIS et leur homogénéisation pour tendre vers un dossier médical informatique partagé.

Il est nécessaire de se reposer sur le SDSIS pour toute nouvelle innovation des technologiques de l'information et de la communication dans le domaine de la santé. La réflexion autour de la télémédecine et ce projet se sont fortement appuyée sur ce SDSIS pour sa partie technique et stratégies organisationnelles. (2)

La Caisse de Prévoyance Sociale (CPS)

Elle dispose d'un service informatique important pour développer et gérer ses missions. Plusieurs composants du système d'information de la CPS sont ouverts sur l'extérieur :

- La gestion du DN, identifiant du patient assuré. Le DN constitue une base solide pour l'identifiant unique du dossier de santé en Polynésie.
- Les droits des assurés : Il s'agit d'une base interrogeable à distance permettant de connaître le DN d'un patient et de vérifier la validité de sa couverture sociale (« droits ouverts » ou « droits non ouverts »)
- Les répertoires des professionnels de santé
- La Feuille de soins électronique (FSE), n'est pas en application. (2)

Bibliographie

- (1) Avis du Conseil économique social et culturel sur le projet « loi du pays » relatif à la télémédecine. Saisine du président de la Polynésie française. Rapporteurs L.Tiffenat et P.Galenon. 4 avril 2013
- (2) Schéma directeur stratégique du Système d'Information de Santé de la Polynésie française. Etape 8 - Rapport final. Professeur Marius FIESCHI, Martine LABROUSSE, Docteur Philippe LOTTIN. Juin 2010
- (3) [http://www-01.ibm.com/software/fr/temoignages-clients/Centre Hospitalier Polynesie Francaise chpf/](http://www-01.ibm.com/software/fr/temoignages-clients/Centre_Hospitalier_Polynesie_Francaise_chpf/)

Annexe II

Description du fonctionnement du SSTG

Le SSTG doit assurer ses missions avec les ressources qui sont mises à sa disposition. Le Pays a décidé d'adopter un schéma d'organisation des soins qui répartit l'offre de soin en fonction de la population de chaque île, de la façon suivante :

- Moins de 40 habitants : pas de structure de santé
- De 40 à 300 habitants : poste de santé avec un auxiliaire de santé publique (ASP, cf page XX)
- De 300 à 1000 habitants : infirmerie avec 1 ou 2 IDE et un ASP
- Plus de 1000: centre médical avec 1 à 2 médecins, 1 à 3 IDE, 1 ASP, parfois 1 secrétaire et/ou femme de service

1. Ses acteurs

a) Les structures périphériques

- Poste de santé

Il est animé par un ASP qui assure les soins de premiers recours et les missions de prévention sur les îles. Le poste de santé est habituellement composé d'une salle de soins / consultations et d'un local à pharmacie, parfois complétés d'une chambre de surveillance.

- Infirmerie

Il est animé par un ou deux IDE en collaboration avec un ASP. Cette équipe assure les soins de premiers recours et les missions de prévention sur les îles. L'infirmerie est habituellement constituée de deux salles de soins/consultations, d'une salle d'urgence, d'une chambre de surveillance et d'un local à pharmacie.

- Centre médical de proximité

Il est animé par un médecin, habituellement assisté de deux infirmiers, d'un ASP ou d'une secrétaire. Il assure l'offre de soins primaires dans les îles (premiers recours, prévention, coordination des soins, soins dentaires...). Leur activité est étendue à la gestion à distance des îles voisines et à l'organisation des missions sur ces îles... Il organise les EVASAN programmées et non programmées en cas d'urgence.

Le centre médical est habituellement constitué de trois salles de soins/consultations, d'une salle d'urgence, d'une (ou plusieurs) chambres de surveillance et d'un local à pharmacie.

Le centre médical est dégradé en infirmerie lors d'absence du médecin pour mission ou congé, les IDE se réfèrent alors au DTG pour les tâches médicales comme dans les autres infirmeries.

b) Le Dispensaire des TG (DTG)

C'est l'organe central du SSTG, il est localisé à Papeete. Il regroupe des médecins, des IDE et des ASP. Le temps médical sur place est principalement une activité de coordination des soins :

- Accueil médical des patients venant des îles pour une prise en charge diagnostique qui n'aura pu être gérée à distance, associée à une éventuelle orientation vers un spécialiste.

- Accueil des patients ayant bénéficié de soins secondaires ou tertiaires à Papeete (spécialistes, hospitalisations), avant leur retour sur leur île afin de coordonner la suite de leur prise en charge in situ. Il sera notamment fait une évaluation du traitement prescrit et de sa compatibilité avec l'offre de soins de l'île (par exemple un traitement nécessitant une surveillance biologique n'est pas compatible avec un retour sur un poste de santé). Il sera prescrit une surveillance que doit réaliser l'agent de santé in situ ainsi que le programme de prise en charge ultérieur.
- A cette occasion, une opération de contrôle est réalisée au bénéfice de la caisse de prévoyance sociale (CPS) : le patient a-t-il honoré l'ensemble des rendez-vous prévus pour ce déplacement ? Faut-il profiter de ce déplacement pour faire des examens de dépistage systématique (mammographie) ?
- L'activité de premier recours y est anecdotique.

C'est au DTG que les IDE et les ASP présents dans les îles isolées peuvent appeler pour solliciter un avis médical, pour demander un renouvellement d'ordonnance ou pour valider une Demande d'Entente préalable (DEP) de transport vers Papeete.

Par ailleurs, le DTG organise les missions médicales, dentaires et de sage-femme dans les îles : définition du programme, réalisation logistique et financière.

c) Les intervenants extérieurs

Lors de son parcours le patient rencontre de multiples intervenants extérieurs au SSTG, qui participent à sa prise en charge.

- ❖ Médecin généralistes libéraux :
Du fait de la faible capacité des DTG à assurer le suivi médical, un certain nombre de patients se tournent vers un médecin libéral à Tahiti pour organiser les soins. La communication de ce médecin avec le SSTG est très inégale. Cependant, le renouvellement des ordonnances, est une activité le plus souvent rattachée au DTG.
- ❖ Médecins spécialistes libéraux/cliniques :
Ils réalisent les consultations spécialisés et transmettent un compte rendu au médecin généraliste. La communication de ce compte rendu au DTG n'est pas systématique, ce qui entraîne un nouveau fractionnement du dossier médical
- ❖ Centre hospitalier de la Polynésie française (CHPf) :
Il réalise une activité de soin secondaire et tertiaire au profit du patient, le compte rendu des soins réalisés alimente le DMPweb et, par courrier postal, les différents dossiers médicaux de façon retardée (MT, DTG, Structures périphérique).
- ❖ Laboratoires privés et public :
Ils gèrent les analyses biologiques et transmettent les comptes rendus au prescripteur par courrier, par fax ou parfois via serveur Web.
- ❖ Pharmacies privées :
Elles sont essentiellement localisées à Tahiti ; les prescriptions leur sont envoyées par fax, elles assurent l'expédition des médicaments vers les patients sur leurs îles.
- ❖ Pharmapro :
C'est un service central de la direction de la santé qui gère l'expédition des dotations médicamenteuses des structures périphériques qui délivrent aux patients certains traitements.
- ❖ Caisse de prévoyance sociale (CPS) :
C'est l'organisme payeur. Par ailleurs elle délègue au SSTG la mission de contrôle du bienfondé des EVASAN.

- ❖ Air Tahiti :
Transporteur aérien détenant le monopole sur les vols internes en Polynésie française. La compagnie dessert 34 des 43 îles des Tuamotu-Gambiers, de façon plus ou moins fréquente (de 1 vol quotidien à 3 vols mensuels)
- ❖ Autres transporteurs :
Ensembles de goélettes réalisant de quatre dessertes mensuelles à une desserte bimestrielle, avec un temps de transport variant de 2 à 20 jours selon les îles.

Ces intervenants extérieurs jouent un rôle important dans la prise en charge des patients impactant directement le fonctionnement du SSTG notamment dans le cadre de la coordination et de l'organisation des soins.

2. Tâches courantes du SSTG

- Exercice paramédical *in-situ* (sur site)
 - Mission de suivi de la population assuré par les agents de proximité (infirmiers et auxiliaires de santé), selon un schéma déterminé par l'équipe médicale soit lors du déplacement du patient à Papeete, soit lors d'une mission médicale sur place.
 - Mission de prévention (Protection maternelle et infantile, CMS...)
 - Préparation des DEP et des ordonnances
 - Gestion du dossier patient sur l'île
 - Gestion administrative de la structure sur l'île
 - Correspondant médico-social et du centre d'hygiène et de salubrité publique
- Exercice médical en mission
 - S'occupe des tâches habituellement gérées par les agents paramédicaux
 - Consultation médicale avec activité de coordination des soins
 - Gestion du dossier patient sur l'île
 - Les centres médicaux peuvent être considérés comme des infirmeries avec un médecin en mission en quasi-permanence.
 - Formation des agents
 - Inspection des structures périphériques
- Consultation médicale *ex-situ* (au DTG)
 - Consultation de retour après avis spécialisé ou après une hospitalisation
 - Consultations physique de prise en charge diagnostique et d'orientation à Papeete
 - Gestion du dossier médical patient (Sortie des dossiers, récupération des documents, analyse des Comptes rendus, biologie, prise d'avis spécialisé...)
- Exercice à distance
 - Coordination des suivis spécialisés et des EVASAN, et signature des Demandes d'Entente Préalables (DEP), suivi de la transmission à la CPS
 - Avis médicaux téléphoniques
 - Vérification et signature des ordonnances avec transmission aux pharmacies
 - Gestion du dossier médical patient au DTG

3. Documents et moyen de communication

- **Documents médicaux**

Il n'existe pas de dossier médical unique pour chaque patient au SSTG, il existe un dossier médical patient au DTG et dossier patient dans chaque structure périphérique où le patient a bénéficié de soins. Chaque fois que le patient change d'île un nouveau dossier est créé dans la structure de soin où il consulte. Il n'y a pas de communication ni de synchronisation entre les différents dossiers médicaux. Les dossiers médicaux sont principalement sous forme papier (DTG et structures périphériques). Dans les structures périphériques utilisant le RISP (11/44) le dossier patient est uniquement informatique ; ce dossier est principalement utilisé au niveau de la structure périphérique. Au DTG les patients provenant d'îles disposant du RISP ont un dossier médical papier.

Les documents médicaux détenus par le patient sont :

- Le carnet de santé de l'enfant, donné à la naissance aux parents
- Le « Carnet Rouge », carnet de longue maladie calqué sur le modèle du carnet de santé accordé aux patient bénéficiant d'une prise en charge à 100% permettant d'avoir une trace du suivi médical. Le Carnet Rouge est détenu par le patient il se doit de l'apporter à chaque consultation, ce qui n'est pas toujours le cas.

Les documents médicaux rattachés aux missions préventives du SSTG sont les carnets de CPI (suivi des enfants en âge pré-scolaire) et les carnets de CMS (suivi des enfants en âge scolaire). Ils regroupent toutes les informations de suivi des enfants, remplissant les mêmes fonctions que le carnet de santé ; cependant, ces documents sont conservés au sein de la structure de l'île où habitent les enfants et ne sont donc pas consultables sur les autres sites, ni au DTG.

Le fonctionnement des prescriptions se fait sur un modèle particulier : l'agent en poste isolé rédige l'ordonnance à la fin de sa consultation (renouvellement d'ordonnance ou prescription ponctuelle pour une pathologie aiguë) puis transmet l'ordonnance au DTG pour une validation médicale

La demande d'EVASAN programmée se fait sur le même principe de façon manuelle, et aussi de façon automatisée, pour les postes équipés, via le RISP

- **Moyens de communication**

Du fait de la non colocalisation du patient, du médecin et de leur intermédiaire (l'agent de santé des structures périphériques), mais aussi du fait de l'éloignement des intervenant extérieurs (notamment les spécialistes, les pharmacies...), les moyens de communication entre les différents acteurs de santé sont déterminants.

Les principaux moyens de communication sont le téléphone et le fax, mais aussi le courrier postal :

- Le téléphone est principalement utilisé pour les demandes d'avis médicaux ou pour les demandes d'information sur un patient
- Le fax sert aux transmissions de tous les documents urgents : ordonnances, DEP pour les EVASAN, compte rendus médicaux ayant un impact immédiat sur la prise en charge du patient. La qualité de transmission est assez aléatoire, et malgré trois lignes de fax au DTG, des phénomènes de saturation sont quotidiens...

- Le courrier postal est utilisé pour expédier les originaux des documents envoyés par fax, les courriers médicaux non urgents, les courriers médico-sociaux. Les délais d'acheminement peuvent atteindre trois mois...

Accessoirement les autres moyens de communications utilisés sont :

- Les documents détenus par le patient (Carnet Rouge, Carnet de santé)
- La transmission orale du patient ou de ses proches
- Un moyen historique et anecdotique la BLU (transmission par radio de type radio amateur) pour les quelques îles qui ne sont pas encore connectées au réseau téléphonique.
- L'envoi par Lotus Note est utilisé par les structures utilisant le RISP essentiellement pour les DEP et les bilans biologiques, dans les onze infirmeries et centre médicaux équipés

- RISP et logedopat

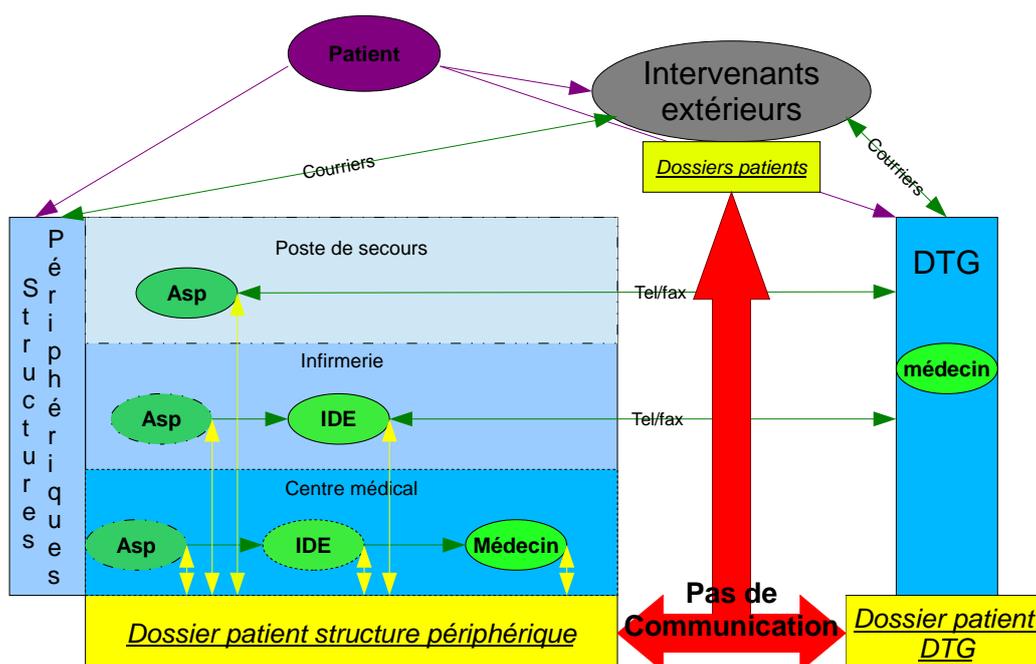
Ce système déjà décrit précédemment équipe actuellement 11 structures périphériques du SSTG ainsi que la cellule Evasan au DTG (les médecins ne sont pas reliés à ce logiciel).

4. Analyse du fonctionnement du SSTG

➤ Les structures périphériques :

Le fonctionnement des structures périphériques hors centre médicaux est unique : les missions de soin sont assurées sans personnel médical à disposition sur place. La majorité de ces missions est donc assurée en totale autonomie. Compte tenu de la limite de leur compétences, les ASP et les IDE sollicitent les médecins du DTG pour les actes médicaux ou lorsqu'ils ont besoin d'un conseil.

Il en résulte donc un exercice à distance pour les médecins du SSTG et pour les intervenants extérieurs. Cet exercice à distance consiste en la réalisation de consultations téléphoniques à la demande du personnel soignant requérant et à la validation des ordonnances et des DEP préalablement transmis par l'agent en poste dans les îles.

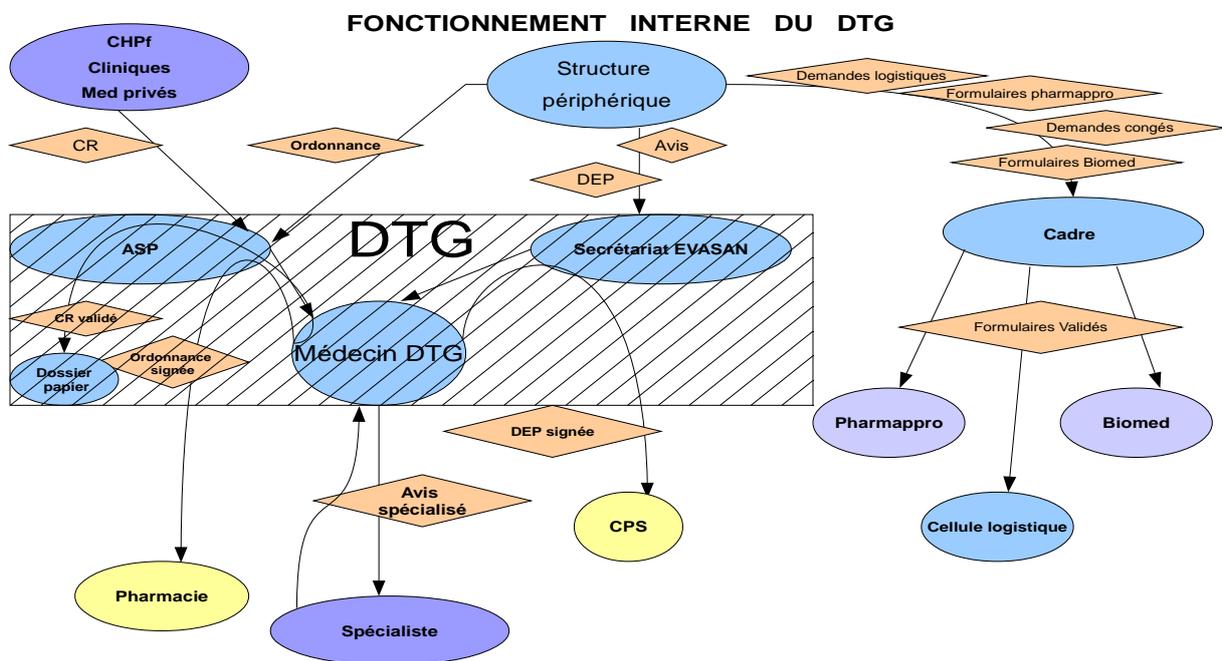


L'activité des structures périphériques est consigné dans un registre qui remplit trois missions en une :

- Il relève les consultants, destiné à la CPS pour le paiement des actes
- Il note le type d'intervention auprès du patient définissant d'une part l'acteur de santé (ASP, IDE, Médecin, Sage-femme, spécialiste), et d'autre part le type de soin : actes de prévention (suivi des enfants en âge préscolaire, en âge scolaire, suivi de grossesse, suivi de patients chroniques...), et actes curatifs (consultation, soin, urgence...)
- Il sert de main courante

➤ Le DTG

Le Fonctionnement du DTG est rendu complexe par la diversité des missions qu'il doit assurer ainsi que par la multitude d'intervenants avec qui il doit interagir



✓ Interaction DTG/SP

L'agent de la structure périphérique assure l'accueil in situ du patient et a recours aux médecins du DTG pour plusieurs types de problèmes :

- Avis médical, quand le patient présente une symptomatologie sortant des protocoles de soins publiés par la direction de la santé.
- Ordonnance de pharmacie : après une consultation l'agent de santé périphérique rédige une ordonnance qui est expédiée par fax au DTG pour validation et signature avant d'être adressée à la pharmacie.
- Demande d'entente préalable (DEP) pour une EVASAN : elle doit être argumentée et signée par le médecin avant son acheminement à la CPS.

Le DTG a également recours à la structure périphérique, notamment suite à a réception de compte-rendu d'hospitalisation ou de consultation spécialisée, pour modifier un protocole de soin (au sens large) ou de surveillance.

Le DTG est le relais de demandes particulières de certains services de la direction de la santé auprès des agents périphériques (relevé épidémiologique...)

✓ Interaction DTG/IE

Le DTG fait appel aux intervenants extérieurs pour des prestations très variées, médicales ou médico-logistiques :

- Demande d'avis spécialisé pour un patient en consultation physique au DTG ou à distance pour un patient présent sur son île.
- Demande d'EVASAN auprès de la CPS : les DEP validées et signées par le médecin du DTG sont adressées par télécopie à la CPS qui délivre le « bon de transport » faisant office de paiement auprès du transporteur concerné.
- Demande de délivrance de médicaments après validation et signature par le médecin de l'ordonnance qui est expédiée par télécopie à la pharmacie

✓ Interaction SP/IE

Il se peut que l'agent de la structure périphérique demande parfois un avis directement au spécialiste ou au SAMU, sans passer par le DTG.

Il est également à noter que les structures périphériques se trouvent parfois être les interlocuteurs de certains intervenants extérieurs, les informations concernant le patient leur sont directement adressés sans que le DTG n'en reçoive une copie.

➤ **Le Circuit Patient**

La séquence complète de prise en charge d'un patient des TG est décrite ci-dessous. On prend le cas d'un patient présentant une pathologie non urgente. :

- Accueil par l'agent paramédical de son île :
 - ↳ traitement selon protocole
 - ↳ ou appel DTG
- Avis médical DTG :
 - ↳ Solution diagnostique en consultation téléphonique : prescription thérapeutique à distance
 - ↳ Ou DEP pour demande d'EVASAN
- Réservation par le patient de son billet de transport payé par la CPS
- EVASAN vers Papeete passage par le DTG ou orientation directe vers un/des spécialiste(s) ou vers une hospitalisation
- A l'issue de la prise en charge médicale à Papeete :
 - ↳ Problématiques d'hébergement (famille ou hébergement par organisme agréé par la CPS)
 - ↳ Consultation DTG :
 - Contrôle de l'ensemble de la prise en charge
 - Evaluation de la compatibilité du traitement avec l'offre de soin disponible sur l'île.
 - Vérification de l'approvisionnement en médicaments
 - Transmission de consignes à l'agent de l'île
 - Etablissement d'une attestation de retour permettant le paiement du billet retour par la CPS

- ↳ Obtenir un « bon de retour » à la CPS (justificatif de paiement du billet de retour par la CPS)
- ↳ Réserver un billet de retour chez le transporteur grâce au « bon de retour » de la CPS
- Retour sur son île : consultation dans la structure périphérique
 - ↳ Mise en œuvre des traitements
 - ↳ Programmation de la surveillance

On notera la non colocalisation des différents intervenants à Papeete ce qui conduit le patient à sillonner la ville dans tous les sens :

- Site 1 : hôpital ou clinique ou médecin spécialiste
- Site 2 : Pharmacie
- Site 3 : DTG
- Site 4 : CPS
- Site 5 : bureaux du transporteur
- Site 6 : port / aéroport d'embarquement

Annexe III

Elaboration d'outils de coordination en soins primaires indispensable à la télésanté en Pf

Le manque de coordination et de communication entre les intervenants est un des dysfonctionnements majeur du SSTG. Dans le milieu actuel de la santé, la coordination ne peut être efficiente sans l'utilisation de TIC et de données médicale structurées et partagées. Page : 64
La mise en place d'outils de coordination, surtout en soins primaires, est nécessaire pour une télésanté efficiente. Ces outils, couplés à une informatisation du dossier médical , doivent appuyer la modernisation de l'organisation du SSTG. Une réflexion médicale commune et une évaluation des besoins fonctionnels « métier » auront pour but d'amener *in fine* la création d'un Système Applicatif.

Comme le définit l'ANAES :le dossier du patient est le lieu de recueil et de conservation des informations administratives, médicales et paramédicales, formalisées et actualisées, enregistrées pour tout patient accueilli, à quelque titre que ce soit, dans un établissement de santé. Le dossier du patient favorise la coordination des soins qu'impose l'évolution de l'organisation des soins du fait de la multiplicité des intervenants, de la complexification des soins, de l'accroissement du risque iatrogène et de la plus grande technicité des actes.

Outil de partage des informations, il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluri professionnelle et pluridisciplinaire, s'affranchissant de la mémoire d'un praticien. Compte tenu de l'éclatement des acteurs de soin la nécessité de son accessibilité quel que soit le site concerné, est déterminante afin de le consulter et de le renseigner de façon synchrone où que se trouve le patient.

1. La fiche de Synthèse (FS)

C'est un outil créé pour regrouper les informations pertinentes et essentielles du patient permettant à elle seule, sa prise en charge. Ce document synthétique doit être visible sur une seule page et a pour but de résumer toutes les problématiques du Page : 65 nécessaires à une bonne compréhension, à une bonne coordination et donc à une bonne prise en charge.

Elle doit être unique, dynamique, et évolutive pour chaque patient, réactualisée à chaque acte médical. Un tel outil non actualisé à la fin de chaque consultation perd tout son intérêt

Elle a pour but de :

- donner et de partager une vue synthétique du dossier médical et son contexte médico-environnemental
- d'organiser la coordination des soins et des soignants impliqués en précisant
 - les différents intervenants
 - les traitements réellement pris
 - les priorités du projet de soins du patient
- répondre à un acte médical (ou tel médical) avec pertinence, facilité et efficacité
- de garantir l'accès aux données aux professionnels de santé nécessaire à la réalisation de l'acte

Elle a une structure fixe constituée des rubriques ou groupes d'informations suivant :

- Fiche d'état civil et site de prise en charge
- Antécédents
- Traitements en cours
- Intervenants
- Contexte (comprenant des éléments à la fois médical et bio-environnementaux)
- Projet ou Programme Personnalisé de Soins (PPS)

❖ **1ere partie : partie administrative :**

La qualité de l'information administrative est le prérequis de la qualité de l'information médicale qui s'y rattache.

Les règles de saisies de l'identité des patients sont primordiales pour assurer un dossier médical unique sans doublon ni collusion.

- Identification du patient : Du fait de la multiplicité des noms utilisés pour un même patient et en attendant un identifiant commun, elle se fera en premier par son nom de naissance suivi des prénoms dans l'ordre établi sur la carte CPS ; la date de naissance sous la forme JJ.MM.AAAA.
- numéro DN (ou numéro d'inscription au registre d'assurance sociale) choisi selon le SDSIS comme l'identifiant du patient
- pour les longues maladies ou affections de longue durée (LM) leur code maladie et sa validité.

- lieu de résidence (avec un lien hypertexte renvoyant vers la fiche site)
- date de réactualisation du document

❖ 2eme partie : les antécédents médicaux et allergies.

Cette rubrique regroupe tous les antécédents médicaux du patient qui peuvent avoir une implication dans la prise en charge future du patient. Ils sont classés de façon pertinente en fonction:

- De la priorisation des pathologies en les classant par ordre de celles qui sont le plus demandeuses de soins
- des groupes de maladies liées entre elles, qu'elles aient fait l'objet de prise en charge chirurgicale et/ou médicale

Les allergies apparaissent à part uniquement si elles existent.

❖ 3eme partie : Traitement médicamenteux

Détaille la liste des traitements en cours avec leur posologie classés dans un ordre logique en fonction des maladies énoncées ci-dessus. Dans cette rubrique nous y intégrons aussi la liste des traitements stoppés (en incluant la date d'arrêt, le motif d'arrêt, le prescripteur de l'arrêt)

❖ 4eme partie : Les intervenants

Cette partie schématise le parcours de soin du patient. Elle est classée par spécialités (avec les dates de la dernière et prochaine consultation) avec la liste des intervenants (ou service avec leur établissement) participant à la prise en charge. Cet outil permet de mieux organiser les soins lors des missions ou des Evasans.

Une partie « libre » accolée à chaque intervenant pour la notification d'éventuels éléments de surveillance ou remarque quelconque.

❖ 5eme partie : Le contexte médico-environnemental

C'est la transcription de l'exercice de proximité qui aborde le patient dans sa dimension bio-environnementale (réalisée aussi bien par l'agent de soin ou l'infirmier du site isolé que par le médecin au cours de ses missions). Il y est décrit les conditions de vie du patient, son travail, son isolement mais aussi son adhésion aux soins, son observance, les difficultés de prise en charge.

Le contexte médical synthétise les évènements de soin médicaux et problématiques cliniques et/ou paraclinique en cours. Ils ont une durée limitée dans le temps, ils peuvent perdurer et devenir chroniques s'intégrant alors aux antécédents.

❖ 6 ème partie : Le projet personnalisé de soin (PPS)

Élément clé de la prise en charge pluri disciplinaire et élaborer selon les volontés du patient, Le projet de soin est calquée sur le modèle du PPS mis en place par l'HAS en février 2012

Le PPS est un outil opérationnel pour organiser et planifier le parcours de soins des personnes ayant une ou plusieurs maladies chroniques. Il correspond à un plan d'action pour la prise en charge prospective de cette personne. C'est un outil de coordination résultant de la collaboration du médecin généraliste et du patient ainsi que de l'équipe soignante et des spécialistes.

Le PPS est établi par le médecin avec le patient, il doit adapter et prioriser les recommandations des tous les spécialistes en fonction du contexte en collaboration avec le patient et l'équipe des soignants.

Le PPS détermine :

- la démarche thérapeutique
 - mesure hygiéno-diététique et motivation du patient,
 - traitement symptomatique ou chronique,
 - stratégie d'un allègement thérapeutique
 - stratégie de prise en charge d'éventuelles complications
- les surveillances mises en place
- La fréquence des Evasans et du suivi spécialisé
- La conduite à tenir en cas d'urgence

Tout d'abord créée sous format texte ou papier, insérée dans les dossiers médicaux elle doit devenir la porte d'entrée et la clef de voute du nouveau système applicatif informatif. Il ne peut y avoir de prise en charge coordonnée, partagée et efficiente sans FS. Elle donne un sens au dossier médical.

Exemple de fiche de synthèse



Fiche de synthèse patient
Service de santé des Tuamotu-Gambier
BP n°611 - Papeete - Polynésie Française
Tel : (689) XX XX XX Fax : (689) XX XX XX

MO....E Te....i 20.09.1948

[Ile de Vahitahi](#)

DN = 999999 LM: E10 I10 I69 (exp 04.2015)

Mise à jour le 28.08.2013

❖ Antécédents :

- Diabète de type 2 insulinorequérant depuis 1994 (HbA1c 7,1), multicompliqué :
 - o Néphropathie/Rétinopathie/Polynévrite
 - o Accident vasculaire cérébral ischémique avec hémiparésie droite séquellaire (2009)
- Néoplasie mammaire avec envahissement ganglionnaire (CHPf, 2002) :
 - o Chirurgie : mammectomie et curage axillaire
 - o Traitement adjuvant : chimiothérapie 10 cures
 - o Rémission complète. Dernier bilan 2010
- HTA avec HVG. FEVG = 70% (Aout 2011)
- Hyperlipidémie
- Scoliose, discopathie L5 S1
- G4P4. Hystérectomie, salpingectomie. Kystes ovariens.
Allergie : Sulfamides (œdème de Quincke 1992)

❖ Thérapeutique

Spécialité	Posologie	Spécialité	Posologie
<i>Lantus</i>	60 UI	<i>Rilménidine</i>	1-0-1
<i>Metformine 850mg</i>	1-0-1	<i>Lercanidipine</i>	1-0-0
<i>Clopidogrel 75mg</i>	1-0-0	<i>Irbésartan-HCT 300/12,5</i>	1-0-0
<i>Aspégic 250mg</i>	1-0-0	<i>Atorvastatine 20</i>	0-0-1

↳ Traitements stoppés : Furosémide 20 – Nov 2012/Dr Ccc

❖ Intervenants assurant le suivi :

Intervenant/ Site	Nom	Dernière Cs	Prochaine Cs	Remarques
Med traitant/ SSTG	Dr Aaa	25.08.2013	11.2013	Vu en Mission
Cardio/CHPF	Dr Ccc	1-10-2012	11.2013	
Endoc/CHPF	Dr Eeee	1-12-2012	11.2013	
Oph	Dr Ooo		11.2013	FO
Gyneco/CHPF	Dr Ggg	13-06-2013	2015	
Neuro/ CHPF	Dr Nnn	Mars 2012		Si nouvelle symptomatologie

❖ Contexte

- Autonomie réduite. Pas de trouble cognitif. Vit sur un motu isolé avec garde malade (Surv dx + insuline)
- Poids 74 kg (Nov 2012) perte de poids 10 kg en 6 mois suite à changement d'habitude alimentaire
- Pas de doléance. Pas d'effet indésirable du TTT
- Examen : stable avec séquelles persistantes. A noter : pouls périph non perçus sauf radial droit
- Dx = 0,86 g/l, PA = 115/70 mmHg

❖ Projet personnalisé de soin :

- Education garde malade notamment sur le risque d'hypoglycémie
- Diminution de l'insuline et Surv Dx 1 à 2 fois/j
- adaptation du TTT par avis téléphonique ou téléconsultation
- Bilan bi annuel et Cs annuel Endoc + Cardio + OPH : Fin 2013

2. L'événement de soin

Un événement de soin est une interaction entre le patient et le service de santé. A chaque événement de soin sera créée une fiche d'événement de soin informatique (FES) ; actuellement à l'état de projet, elle sera l'élément de base du nouveau dossier médical informatique et un élément clé du futur système applicatif.

Compte tenu de la spécificité de l'exercice la FES sera commune aux Agents de soin, aux IDE et aux médecins.

Elle s'adaptera aux différents événements de soin :

- Consultation « tout-venant »
- Consultation suivi de maladie chronique
- Consultation de protection infantile
- Consultation médico-scolaire
- Consultation de protection maternelle/ Planning familial

Elle présentera plusieurs parties :

- Une partie administrative
- Une partie « paramètres cliniques »
- Une partie Observation
 - Observation programmée (paramédicale/médicale)
 - Observation non programmée (paramédicale/médicale)
- Une partie résumé
- Une partie conduite à tenir ou prise en charge ou décision

Exemple d'écran de gestion d'un évènement

Consultation - M. Xxxxx Xxxxxx Date naissance : xx/xx/xxxx DN : xxxxxx

Poids : xx kg Taille x,xx IME : xxx
Fréquence card. : xxx

Paramédical Médical

Obs. programmées :
xxxxxx xx xx x
xxxxxxxxxxxx xx x xxx xx x
xxxxx x x x xxxx

Obs. non programmées :
xxxxxx xx xx x
xxxxxxxxxxxx xx x xxx xx x
xxxxx x x x xxxx

Obs. programmées :
xxxxxx xxx xxxxxx xx xxx
xx xxxxxxxxxxxxxx xxx xx x
xxx

Obs. non programmées :
xxxxxx xx xx x
xxxxxxxxxxxx xx x xxx xx x
xxxxx x x x xxxx

Résumé :
xxx xxx x xxx x x xxx x xxx x xx xx xxx

Conduite à tenir :
xxx xxx x xxx x x xxx x xxx x xx xx xxx

S/E : [Prescription](#) [CR Analyse](#) [Ajout S/E](#)

La FES n'est pas seulement le compte rendu de l'observation médicale ou paramédicale, c'est un document d'échange permettant la demande d'avis médical et de téléconsultation. Elle ne peut être efficace que sous forme informatique.

Une action médicale ou paramédicale est un évènement de second niveau ou « sous-évènement » qui est rattaché à l'évènement principal, c'est-à-dire la consultation. La FES pourra être liée à plusieurs sous-évènements.

Liste des types de sous-évènement :

- Prescription de médicament (médical)
- Prescription de médicament sous protocole médical (paramédical)
- Prescription d'examen (médical)
- Demande d'évacuation sanitaire programmée (médical)
- Demande d'évacuation sanitaire en urgence (médical)
- Geste thérapeutique (paramédical)
- Vaccination (médical ou paramédical)
- Avis spécialisé
- Document audiovisuel
- Information d'appareil médicaux connectable (wifi, Bluetooth, USB, etc.)
- Autres à définir

❖ La partie administrative

Elle est commune à celle de la FS

Il y sera également noté la date et l'heure de la demande, du traitement médical ainsi que l'identification du personnel de santé requérant (PSr) et du Personnel médical sollicitée (PMs) traitant la demande.

❖ La partie « paramètres physiques »

Elle regroupe les paramètres hémodynamiques, cliniques ou paraclinique (dextro...) nécessaire à un type de consultation. Elle présente un cadre directeur différent en fonction du type d'événement de soin, et, pour les malades chroniques, en fonction de la pathologies (à titre d'exemple, une surveillance de diabète n'est pas équivalente à une surveillance d'épilepsie)

A noter qu'avec l'apport de l'informatique, il sera possible de faire apparaître dans la FS un suivi de ces paramètres en fonction des pathologies du patient (par exemple le suivi de la glycémie chez un diabétique)

❖ La partie observation

La partie observation est séparée verticalement en 2 colonne, une regroupant les observations paramédicale, l'autres regroupant les observations médicales.

- Observation programmée

Partie de l'observation qui est semi-dirigée et protocolisée en fonction du type de FES, elle sert d'aide à l'agent en lui donnant un cadre directeur pour sa consultation. Cette partie sera prépondérante dans la FES de type CPI (énumération des acquisitions en fonction de l'âge) ou suivi chronique (éléments à rechercher systématiquement dans certaines pathologies), et quasiment inexistante dans les FES « tout-venant ».

- Observation non programmée

La partie paramédicale est remplie par l'agent de soin ou l'IDE en poste isolé, elle regroupe l'anamnèse et les observations cliniques.

La partie médicale est remplie par un médecin, elle correspond aux observations cliniques et examen clinique ou paraclinique effectués par le médecin lors d'une consultation ou authentifiée lors d'une téléconsultation.

❖ La partie conclusion ou résumé

Elle conclue la consultation. C'est là qu'est posé le diagnostic paramédical/médical ou bien la demande d'un avis médical.

❖ La conduite à tenir ou decision

Elle décrit la prise en charge du patient avec les décisions thérapeutiques. Elle est dictée par le médecin quand un avis médical a été demandé, mais elle peut aussi se baser sur des protocoles médicaux préétablis ou bien se résumer à la prise en charge uniquement paramédicale.

3. Les chaines d'événements de soins

La plupart des événements de soins entraîne une surveillance donc une succession de FES. Malheureusement, dans un dossier papier, le lien entre les événements de soins n'est souvent que chronologique alors qu'il ne correspond pas à une pertinence fonctionnelle médicale.

L'outil informatique va permettre de hiérarchiser les événements de soins de manière pertinente en liant les FES se rapportant à la même pathologie ou une problématique commune. Les maillons d'événements de soins liés constituent une chaîne d'événements qui permet de suivre l'évolution de la problématique identifiée.

Elles permettront un affichage et une structuration entre les FES pour une meilleure efficacité de prise en charge comme un suivi par pathologie ou par type de FES ou celles ayant entraîné par exemple une Evasan.

Elles pourront s'afficher soit dans le contexte médical de la FS soit dans les antécédents en cas de suivi chronique.

La gestion des chaînes d'événements (leur nomination, leur localisation, leur regroupement) incombe au médecin. Seul un médecin a la possibilité de valider une chaîne de FES en tant qu'antécédent (alors que les agents paramédicaux ne peuvent qu'en créer dans le "contexte")

Les chaînes d'événement de soin appartenant au contexte médical pourront être clôturée au cours d'un autre événement de soin, ou au bout d'une durée déterminée à l'avance de façon maximaliste si le patient ne se représente pas.

C'est cet outil qui va permettre de structurer le dossier médical autour de la fiche de synthèse

4. Fiche site

Encore au stade de réflexion, elle a pour but d'aider le médecin lors de l'exercice à distance en accédant aux informations détaillées sur l'île et les moyens disponibles pour la prise en charge. Cette fiche est un document rattaché à la FS elle est unique pour chaque site, elle détaille :

- Les caractéristiques géographiques, démographique et l'enclavement
- les éléments de suivi techniques (structures de santé, parc de matériel médical et informatique),
- la compétence et la qualification du personnel
- Les moyens de locomotion (aéroport, fréquence des liaisons aériennes ou maritimes) et de communication
- la liste des tâches médicales, administratives, relationnelles à faire lors des missions
- un élément de transmission en retour de mission : constat des dysfonctionnements, travaux à réaliser...

Ces données seront réactualisées à chaque mission ou par l'agent lui-même et seront accessible via la FS.

Exemple Fiche île



Fiche île

Site : Vahitahi

Ile : Vahitahi – Population : 83 habitants

Poste de santé

Responsable : Jo... Ho... (Tel XXX XXX – vini)

Tel : XXX XXX (vini) – Fax : XXX XXX (à la mairie)

Aéroport	à proximité immédiate du village	Pas d'éclairage nocturne
Liaisons Air Tahiti	Fréquence : x 3/ mois (mercredi)	Temps de vol Tahiti : 3h25 Temps de vol Hao : 50 min Tel XXX XXX (vini)
Liaisons bateau	Goelette x1/mois	Taporo VIII – tel XXX XXX
	Speed boat	2h de l'île de Nukutavake appeler la mairie de Nukutavake Tel XXX XXX
Télé-communications	Pas de tel au poste de santé	Ligne et internet prévus fin 2013
Locaux	Absence d'eau courante	
	Electricité 18h/24	De 9h à 12h et de 15h à 6h
Gestion catastrophes	Pas d'abri para-cyclonique	Abri à Nukutavake
Commune	Maire : Poerani	habite à Tahiti
	Mairesse déléguée : Louise	Correspondante principale Tel : XXX XXX (vini)
	Ecole : Directeur : Edmond	Classe unique 18 élèves
	Mutoi (police municipale) : Vito	
Divers	2 magasins	Achalandage réduit
	Pas de pension	Logement possible chez Louise

A Faire prochaine mission :

Date prévue de mission : JJ.MM.AAAA (mission médicale, Dr F... C....)

Poste de santé	Inventaire et test matériel biomed
Magasin XXX	Visite de conformité
Patient 1 - né le jj.mm.aaa	Rn de Cotorep
Pateinte 2 - née le jj.mm.aaa	FCV de contrôle
Patient 3 - né le jj.mm.aaa	Bio de contrôle à faire. Cf fiche de synthèse
Ecole	Formation lutte anti-vectorielle

Remarques dernières missions

Sujet	Problématique	Dest	Date gestion
Réfrigérateur	Enregistreur de température HS à remplacer	Gestionnaire	
Planning	Pb de congés à régler	Cadres santé	
Pharmacie	Commande de juillet incomplète	Cadres santé	
Visites scolaires	Pb organisation avec directeur	Subdivisionnaire	

Mise à jour le 20.07.2013

Modernisation des soins primaires en Polynésie française: mise en place de la télésanté dans les îles isolées

Toulouse le 19 septembre 2013

La faible densité de population et l'immensité des archipels de Polynésie française ne permettent pas la présence de moyens médicaux constants. L'étude du fonctionnement et des contraintes dans ces îles nous a permis d'élaborer un projet de santé, afin d'améliorer l'offre de soin primaire. Il repose sur la réorganisation du soin par la Télésanté et l'utilisation d'outils modernes de coordination. La mise en place d'une téléconsultation de médecine générale s'appuyant sur des agents paramédicaux déjà présents dans les postes isolés sera nécessaire. Nous avons proposé un phasage réaliste associé à l'évaluation des bénéfices et des difficultés qui nous laissent espérer des perspectives innovantes adaptées à l'isolement.

The low population density and the immensity of the French Polynesian territory not allowed constant medical resource. The study of the functioning and the difficulties on these islands allow us the elaboration of a health project, to improve the primary care. It is based on the new organization of the care by the e-health and the use of modern coordination tools. The development of the e-consult with general practitioner based on paramedical agent already disposed in these confinement places will be necessary. We will propose a realist plan with an evaluation of benefits end difficulties who allow to hope new vision adapt to the confinement.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : Polynésie française, soins primaires, télésanté, télémédecine, isolement, Technologies d'information et de la communication (TIC)

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 – France

Directeur de thèse : Dr CHIAUSA Fabrice