HAL
open science

Les évolutions de l'officine en Polynésie française sont-elles à la hauteur des enjeux de santé publique du territoire ?

Marine Sanguinede

To cite this version:

Marine Sanguinede. Les évolutions de l'officine en Polynésie française sont-elles à la hauteur des enjeux de santé publique du territoire ?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02939232

HAL Id: dumas-02939232

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02939232

Submitted on 15 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

U.F.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

Année 2020 Thèse n°81

THESE POUR L'OBTENTION DU

DIPLOME D'ETAT de DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Par SANGUINEDE, Marine

Née le 20 décembre 1992 à Montpellier (34)

Le 15 juillet 2020

LES EVOLUTIONS DE L'OFFICINE EN POLYNESIE FRANCAISE SONT-ELLES A LA HAUTEUR DES ENJEUX DE SANTE PUBLIQUE DU TERRITOIRE ?

Sous la présidence de : Madame la Professeur Marine AULOIS-GRIOT

Membres du jury :

Monsieur DUPIRE, Philippe Emmanuel	*Pharmacien hospitalier, Président de l'Ordre des Pharmaciens de Polynésie française*	Jury
Monsieur CALAS, Victor	*Pharmacien d'officine*	Jury
Madame ZAMMIT, Agathe	*Pharmacien d'officine*	Jury

Remerciements

A Madame Marine Aulois-Griot, pour avoir accepté d'encadrer la dernière étape de ces études, malgré la distance qui nous séparait et votre emploi du temps chargé.

A Monsieur Philippe Emmanuel Dupire, d'avoir répondu si rapidement à cette sollicitation et de me faire l'honneur de participer à cette thèse.

A Agathe Zammit et Victor Calas, de s'être rendus disponibles pour participer à cette thèse, et de m'avoir accompagné pendant toutes ces années. Je suis heureuse de lier notre amitié à ce travail.

A ma famille, particulièrement à ma mère et mes grands-parents, qui n'ont cessé de s'investir et de me soutenir pendant ces études.

A Adrien, pour ses sempiternelles relectures, qui partage avec moi les mêmes envies et les mêmes rêves.

A sa famille, et du lien sincère qui nous unit.

A mes amies, Alice, Cécile, Katia, Solène, et à notre voyage qui n'a pas abouti.

A tous mes amis, du lycée comme de la fac, pour les bons moments passés et à venir.

Et à Eli.

Table des matières

Index des figures 7

Table des abréviations 8

Introduction 10

1. Présentation de la Polynésie Française 11

1.1. Géographie et Démographie 11

1.2. Histoire, Politique et Institutions 14

1.2.1. Brève histoire de la Polynésie française 14

1.2.2. Evolution du statut 14

1.2.3. Institutions 15

1.2.3.1. Le Président de la Polynésie française 15

1.2.3.2. Le Gouvernement 15

1.2.3.3. L'Assemblée de la Polynésie française 15

1.2.3.4. Le Conseil Economique Social Environnemental et Culturel 15

1.2.3.5. Le drapeau 16

1.3. Economie : conjoncture et marché pharmaceutique 17

1.3.1. La conjoncture économique 17

1.3.1.1. La monnaie 17

1.3.1.2. La conjoncture 17

1.3.1.3. Le coût de la vie 18

1.3.2. Le marché pharmaceutique 20

1.3.2.1. Le chiffre d'affaires des officines 20

1.3.2.2. La fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux 21

1.3.2.2.1. Les médicaments remboursables 21

1.3.2.2.2. Les produits et prestations remboursables 24

1.3.2.2.3. Les produits pharmaceutiques non remboursables 24

2. Le système de santé polynésien 25

2.1. Le régime polynésien de sécurité sociale 25

2.1.1. La protection sociale généralisée 25

2.1.2. La caisse de prévoyance sociale 27

2.1.3. La prise en charge des produits de santé 27

2.2. L'offre de soins médicaux 28

2.2.1. Les structures administratives 28

2.2.1.1. L'Agence de régulation d'action sanitaire et sociale 28

2.2.1.2. La Direction de la santé 29

2.2.2. Le centre hospitalier de Polynésie française 29

2.2.3. Les établissements privés 30

2.2.4. Les hôpitaux de proximité 30

2.2.5. L'offre de soins ambulatoires 31

2.2.6. Les évacuations sanitaires (Evasans) 33

2.2.7. La télémédecine 33

2.3. L'offre de soins pharmaceutiques 35

2.3.1. Les pharmacies d'officine 35

2.3.2. Les pharmacies à usage intérieur 38

2.3.3. La pharmacie d'approvisionnement 38

2.3.4. Les autres sources de médicaments et produits de santé 39

2.3.4.1. L'Institut Louis Malardé 39

2.3.4.2. Médecins pro pharmaciens 39

2.3.4.3. Les dépôts restreints de médicaments 39

2.3.4.4. La société Fenua Medex 40

3. Les polynésiens et leur santé 41
3.1. Les indicateurs de l'état de santé de la population 41
3.1.1. La mortalité 41
3.1.2. La morbidité 42
3.1.3. Les autres sources de données 43
3.1.3.1. Le régime de longue maladie 43
3.1.3.2. La consommation de soins et de biens médicaux 44
3.1.3.3. La précarité 44
3.2. Les pathologies chroniques non transmissibles liées aux comportements à risque, dites maladies de « civilisation » 45
3.2.1. L'obésité, la problématique majeure en Pf 45
3.2.2. Les causes de ce surpoids 46
3.2.2.1. Le changement des habitudes alimentaires 46
3.2.2.2. Le manque d'activité physique et la sédentarité 48
3.2.2.3. La génétique 49
3.2.2.4. Les consommations à risque 49
3.2.2.4.1. La consommation excessive d'alcool 49
3.2.2.4.2. Le tabagisme 50
3.2.3. Les conséquences de cette surcharge pondérale sur la santé des Polynésiens 51
3.2.3.1. Le diabète 51
3.2.3.2. L'hypertension artérielle 53
3.2.3.3. L'insuffisance rénale chronique terminale 53
3.2.3.4. Les cancers 54
3.3. Les pathologies affectant la santé mentale 55
3.4. Les pathologies infectieuses 57
3.4.1. Les infections liées à l'environnement 57
3.4.1.1. La leptospirose 57
3.4.1.2. Le rhumatisme articulaire aigu 57
3.4.1.3. La tuberculose 58
3.4.2. Les infections à transmission vectorielle 58
3.4.2.1. La filariose lymphatique 58
3.4.2.2. Les arboviroses 59
3.4.2.2.1. La dengue 59
3.4.2.2.2. Le chikungunya 60
3.4.2.2.3. Le zika 60
3.4.3. Les pathologies liées aux toxines marines et produits de la mer 61

4. Les spécificités de l'exercice officinal en Polynésie française 63
4.1. Le conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française 63
4.2. Les syndicats 64
4.3. L'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé 64
4.3.1. Les conditions d'importation 64
4.3.2. Les laboratoires pharmaceutiques 65
4.3.3. Les grossistes-répartiteurs 66
4.3.4. Les groupements d'intérêt économique 67
4.4. Les conditions d'exercice 68
4.5. La rémunération du pharmacien 69
4.6. L'évolution de la profession 70
4.6.1. L'évolution de l'installation 70
4.6.2. L'évolution de l'exercice de la profession 70
4.6.2.1. Dans l'acte de dispensation 70
4.6.2.2. Dans la vente de médicaments et produits non remboursables 71
4.6.2.3. Dans les nouvelles missions du pharmacien 72
4.6.3. L'évolution de la rémunération du pharmacien 73
4.6.3.1. Modification de la formule de calcul du prix des médicaments 73

4.6.3.2. Développement de la part des médicaments et produits non remboursables 74
4.6.3.3. Rémunération des nouvelles missions 74

Conclusion **76**

Bibliographie **77**

Annexes **86**

Annexe 1 : Annexe 1 de l'arrêté modifié n°225, CM du 15 février 2019, Liste des produits de première nécessité *86*
Annexe 2 : Annexe 2B de l'arrêté n°225, CM du 15 février 2019, Liste des produits de grande consommation : produits non alimentaires *89*
Annexe 3 : Prestations des trois régimes de la protection sociale, CPS 2015 *90*
Annexe 4 : Nouvel organigramme fonctionnel de la CPS à compter du 1er février 2019 *91*
Annexe 5 : Organigramme ARASS *92*
Annexe 6 : Couverture géographique de l'offre de soins des subdivisions de santé en Polynésie française en 2010, ISPF *93*
Annexe 7 : Les évacuations sanitaires, Les chiffres clés de la protection sociale généralisée en 2018, CPS *94*
Annexe 8 : Statistiques du registre des cancers de Polynésie française, chiffres 2015, Direction de la santé *95*
Annexe 9 : Maladies à déclaration obligatoire, Arrêté n°584 CM du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la direction de la santé *96*
Annexe 10 : Maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique, Arrêté n°584 CM du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la direction de la santé *97*
Annexe 11 : Bureau du conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française, C.O.P.P.F. 2020 *98*
Annexe 12 : Membres titulaires et suppléants de la chambre de discipline des pharmaciens de Polynésie française, élection du 27 septembre 2017 *99*
Annexe 13 : Liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leurs officines, arrêté n°248 CM du 25 février 2010 et arrêté n°494 du 6 mai 2020 *100*

Index des figures

Figure 1 Planisphère de Polynésie française, Universalis.fr 11
Figure 2 Les archipels de la Polynésie française, Universalis.fr 12
Figure 3 Répartition de la population municipale par archipel, INSEE-ISPF recensement de la population 2017 13
Figure 4 Drapeau de Polynésie française, drom-com.fr 16
Figure 5 Evolution du taux de croissance du PIB (en volume), ISPF, 2019 18
Figure 6 Ecarts du niveau général des prix avec la métropole en outre-mer (2015 et 2016), Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 18
Figure 7 Liste des produits de première nécessité retrouvés en officine, extrait du Journal officiel de Polynésie française du 22 février 2019 19
Figure 8 Liste des produits de grande consommation retrouvés en officine, extrait du Journal officiel de Polynésie française du 22 février 2019 19
Figure 9 Taux de croissance du chiffre d'affaires des officines et du PIB nominal en Polynésie française (2006-2017), ISPF 20
Figure 10 Evolution des importations civiles de médicaments entre mai 2017 et mai 2019 en millions de F CFP, ISPF et Douanes 20
Figure 11 Historique des coefficients multiplicateurs pour les médicaments remboursables 23
Figure 12 Coefficients multiplicateurs du PPTTC métropolitain dans les départements d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie 23
Figure 13 Ancienne formule de calcul du prix de vente maximum des produits pharmaceutiques en Pf, Journal Officiel de la Polynésie française 24
Figure 14 Taxes, droits et frais s'appliquant à l'importation des médicaments non remboursés, Autorité Polynésienne de la Concurrence 24
Figure 15 Répartition des salariés selon le régime de protection sociale en fin 2018, CPS 26
Figure 16 Répartition des dépenses PSG par prestations, CPS 27
Figure 17 Les cliniques de Polynésie française, CPS 2018 30
Figure 18 Périmètres des activités des établissements publics de proximité, Direction de la santé 2017 31
Figure 19 Densité des professionnels de santé libéraux, ARASS 2017 31
Figure 20 Densité officinale par région, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 36
Figure 21 Densité officinale par archipel, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 36
Figure 22 Evolution des taux standardisés de mortalité pour les six plus importantes catégories de causes de décès, dans les deux sexes, Polynésie française, 1984-2010, BEH 2010 41
Figure 23 Evolution de la prévalence de prise en charge en longue maladie de 2000 à 2015, CPS 2016 43
Figure 24 Tableau des dix pathologies "Longue Maladie" les plus prévalentes en Pf en 2017, CPS 43
Figure 25 Dépenses courantes de santé, Données OCDE, Système international des comptes de la santé, 2015 44
Figure 26 Tableau de distribution des prévalences de surpoids et d'obésité (définition de l'OMS) selon le sexe, l'âge, la position sociale et la zone de résidence, archipel de la Société, Polynésie française, 2002. BEH thématique du 22 décembre 2009 45
Figure 27 Valeurs seuils de l'IMC selon la classification de l'OMS et celle de la Commission du Pacifique Sud pour les Polynésiens 46
Figure 28 Fréquence de consommation de fruits et légumes (en nombre de portions consommées par jour), par tranche d'âge, enquête Santé 2010, Polynésie française, 2010 48
Figure 29 Evolution de la prévalence et du taux de prévalence du diabète traité et reconnu au titre de la Longue maladie de 2001 à 2012, CPS 52
Figure 30 La chaîne de distribution du médicament en Polynésie française, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 65
Figure 31 Les grossistes-répartiteurs en outre-mer, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 66
Figure 32 Evolution de la structure du prix maximum de gros polynésien du médicament, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 73
Figure 33 Evolution de la structure du prix maximum de détail polynésien du médicament, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 73
Figure 34 Evolution de la rémunération finale du pharmacien, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017 74

Table des abréviations

AFD : Agence Française de Développement
ALD : Affection de longue durée
APF : Assemblée de la Polynésie française
APURAD : Association polynésienne pour l'utilisation du rein artificiel à domicile
ARASS : Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale
ASI : Allergènes préparés pour un seul individu
CA : Chiffre d'affaires
CAF : Coût assurance fret
CCLAT : Convention cadre pour la lutte anti-tabac
CEP : Centre d'expérimentation du Pacifique
CESC : Comité Economique Social et Culturel
CESEC : Conseil Economique Social Environnemental et Culturel
CHPF : Centre hospitalier de Polynésie française
CHSP : Centre d'hygiène et de salubrité publique
CM : Conseil des ministres
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNOP : Conseil national de l'ordre des pharmaciens
COPPF : Conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française
CPS : Caisse de prévoyance sociale
CR : Cardiopathie rhumatismale
DEC : Diéthylcarbamazépine
DENV : Virus de la dengue
DMP : Dossier médical partagé
DSP : Direction de la santé de Polynésie française
Evasans : Evacuations sanitaires
F CFP : Franc des Colonies françaises du Pacifique
FL : Filariose lymphatique
GIE : Groupement d'intérêt économique
HAD : Hospitalisation à domicile
HT : Hors taxe
HTA : Hypertension artérielle
IMC : Indice de masse corporelle
INCa : Institut national du cancer
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
IRCT : Insuffisance rénale chronique terminale
IRM : Imagerie par résonance magnétique
ISPF : Institut de statistique de Polynésie française
JOPF : Journal officiel de Polynésie française
LPPR : Liste des produits et prestations remboursables
MCO : Médecine chirurgie et obstétrique
MCV : Maladies cardiovasculaires
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORL : Oto-rhino-laryngologie
Pf : Polynésie française
PFHT : Prix fabricant hors taxes

PGC : Produits de grande consommation
PGHT : Prix de gros hors taxes
POD : Prise observée directe
PPN : Produits de première nécessité
PPTTC : Prix public toutes taxes comprises
PSG : Protection sociale généralisée
PUI : Pharmacie à usage intérieur
RAA : Rhumatisme articulaire aigu
RGS : Régime général des salariés
RNS : Régime des non-salariés
RSPF : Régime de solidarité de Polynésie française
RSS : Régime de sécurité sociale en métropole
SAMU : Service d'aide médicale urgente
SDAN : Schéma directeur d'aménagement du numérique de la Polynésie française
SGB : Syndrome de Guillain-Barré
SMIC : Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR : Service médical rendu
SOS : Schéma d'organisation sanitaire
SSR : Soins de suite et de réadaptation
TFR : Tarif forfaitaire de responsabilité
THD : Très haut débit
TIAC : Toxi-infection alimentaire collective
TVA : Taxe sur la valeur ajoutée
UE : Union Européenne
UNESCO : Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
ZIKV : Virus Zika

Introduction

Depuis mon passage en 2017 en Polynésie française, territoire vaste comme l'Europe, où la culture y est aussi admirable qu'énigmatique, l'envie de partager cette découverte n'a cessé de m'animer, jusque dans mes études.

Le travail en officine s'était avéré à bien des égards éloigné de celui que j'avais pratiqué en métropole. Ce Pays, doté d'une large autonomie, présente un système de santé différent de celui de la France et est empreint de fortes disparités, tant économiques que sanitaires. Le coût de la vie très élevé, l'absence d'allocation chômage ou de complémentaire santé, et l'accès difficile aux soins dans une majorité de communes, sont des exemples de freins à la prise en charge optimale des patients. La baisse de l'incidence des pathologies infectieuses ne compense pas la forte progression des maladies non transmissibles, favorisée par le taux important de surpoids et d'obésité rencontré chez les polynésiens. Bien que cette prévalence élevée m'ait personnellement marquée, loin de l'image idyllique à laquelle j'étais préparée, j'en garde néanmoins le souvenir d'une population épanouie avec des valeurs de tolérance et de partage fortes.

Alors qu'en Polynésie française des changements s'opèrent au niveau législatif, notamment avec la promulgation en octobre 2019 d'une loi du Pays pour le développement et la création de nouvelles officines, je me suis demandée, en tant que pharmacienne, quel rôle il m'était permis de jouer dans l'évolution de cette société et quelles pouvaient en être les actions.

Cette thèse, mettant en relation les enjeux de santé publique en Polynésie française et les mutations de la profession du pharmacien d'officine, commencera par une présentation générale du territoire ; sa géographie, ses institutions et son économie. Elle s'attachera à développer le système de santé polynésien, avec son régime de sécurité sociale et les offres de soins médicale et pharmaceutique. Les principales pathologies affectant la santé de la population seront ensuite exposées afin de rendre compte au mieux des nouvelles missions à travers lesquelles le pharmacien d'officine pourra potentiellement s'investir.

1. Présentation de la Polynésie Française

1.1. Géographie et Démographie

La Polynésie française (Pf), située dans le Pacifique Sud, à 15 700 km de Paris et 4 000 km de la Nouvelle-Zélande, occupe une vaste zone maritime d'une superficie comparable à celle de l'Europe (1), pour une superficie émergée égale à moins de 1% de celle de la France métropolitaine (2). Cette étendue maritime permet à la France d'être le deuxième espace maritime mondial derrière celui des Etats-Unis (3).

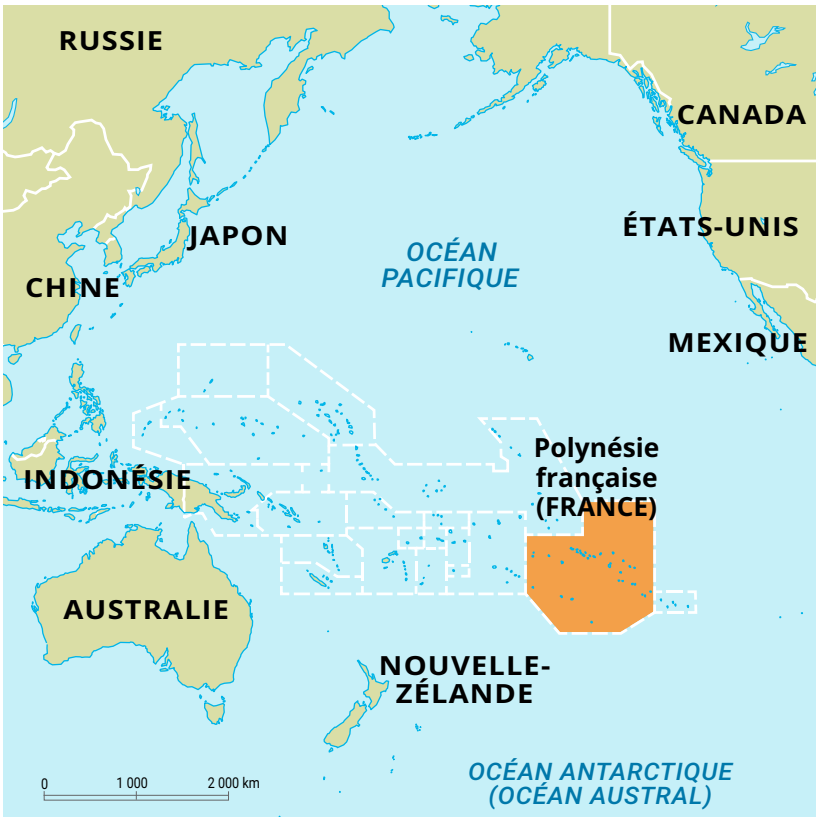


Figure 1 Planisphère de Polynésie française, Universalis.fr

Comptant 121 îles, dont 72 habitées (4), la Pf est regroupée en cinq archipels (5) :

- L'archipel de la Société. De cet ensemble d'îles, on distingue :
  - Les Iles du Vent, dont l'île principale est Tahiti, la plus grande et la plus haute de Pf, qui héberge Papeete, capitale politique, administrative et commerciale.
  - Les Iles sous le Vent, d'où l'on connaît Bora Bora et son tourisme de luxe.

- L'archipel des Marquises. Considéré comme l'un des plus isolés au monde, il regroupe une douzaine d'îles dont seulement six sont habitées. Il fait actuellement l'objet d'un processus d'inscription au patrimoine mondial de l'UNESCO (6).

- L'archipel des Australes. Composé de cinq petites îles habitées, il est réputé pour son environnement et ses traditions préservés (7).

- L'archipel des Gambier. Le plus reculé, est connu pour son écosystème préservé, son agriculture et sa perliculture développés (8).

- L'archipel des Tuamotu. Composé de 78 atolls, tournés vers le lagon, la barrière de corail et l'océan.

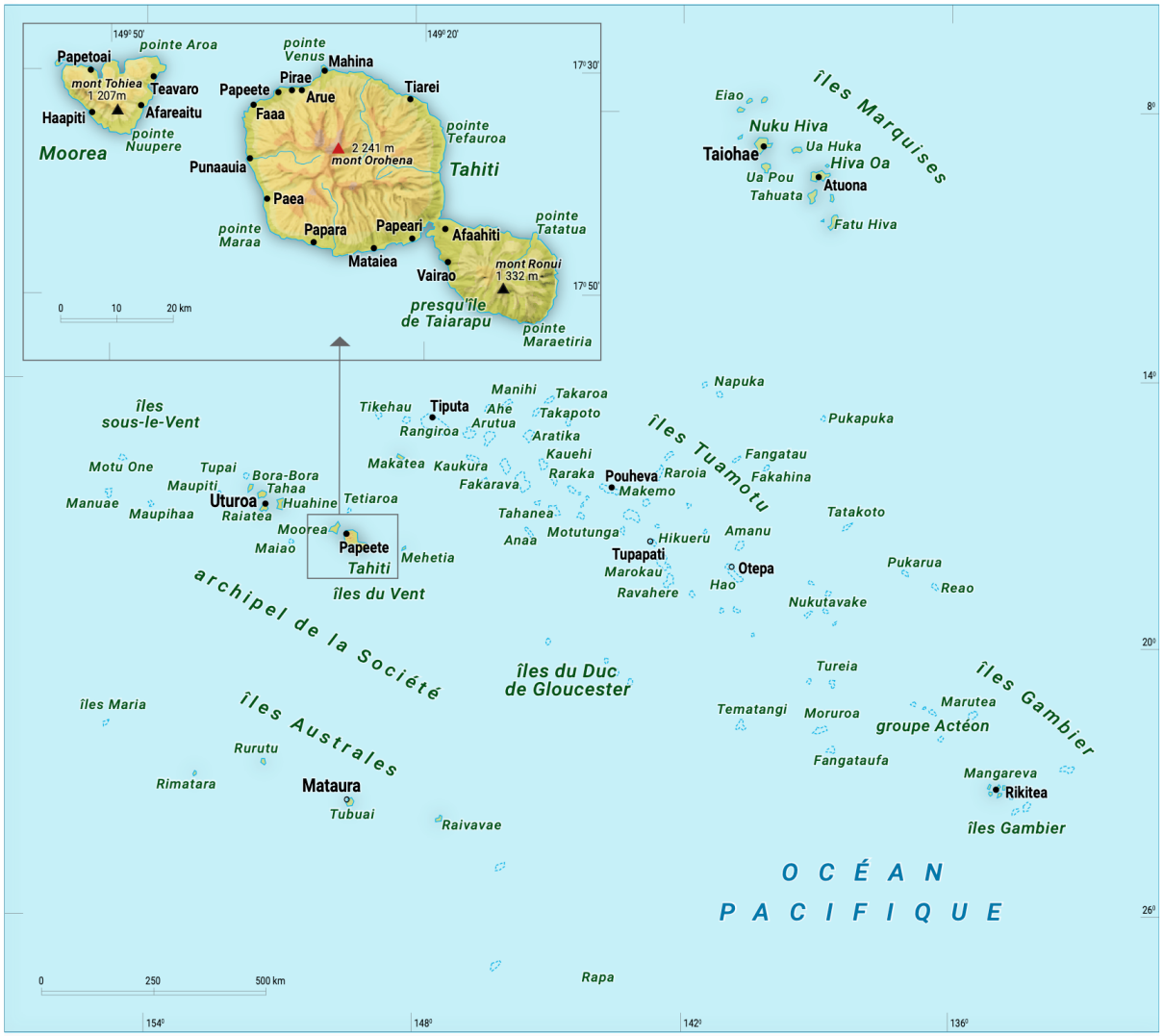


Figure 2 Les archipels de la Polynésie française, Universalis.fr

D'un point de vue démographique, la Pf se place au quatrième rang des territoires du Pacifique insulaire, derrière la Papouasie-Nouvelle-Guinée, les îles Fidji et les îles Salomon (9).

Selon l'Insee, le dernier recensement de 2017 dénombrait 281 674 habitants, soit une hausse de 2,9% par rapport au recensement de 2012. Les Iles du Vent rassemblent une grande majorité de la population. Et notamment à Tahiti où le processus d'étalement urbain se poursuit ; la zone urbaine de Papeete concentrant 65% des habitants de l'île (10).

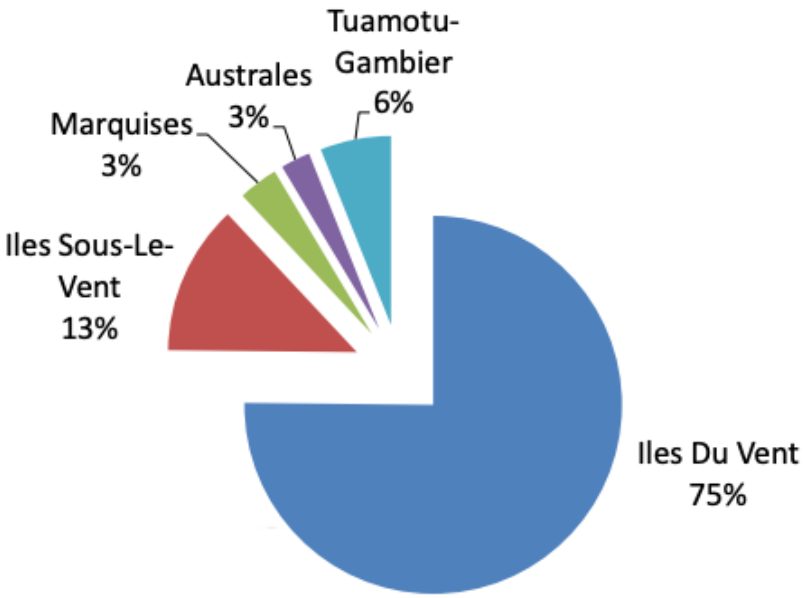


Figure 3 Répartition de la population municipale par archipel, INSEE-ISPF recensement de la population 2017

Cependant, il faut noter que le ralentissement démographique se confirme avec un solde migratoire déficitaire et une baisse de la fécondité (1,8 enfant par femme en 2017 contre 4,2 en 1977) (10).

Les flux migratoires en Pf sont à l'origine d'un « melting pot » où les origines ethniques se mêlent. La population est composée majoritairement de Polynésiens, mais on retrouve également un métissage aussi appelé « demi », des Européens ou « popa'a », et des chinois.

1.2. Histoire, Politique et Institutions

1.2.1. Brève histoire de la Polynésie française

Les premiers habitants de Polynésie remonteraient à 6 000 ans et seraient originaires d'Asie du sud-est (11). Plus récemment, au XVIème siècle, les premiers explorateurs européens accostent en Pf, d'abord aux Tuamotu avec le portugais Magellan puis aux Marquises avec l'espagnol Mendana (12). Les récits rapportés de ces expéditions provoquent un regain d'intérêt pour ces îles, et il s'en suit une lutte coloniale au cours de laquelle la dynastie locale des Pomare s'affirme. En 1842, la France s'impose à Tahiti par l'établissement d'un protectorat. Le roi Pomare V y permet la ratification du traité d'annexion le 30 décembre 1880, entrainant la fin de la royauté tahitienne et la constitution des Etablissements français de l'Océanie (11). Durant la Première Guerre mondiale, Papeete est bombardée par la marine allemande. Lors de la Seconde Guerre mondiale, la Polynésie se rallie à la France Libre, avec l'envoi des volontaires du « Bataillon du Pacifique ». En 1946, les Etablissements français de l'Océanie deviennent territoire d'Outre-Mer doté d'une Assemblée territoriale chargée de délibérer sur le budget du territoire (13).

1.2.2. Evolution du statut

En 1957, en application de la « loi cadre Defferre », le territoire prend le nom de Polynésie française et voit les pouvoirs de son assemblée territoriale élargis et chargés de désigner un gouvernement (1). Grâce à la *loi du 12 juillet 1977*, la Pf gagne « l'autonomie administrative et financière », puis bénéficie en 1984 de « l'autonomie interne dans le cadre de la République ». Elle est dotée des institutions suivantes : gouvernement du territoire, assemblée territoriale et comité économique, social et culturel (14). Par la *loi organique n°96-312 du 12 avril 1996*, le statut d'autonomie est renforcé, avec le transfert de compétences au bénéfice de la Polynésie française (15). En 2004, la Pf devient la première collectivité d'outre-mer dotée de l'autonomie, la *loi organique du 27 février* lui accordant le nom de « pays d'outre-mer au sein de la République ». Cette loi en fait une collectivité territoriale particulière disposant de la plus grande autonomie au sein de la France (16). Ce statut a été complété et modifié par la *loi organique n° 2007-1719 du 7 décembre 2007* (17), venant renforcer la stabilité des institutions et la transparence de la vie politique, à la suite de plus de trois années d'instabilité récurrente durant lesquelles sept présidents se sont succédés (13).

1.2.3. Institutions

1.2.3.1. Le Président de la Polynésie française

Chef de l'exécutif, le Président de la Polynésie française, actuellement Edouard Fritch, est élu à la majorité absolue parmi les membres de l'Assemblée de la Polynésie pour une durée de cinq ans renouvelable une fois (18).

1.2.3.2. Le Gouvernement

Il revient au Président de nommer son Vice-président et les membres de son gouvernement, au maximum quinze ministres, dans les cinq jours suivant son élection. Réunis en conseil des ministres une fois par semaine, le gouvernement et le président sont chargés de l'exécution des actes nommés « lois du pays ». Le gouvernement doit être obligatoirement consulté, par le ministre chargé de l'outre-mer ou le haut-commissaire, sur les projets de textes réglementaires métropolitains intéressant la Pf (19). A l'inverse, si le gouvernement de la Polynésie envisage une proposition de « loi du pays » dans un domaine de compétence partagé avec l'Etat, le texte doit être soumis à l'identique, à l'Assemblée de Polynésie et au Premier ministre. Ce dernier dispose ensuite de deux mois pour prendre un décret l'acceptant, dans son intégralité ou en partie, ou le rejetant (13).

1.2.3.3. L'Assemblée de la Polynésie française

L'Assemblée de la Polynésie française (APF) compte 57 représentants élus pour cinq ans au suffrage universel direct (13). Elle vote les « lois du pays », les délibérations et le budget dans les domaines de compétences de la Pf, et approuve les comptes de la collectivité. Elle a le pouvoir de renverser le gouvernement par une motion de défiance. A l'opposé, l'APF peut être dissoute par décret du président de la République à la demande du gouvernement local (20).

1.2.3.4. Le Conseil Economique Social Environnemental et Culturel

Depuis juillet 2019, la quatrième institution du pays, le CESC, Comité Economique Social et Culturel, a souhaité intégrer la dimension environnementale à son nom pour s'appeler désormais CESEC, Conseil Economique Social Environnemental et Culturel (21). Il compte 48 membres issus de la société civile et désignés pour quatre ans (22). Depuis

2004, il doit être obligatoirement saisi de tout projet ou proposition de « loi du pays » à caractère économique ou social. Il peut également donner son avis sur les thèmes de son choix et s'engage à intégrer les préoccupations de développement durable dans l'ensemble de ses jugements présentés au gouvernement (23).

1.2.3.5. Le drapeau

Figure 4 Drapeau de Polynésie française, drom-com.fr

Cet emblème du pays a été adopté en 1984, en application de la loi n°84-820 du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Pf (24). Dessiné par Alfred Chalons, il est composé de deux bandes rouges sur fond blanc, emblème de la royauté tahitienne (25). Pour preuve que les Polynésiens sont à l'origine de grands navigateurs, on retrouve au centre le symbole de la Polynésie : la pirogue polynésienne avec sa voile, et dessus, cinq personnages représentant les cinq archipels. En fond on reconnaît le soleil, signe de vie, et la mer, signe d'abondance (26).

1.3. Economie : conjoncture et marché pharmaceutique

1.3.1. La conjoncture économique

1.3.1.1. La monnaie

Bien que la Pf appartienne à l'Union Européenne (UE), c'est à la suite de la Seconde Guerre Mondiale et de la signature d'un décret à l'initiative du gouvernement de Charles de Gaulle que les transactions s'effectuent en franc des Colonies françaises du Pacifique (F CFP). Depuis 1949, la parité du Franc CFP est déterminée selon l'évolution de la devise métropolitaine. Depuis le passage à l'euro en 1999, 1 euro équivaut à 119,3 F CFP (27).

1.3.1.2. La conjoncture

De 1962 à 1996, grâce à l'activité du centre d'expérimentation du Pacifique (CEP), l'économie de la Pf prospère avec une croissance du PIB de plus de 11% par an. Seulement, à partir de 1996, date de l'arrêt des essais nucléaires, elle entre en récession, ainsi qu'en 2008 suite à la crise économique et financière. Ce n'est que depuis 2014 qu'une évolution favorable de la croissance se précise (28).

L'économie de la Pf repose principalement sur le tourisme et l'exportation de produits locaux (produits perliers, huile de coprah, pêche) (28). Son PIB ne cesse de grimper depuis 2014, avec une croissance de 2,5% en 2018, grâce notamment à l'amélioration du marché de l'emploi et la hausse de la fréquentation touristique (+8,7% en 2018 avec 216 268 touristes) (29).

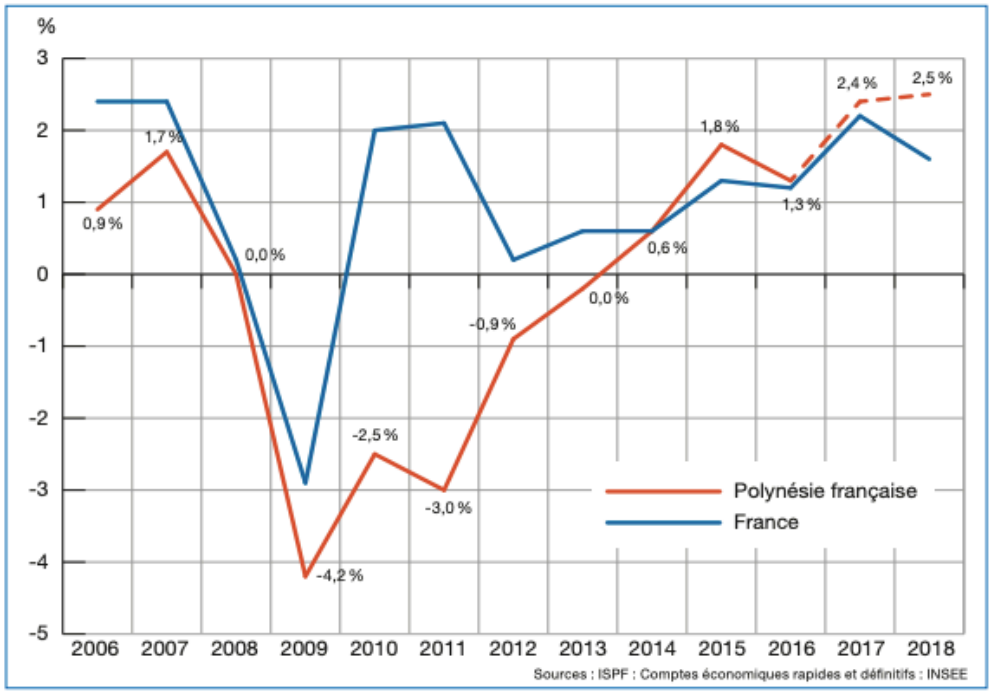


Figure 5 Evolution du taux de croissance du PIB (en volume), ISPF, 2019

1.3.1.3. Le coût de la vie

Le coût de la vie est très élevé en Pf, avec un salaire minimum garanti bien en deçà de celui de la métropole (19% inférieur au SMIC) ; les prix y sont pourtant 39% plus élevés. L'écart atteint 55% (panier métropolitain ou indice de Laspeyre) pour un ménage métropolitain qui garderait son mode de vie en Pf, cet écart est plus important entre le Pf et la métropole que celui des autres départements d'outre-mer et la métropole.

Territoire	Indice Fisher	Indice de Laspeyre *(Panier métropolitain)*
Polynésie française	38,5 %	55 %
Guadeloupe	12,5 %	17 %
Martinique	12,3 %	17 %
Guyane	11,6 %	16 %
La Réunion	7,1 %	11 %

Figure 6 Ecarts du niveau général des prix avec la métropole en outre-mer (2015 et 2016), Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

Les écarts de prix les plus criant sont observés dans le domaine alimentaire (+81%) et le logement (+48%) (30). Dans le secteur de la santé, les actes médicaux simples ou les médicaments ont un tarif majoré de 40% à 50% par rapport à celui de la

métropole. En revanche, même si les médicaments sont relativement plus chers qu'en métropole, cet écart de prix (53,3%) reste plus faible que pour les autres produits de consommation (31).

Pour parer au manque de concurrence pouvant être défavorable au consommateur, les prix font l'objet d'un encadrement (*arrêté n°171 CM du 7 février 1992*) dans le but de maintenir les biens de première nécessité à un coût socialement acceptable.

On distingue trois catégories de produits (1) :

- Les produits de première nécessité (PPN) ; marges maximales de commercialisation, exemptés de droits et de taxes, fret maritime interinsulaire pris en charge (*annexe 1*).

DENOMINATION DU PRODUIT	MARGE GLOBALE DE COMMERCIALISATION	UNITE DE VENTE CONDITIONNEMENT
Laits - laitages et dérivés du lait		
- Laits infantiles de 0 à 12 mois (laits 1er âge et 2ème âge standard), hors laits particuliers et hors laits thérapeutiques	210 F CFP/kg	Tout conditionnement
Produits non alimentaires		
- Répulsifs contre les moustiques contenant au moins l'un des principes actifs suivants à un taux supérieur à 19 % : IP3535, PMDRBO (citridiol), KBR 3023 (idadirine) et DEET	50 %	Tout conditionnement
- Moustiquaires de lit	75 %	Tout conditionnement
- Préservatifs	30 %	Tout conditionnement

Figure 7 Liste des produits de première nécessité retrouvés en officine, extrait du Journal officiel de Polynésie française du 22 février 2019

- Les produits de grande consommation (PGC) ; marges fixées, droits et taxes non exonérés (*annexe 2*).

DENOMINATION DU PRODUIT	Marge globale de commercialisation maximale
Produits d'hygiène et de santé	
- Produits pharmaceutiques	R.S.
- Couches pour adultes	50 %
- Couches pour bébés	50 %

R.S. : Régime spécifique

Figure 8 Liste des produits de grande consommation retrouvés en officine, extrait du Journal officiel de Polynésie française du 22 février 2019

- Les autres produits dont le prix est fixé librement.

1.3.2. Le marché pharmaceutique

1.3.2.1. Le chiffre d'affaires des officines

Pour ce qui est du marché pharmaceutique précisément, le chiffre d'affaires (CA) des officines entre 2006 et 2017 a augmenté 4,3 fois plus rapidement que le PIB nominal de Pf, alternant entre période de forte croissance (2006-2009), recul (2010-2012) et reprise progressive de l'activité.

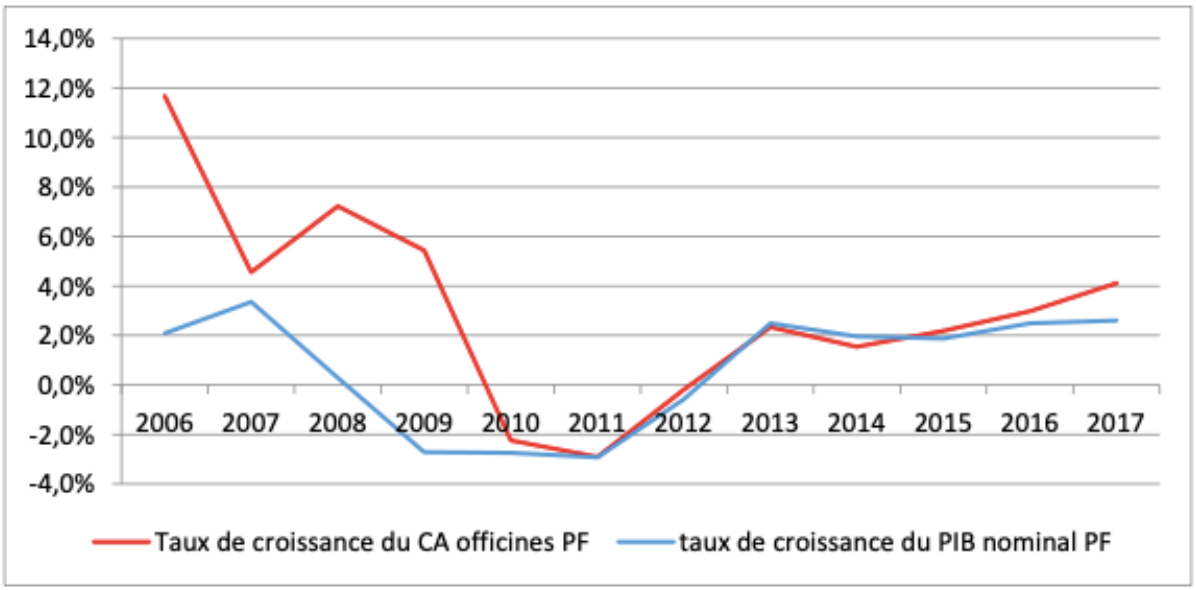


Figure 9 Taux de croissance du chiffre d'affaires des officines et du PIB nominal en Polynésie française (2006-2017), ISPF

Selon l'ISPF, le marché du médicament en Pf semble en effet se consolider. Entre mai 2018 et mai 2019, la hausse de 9% des importations des biens de consommation non alimentaires serait notamment liée à celle de l'importation des produits pharmaceutiques (32).

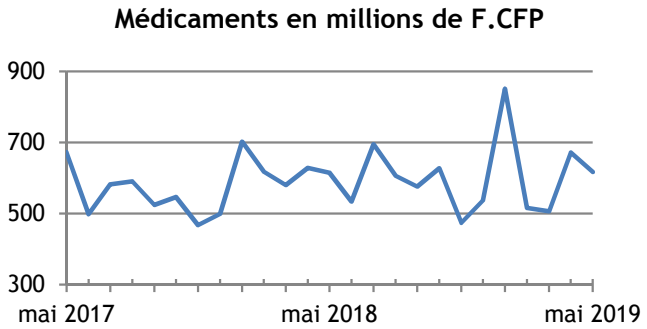


Figure 10 Evolution des importations civiles de médicaments entre mai 2017 et mai 2019 en millions de F CFP, ISPF et Douanes

Néanmoins, cette économie reste fragile du fait d'une croissance démographique ralentie, d'un solde migratoire négatif et d'un taux de chômage élevé (21% en 2017 en Pf contre 8,6% en métropole (33)) (1). Il est encore tôt pour le dire mais il ne fait aucun doute que la crise sanitaire mondiale due au coronavirus a fragilisé l'économie polynésienne, notamment à cause de la suspension du trafic aérien depuis le 19 mars 2020, mettant en péril l'activité touristique sur laquelle est fondée cette économie (34).

1.3.2.2. La fixation des prix des médicaments et des dispositifs médicaux

En ce qui concerne les médicaments remboursables mis sur le marché en Pf, leur liste est fixée par un arrêté pris en conseil des ministres (CM). Même si la Pf est autonome en matière de santé, il est convenu selon l'*article LP 23 de la loi du Pays n°2013-1 du 14 janvier 2013* que « *Le conseil des ministres arrête la classification service médical rendu (SMR) des médicaments par référence à la classification retenue par la réglementation nationale et procède à des mises à jour périodiques* ». Seuls les SMR majeur, important et modéré figurant dans cette liste seront éligibles au remboursement (voir infra 2.1.3.)(35).

Concernant les produits et prestations remboursables, la liste de ces produits faisant l'objet d'un remboursement en pharmacie est arrêtée en conseil des ministres et est mise à jour périodiquement (36).

C'est l'origine des produits qui permet de déterminer le niveau de taxation à l'entrée sur le territoire. En Pf, la totalité des médicaments importés viennent de France (pays de provenance), l'origine initiale de ces produits étant principalement l'Union Européenne (84% en valeur), et la France métropolitaine (48,2%). Il reste alors plus de 16% des médicaments importés qui sont d'origine extra-UE et donc soumis à un droit de douane de 15% de leur valeur CAF (coût assurance fret) ; alors que les médicaments d'origine européenne sont exonérés de droits de douane à l'importation, et plus largement dans le Pacifique que la Nouvelle-Calédonie n'applique aucun droit de douane sur les importations de médicaments (37). L'ouvrage *Tarif des douanes de la Polynésie française édition* 2020 *permet* de connaître les principales dispositions légales et réglementaires applicables à un produit donné lorsque celui-ci est importé ou exporté.

1.3.2.2.1. Les médicaments remboursables

Les grossistes-répartiteurs de Pf achètent les médicaments remboursables auprès des laboratoires pharmaceutiques sur la base du prix fabricant hors taxes métropolitain avec des remises librement négociées. Les pharmacies d'officine leurs achètent ensuite à un prix de gros réglementé pour les distribuer aux consommateurs à un prix de vente public également réglementé. Le prix de gros et le prix au détail sont de ce fait déconnectés l'un de l'autre.

❖ Prix de vente aux pharmacies d'officine

Le prix de gros (PGHT) est facturé par les grossistes-répartiteurs aux officines selon la formule suivante :

PGHT polynésien = PFHT métropolitain x 157,07

Le prix fabricant hors taxes (PFHT) métropolitain (avec remise) fait référence au prix « catalogue » des laboratoires pharmaceutiques et n'inclut pas de remises. Le PFHT n'inclut pas de marge maximale réglementaire (au contraire des pharmacies d'officine) et la marge des grossistes-répartiteurs n'est pas dégressive.

Le coefficient multiplicateur est fixé par arrêté à 157,07. Il réunit toutes les charges inhérentes à l'expédition, au stockage, à la répartition du médicament en Pf (droits, taxes, frais à l'importation, livraison dans les îles, marge des grossistes…) et à la parité fixe €/F CFP (38). Si l'on neutralise la parité €/F CFP, il équivaut à un coefficient multiplicateur de 1,316, soit un PGHT 31,6% plus élevé que le PFHT métropolitain.

De part cette formule, le PGHT polynésien maximum est réglementé. Cependant, les grossistes-répartiteurs sont libres d'octroyer des remises aux officines (variables selon les pharmacies, jusqu'à 5% du chiffre d'affaires hors taxes des grossistes-répartiteurs). A l'inverse en métropole, ces remises sont plafonnées à 2,5% du PGHT pour les princeps et à 40% pour les médicaments génériques et sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) (39).

❖ Prix de vente au public

En Pf les médicaments remboursables sont considérés comme des produits de grande consommation faisant l'objet d'un régime spécifique et sont exonérés de taxe sur la valeur ajoutée (TVA) depuis 2011 (taux de TVA à 2,1% en France) (40).

Le prix public toutes taxes comprises (PPTTC) polynésien se calcule selon la formule suivant :

PPTTC polynésien[23] = (PPTTC métropolitain + 1 euro) x 147.

Le PPTTC métropolitain correspond au prix de vente « catalogue » sans remises. Il intègre cependant une marge dégressive lissée réglementée.

Toute variation du PPTTC métropolitain induit automatiquement une variation du PPTTC polynésien. Depuis le 1er janvier 2015, une baisse du PPTTC en métropole dans le but de rendre moins dépendante du prix du médicament remboursable la rémunération du pharmacien a été introduite. Cette baisse de prix a été compensée en France par la mise en place d'un honoraire de dispensation et la rémunération de nouvelles missions. Cependant en Pf, aucune de ces évolutions n'a été instaurée. Il a donc fallu compenser cette baisse de prix par l'addition, à partir du 1er avril 2016, d'une part fixe d'un euro (montant équivalent à celui de l'honoraire de dispensation HT) au PPTTC métropolitain (41).

Le coefficient multiplicateur est fixé à 147 depuis le 1er juin 2013 (42). Il comprend toutes les charges relatives à l'expédition et à la distribution du médicament en Pf (droits, taxes, frais à l'importation), inclut la parité fixe €/F CFP, et intègre les marges locales.

Réglementation	Période d'application	Coefficients
Arrêté n° 1784 CM du 31/12/2001	Janvier 2002 à Mars 2002	168,91
Arrêté n° 381 CM du 25/03/2002	Avril 2002 à Novembre 2003	169
Arrêté n° 1538 CM du 17/10/2003	Décembre 2003	152,1
Arrêté n° 1752 CM du 29/11/2003 + Arrêté n° 19 CM du 28/06/2004 + Arrêté n° 460 CM du 21/10/2004	Janvier 2004 à Août 2008	160,55
Arrêté n° 1241 CM du 04/09/2008	Septembre 2008 à Mars 2011	159,04
Arrêté n° 271 CM du 07/03/2011	Avril 2011 à Mai 2013	151,47
Arrêté n° 543 CM du 22/04/2013 + Arrêté n° 332 CM du 27/02/2014 + Arrêté n° 195 CM du 25/02/2016	Juin 2013 à Mars 2016	147
Arrêté n° 311 CM du 23/03/2016	Avril 2016 à aujourd'hui	(PPTTC + 1€) *147

Figure 11 Historique des coefficients multiplicateurs pour les médicaments remboursables

En faisant abstraction de la parité €/F CFP, nous pouvons estimer que les prix des médicaments remboursables polynésiens sont au maximum 23,2% plus chers que ceux de métropole (coefficient multiplicateur de 1,232).

	Coefficient multiplicateur du PPTTC métropolitain
Nouvelle-Calédonie	1,223[31]
Polynésie française	1,232
La Réunion	1,264
Martinique	1,323
Guadeloupe	1,323
Guyane	1,34
Mayotte	1,36

Figure 12 Coefficients multiplicateurs du PPTTC métropolitain dans les départements d'outre-mer et en Nouvelle-Calédonie

A la suite du conseil des ministres du 23 octobre 2019, la formule de calcul du prix des médicaments remboursables a été modifiée par arrêté. Dans cette équation, le terme TTC suivant les prix de vente a été remplacé par la mention hors taxes (43). Cette modification devait être suivie d'une baisse de 2,1% des prix de vente au détail des médicaments remboursables, ce qui correspond à la suppression de la TVA dans la formule de calcul, dans le but de réduire les dépenses de santé (44). Cependant, l'application de cet arrêté a été suspendu avant sa mise en place fin novembre 2019, les professionnels du médicament, notamment les syndicats de pharmaciens, s'étant saisis de cette mesure qui allait entrainer une baisse de leurs revenus. De nouvelles concertations sont en cours entre le gouvernement et la profession pour convenir d'un nouvel accord (45).

1.3.2.2.2. Les produits et prestations remboursables

Le conseil des ministres, après avis des régimes de protection sociale de Pf, fixe un tarif de responsabilité pour les produits et prestations figurant sur le liste des produits et prestations remboursables (LPPR). Le prix maximum de vente et le tarif de remboursement ne doivent pas excéder le prix fixé par arrêté (46). Cette LPPR est consultable sur le site internet de l'organisme de gestion (47).

1.3.2.2.3. Les produits pharmaceutiques non remboursables

Auparavant, le prix de vente des produits pharmaceutiques non remboursables étaient calculés selon la même formule que les spécialités remboursables, seul le coefficient multiplicateur différait (48):

Prix de vente T.T.C. métropolitain x coefficient = prix de vente maximum Polynésie T.T.C.
T.T.C. : T.V.A. incluse.

Nature des produits pharmaceutiques	*Coefficient multiplicateur*
Spécialités pharmaceutiques remboursables	168,91
Spécialités pharmaceutiques non remboursables	183,67
Articles pour pansements	154,15

Figure 13 Ancienne formule de calcul du prix de vente maximum des produits pharmaceutiques en Pf, Journal Officiel de la Polynésie française

Depuis *l'Arrêté n°195 CM du 25 février 2016*, les médicaments non remboursables ne sont plus considérés comme des PGC à régime spécifique. Ils sont maintenant reconnus comme des produits libres soumis aux mêmes principes que tout autre produit de consommation directe.

Ils sont désormais asservis d'une TVA de 5% (10% en métropole, 8,5% dans les départements d'outre-mer), et doivent s'affranchir de taxes, droits et frais liés à leur importation.

- Taxe statistique : 50 F. CFP/quintal
- Taxe de péage portuaire : 1,25 % de la valeur CAF
- Redevance aérienne : 4,899 F. CFP/kg avec minimum de perception de 45 F. CFP
- Participation informatique douanière : 85 F. CFP par article de déclaration
- Taxe pour l'environnement, l'agriculture et la pêche (« TEAP ») : 2 % de la valeur CAF
- Droit de douane pour les produits d'origine extra communautaire : 15 % de la valeur CAF

Figure 14 Taxes, droits et frais s'appliquant à l'importation des médicaments non remboursés, Autorité Polynésienne de la Concurrence

2. Le système de santé polynésien

2.1. Le régime polynésien de sécurité sociale

2.1.1. La protection sociale généralisée

Conformément à son statut d'autonomie régi par la *loi organique n°2004-192 du 27 février 2004*, la Pf est compétente et autonome en matière de politique de santé.

Créé en 1995, parallèlement à la fermeture du centre d'expérimentation nucléaire du Pacifique (CEP), le système de protection sociale généralisée (PSG) est basé sur un principe de solidarité et regroupe trois régimes (2):

- Le régime des salariés (RGS). Il est financé par les cotisations patronales et salariales.

- Le régime des non-salariés (RNS). Il couvre les personnes sans activité salariée dont le revenu est supérieur à 87 346 F CFP/mois (730€ pour une personne seule). Il est financé par les cotisations des ressortissants ainsi que par la participation du Pays.

- Le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF). Il protège la population non salariée dont le revenu est inférieur au seuil fixé plus haut. Il est financé par la contribution de solidarité territoriale, des taxes et les participations de l'Etat et du Pays.

Les agents de l'Etat en Pf (fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière et fonction publique d'Etat) ainsi que leurs ayant-droits continuent d'être affiliés au régime de sécurité sociale en métropole (RSS).

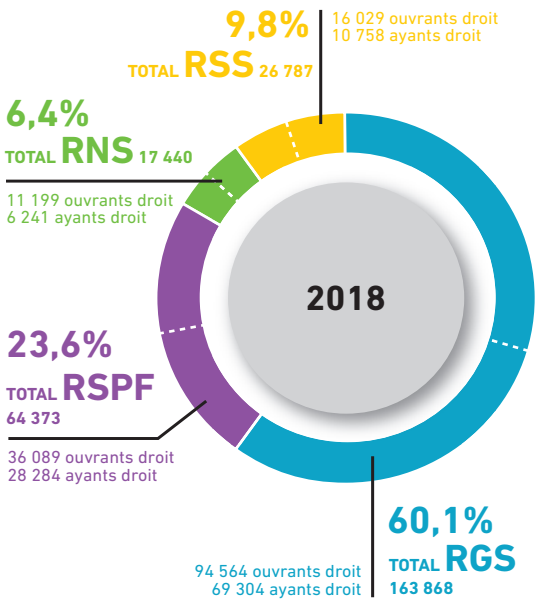


Figure 15 Répartition des salariés selon le régime de protection sociale en fin 2018, CPS

Elle permet à ce jour une protection sociale de la population polynésienne à 98,2% (49), et couvre cinq catégories de risques, avec des différences et des domaines d'application restreints selon les régimes de protection (*annexe 3*) (50) :

- Santé : prestations en nature (médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, de laboratoire, d'appareillage, d'hospitalisation, de transport), longue maladie, évacuations sanitaires (Evasans), accident de travail, frais funéraires.

- Famille : allocations familiales, allocations maternité, allocations de rentrée scolaire, complément familial (prise en charge des frais de cantine, de scolarité et de garde d'enfants).

- Vieillesse : retraite, minimum vieillesse, pension complémentaire, pension de survivant.

- Handicap : allocations handicapé adulte (AHA), aide sociale à l'hébergement (ASH).

- Action sociale : programmes pour l'insertion, la prévention ou la lutte contre l'exclusion sociale.

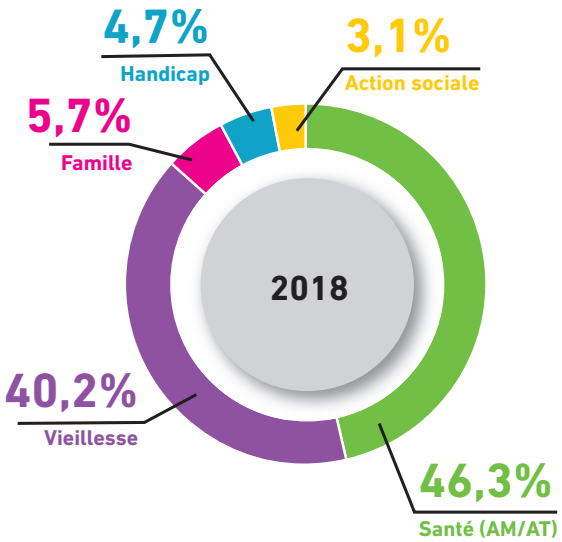


Figure 16 Répartition des dépenses PSG par prestations, CPS

La PSG est sous la tutelle de la CPS qui a en charge le contrôle des actes et des prestations (51).

2.1.2. La caisse de prévoyance sociale

La CPS présente le statut d'une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public. Après avis de son conseil d'administration, le gouvernement de Pf désigne son directeur et son agent comptable. Elle est dotée d'une autonomie financière et est sous la tutelle du gouvernement de Pf.

Elle a en charge le recouvrement des cotisations des différents régimes contributifs (RGS et RNS), la politique de prestations sociales et de santé, et la régulation des Evasans, (*annexe 4*) (47).

2.1.3. La prise en charge des produits de santé

Le taux de remboursement des médicaments est basé sur le service médical rendu (SMR). Il existe cinq classes de SMR, identiques à la métropole : majeur (A), important (B), modéré (C), faible (D), insuffisant (E) ; son évaluation dépend de l'efficacité du médicament, de ses effets indésirables, sa place dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection et l'intérêt pour la santé publique (52).

Deux taux de remboursement existent en Pf : 70% pour les SMR A et B, et 30% pour le SMR C et des produits dont le SMR n'a pas été établi comme l'homéopathie et les allergènes préparés pour un seul individu (APSI). Les autres classes de SMR (D et E) ne

sont pas prises en charge. Outre l'importance du SMR, le médicament doit être inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux fixée par arrêté en conseil des ministres pour prétendre à un remboursement (37).

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, leur prise en charge est notifiée dans *l'Arrêté n°408 CM du 12 mars 2018 portant modification de l'arrêté n°332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente.*

Les médicaments remboursables relevant d'une pathologie chronique, d'un accident de travail, de la contraception ou de la maternité sont pris en charge intégralement.

Il n'y a pas de carte vitale en Pf mais une carte d'assuré sociale délivrée par la CPS et sur laquelle figure un D.N., numéro d'identification à sept chiffres. C'est ce numéro qui permet le tiers payant (53).

Hormis pour les expatriés et les agents de l'Etat, principalement militaires, professeurs et agents administratifs, il n'y a pas de complémentaire santé en Pf. Les demandes en assurance santé augmentent pourtant de façon importante. Surtout depuis le passage des remboursements de 80% à 70% en 2011 (54) et la création des vignettes à 30%. Mais l'absence de dispositions pour encadrer ces compagnies d'assurance ne permet pas aux Polynésiens de compléter leur couverture santé par une mutuelle (55).

2.2. L'offre de soins médicaux

2.2.1. Les structures administratives

2.2.1.1. L'Agence de régulation d'action sanitaire et sociale

La création de l'Agence de régulation d'action sanitaire et sociale (ARASS), actée en 2017 par l'*Arrêté n°1822 CM du 12 octobre 2017*, était l'une des priorités du *SOS de la Polynésie française 2016-2021*.

Sous la tutelle du Ministère de la santé et de la prévention, avec un champ d'application étendu (santé, famille, solidarités, action médico-sociale et protection sociale), l'ARASS est chargée de proposer les stratégies de politique publique et leurs financements, et de planifier, coordonner, évaluer et contrôler leur mise en œuvre (56). Pour cela, elle travaille en étroite collaboration avec les services administratifs, établissements publics et privés, ainsi que tout organisme œuvrant dans ses champs d'action.

Elle est composée de 4 bureaux (*annexe 5*), dont le Bureau de la Planification, Inspection et Contrôle (BPIC) conduit par un pharmacien inspecteur, qui détermine plusieurs fois par an les stratégies et domaines d'actions prioritaires. Ce comité organise l'offre de soins publique et privée ; instruit les demandes d'autorisation et d'agrément ; analyse les besoins qualitatifs et quantitatifs des professions médicales, pharmaceutiques, paramédicales et sociales et enregistre leurs diplômes ; participe à la préparation et à la réponse aux alertes et crises sanitaires en collaboration avec les autorités de l'Etat et de la Pf ; assure le contrôle aux frontières des produits de santé et la gestion des risques liés à ces derniers ; assure les missions d'inspection et de contrôle, et la relation avec les ordres professionnels (57).

2.2.1.2. La Direction de la santé

La Direction de la santé (DSP) est un service administratif placé sous l'autorité du Ministère de la santé. Présente à travers son réseau de 121 structures, dans 58 îles, elle organise des activités de soins curatifs et préventifs. Hormis dans l'archipel de la Société, ces structures représentent l'unique offre de soins disponible, garantissant une permanence des soins 24h sur 24 tous les jours de l'année.

Ses missions principales sont la protection de la santé en termes de promotion et de prévention, l'offre de soins de proximité, la formation professionnelle pour les personnels médicaux et paramédicaux, et l'observation des données de santé.

2.2.2. Le centre hospitalier de Polynésie française

Construit dans les années 2000, le CHPF est le principal établissement de l'île de Tahiti en rassemblant la majorité des capacités d'hospitalisation et la plupart des équipements lourds.

La comparaison avec d'autres structures métropolitaines de même catégorie et de taille équivalente permet de dégager les spécificités de cet établissement. En ce qui concerne les urgences, celles-ci se retrouvent dans la moyenne basse du classement, la consommation de soins et le recours aux urgences étant inférieurs en Pf. Le nombre d'accouchements et de césariennes est dans la moyenne. Cependant, l'activité chirurgicale est plus élevée du fait de l'absence de concurrence des établissements privés dans ce domaine.

En 2017, le CHPF représentait la moitié des hospitalisations du Pays et 60% des naissances. Il comptait 275 praticiens hospitaliers, internes et sages-femmes pour 459 lits. Ses taux d'occupation se rapprochaient des 100% alors que les travaux du Schéma d'organisation sanitaire (SOS) 2016-2021 démontraient un écart important entre les équipements du CHPF et ceux des centres hospitaliers de métropole (58).

Pour que cette infrastructure demeure pérenne, son développement devra s'ouvrir vers de nouvelles perspectives d'accueil : la réduction des durées de séjour (l'hospitalisation à domicile (HAD) en relais de l'hôpital), la création de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), et le développement de l'activité ambulatoire.

2.2.3. Les établissements privés

Quatre établissements privés à caractère commercial sont présents à Tahiti. Deux structures, la clinique Cardella et la clinique Paofai, proposent des lits d'hospitalisation complète. La clinique Mamao se concentre dans le développement d'une activité chirurgicale strictement ambulatoire. Le centre SSR Te Tiare est orienté vers la neurologie et la traumato-orthopédie.

Etablissement	Date convention	Dotation	Capacité	Effectif
Clinique Cardella	11 août 1986	1 396 MF CFP (11,7 M€)	66 lits et 22 places	162 ETP dont 120 médicaux et paraméd.
Clinique Mamao	1er mars 2001	172 MF CFP (1,4 M€)	11 places chirurgie ambulatoire	13,5 ETP
Clinique Paofai	31 mars 2014	1 398 MF CFP (11,7 M€)	82 lits et 24 places	154 ETP dont 108 médicaux et paraméd.

Figure 17 Les cliniques de Polynésie française, CPS 2018

2.2.4. Les hôpitaux de proximité

La Pf compte quatre hôpitaux de proximité, un à Tahiti (hôpital de Taravao, desservant la partie sud de l'île), et trois dans les archipels, placés sous l'autorité de la Direction de la santé.

L'hôpital de Taravao développe ses activités dans la médecine polyvalente, l'accueil des urgences, les soins de longue durée et les consultations externes, pour une zone d'attractivité de 45 000 habitants. Son rôle tend à s'affirmer dans les actions relevant des plans de santé publique et la prise en charge ambulatoire. L'exemple le plus significatif a été l'ouverture en juin 2018 d'un service d'hospitalisation de jour de chimiothérapie en lien avec le plan cancer 2018-2022 (59). Plus récemment en septembre 2019, un nouveau centre de dialyse s'y est ouvert (60).

Pour ce qui est des établissements publics des différents archipels, ils ont comme missions les soins de proximité et d'urgence, les hôpitaux d'Uturoa (Raiatea) et de Taïohae (Nuku Hiva) ont en plus une activité de médecine chirurgie et obstétrique (MCO).

Année 2017	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Long séjour	Urgences	Biologie	Radiologie
Taïohae	X	X	X	X	X	X	X
Taravao	X			X	X		X
Uturoa	X	X	X		X	X	X
Moorea	X		29 naissances en 2017		X	?	?

Figure 18 Périmètres des activités des établissements publics de proximité, Direction de la santé 2017

Comme le précise la mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), de l'inspection générale des finances (IGF) et de l'inspection générale de l'administration (IGA) dans son rapport *Evaluation du système de protection sociale et de santé – Appui au gouvernement de la Polynésie française*, « *Ces établissements ne se justifient que par l'éloignement très important de structures sanitaires plus importantes* ».

2.2.5. L'offre de soins ambulatoires

En Pf, l'offre de soins ambulatoire s'établit par une offre libérale et un dispositif de soins public rattaché au ministère de la Santé par la Direction de la santé (DSP).

En ce qui concerne le secteur libéral, les derniers chiffres de la CPS dénombraient 199 médecins, 78 dentistes, 9 laboratoires d'analyses de biologie médicale, 44 pharmacies d'officine et 278 infirmiers conventionnés (61).

Les professionnels de santé sont répartis de façon très hétérogène sur le territoire, avec une préférence pour les zones de développement économique. De ce fait, dès 1998, l'installation de certains professionnels médicaux (médecins généralistes et spécialistes, dentistes omnipraticiens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes) a été réglementée selon un classement en cinq zones, le conseil des ministres fixant annuellement des quotas d'installation. En plus de ces déséquilibres quantitatifs, de fortes disparités existent entre les professions. Par exemple, on voit bien avec le tableau qui suit que la faible densité de médecins libéraux affectant le sud de Tahiti est compensée par une densité satisfaisante d'infirmiers.

		Infirmiers		Dentiste		Médecin général.	
	Populat.	Nombre	Densité / 100000 hab.	Nombre	Densité / 100000 hab.	Nombre	Densité / 100000 hab.
TOTAL	275 918	134	49	75	27	101	37
NORD TAHITI	123 750	58	47	58	47	52	42
SUD TAHITI	65 767	32	49	7	11	20	30
MOOREA	17 463	10	57	3	17	9	52
ILES SOUS LE VENT	34 107	14	41	5	15	17	50
AUTRES ARCHIPELS	34 831	20	57	2	6	3	9
dont Australes	6 965	6	86	1	14	-	-
dont Marquises	9 346	7	75	1	11	1	11
dont Tuamotu-Gambier	16 881	5	30	-	-	2	12

Figure 19 Densité des professionnels de santé libéraux, ARASS 2017

Mais malgré un maillage important de professionnels de santé et des mesures prises pour réduire les disparités, les déserts médicaux persistent. Quoi qu'il en soit, sur les plans économique et technique, les faibles densités démographiques de certains territoires reculés rendent l'offre libérale non viable. Ce constat est réel pour l'offre officinale qui est impossible à mettre en place dans la majorité des îles. Le dispositif de soins public prend alors le relais pour devenir un acteur indispensable (*annexe 6*).

La direction de la santé déploie ainsi un réseau important et dispersé de 1047 agents, dans 118 structures, sur 61 îles. L'offre sanitaire est organisée autour de structures de soins : centres médicaux et dentaires, infirmeries, dispensaires, postes de secours, centres spécialisés en santé publique. Outre les urgences, ces établissements ont vocation à assurer les soins de santé primaire et à répondre aux besoins d'hospitalisation, tout cela dans un contexte de gratuité des soins (62).

Le manque de professionnels de santé libéraux s'appuie alors sur des professionnels de santé paramédicaux, infirmiers et auxiliaires de santé, rattachés à la Direction de la Santé de Polynésie française et dont un système de « délégation de tâche » progressivement mis en place leur a permis d'effectuer des soins (sutures par exemple) ou de délivrer des actes (délivrance de médicaments, gestion des centres sanitaires) tout en ayant la possibilité d'être mis en relation à tout moment avec une régulation médicale. Pour encadrer cet exercice, un diplôme universitaire « infirmier en soins de santé primaire insulaire » a été mis en place en 2016 en collaboration avec l'Université de Polynésie française et l'Université de Médecine de Bordeaux. En 2018, 27 infirmiers avaient bénéficié de cette formation.

Une des solutions pour une prise en charge complète et continue de la population des archipels est le développement d'une pratique ambulatoire libérale. Déjà en 2003, une première convention cadre entre le centre hospitalier, la caisse de prévoyance sociale, et la direction de la santé, organisait des missions pour offrir aux patients des îles des consultations spécialisées avancées sur le modèle des « flying doctors » de l'Australie. Le manque d'efficience de ces consultations spécialisées avancées ouvre la voie, depuis le début de l'année 2019, à un « exercice médical forain », tant pour la médecine générale que pour la médecine spécialisée et la maïeutique, cette fois en collaboration avec le secteur privé (63). Selon le *Code de déontologie médicale, édition novembre 2019*, élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins, l'exercice médical forain est défini par « l'exercice de la médecine sans installation professionnelle régulière ou avec des adresses variables, et des consultations données dans des lieux divers ». Cet exercice de la médecine foraine est interdit par le Code de déontologie. Toutefois, il peut être autorisé si les nécessités de santé publique l'exigent. Ce nouveau dispositif devrait ainsi permettre l'organisation de missions dans les îles au moins une fois par an (64). Le *Programme de modernisation des soins de santé primaire 2019-2024*, dans la continuité du *SOS 2016-2021*, appuie cette mise en place, dans le but de favoriser les soins primaires et la prévention.

2.2.6. Les évacuations sanitaires (Evasans)

La dispersion géographique de la population et la répartition inégale de l'offre de soins obligent les polynésiens à recourir à des évacuations sanitaires pour avoir accès à une offre sanitaire satisfaisante. Ces Evasans sont prises en charge intégralement et peuvent être « inter-îles », c'est à dire vers Tahiti ou inter-archipels, ou internationales, vers la France ou la Nouvelle-Zélande. 90% des Evasans inter-îles sont programmées, et 10% sont dites urgentes et déclenchées par le SAMU ou le SMUR. Pour les Evasans internationales, une autorisation préalable par le service du contrôle médical de la CPS est nécessaire avant leur mise en place, le coût moyen d'une Evasan internationale s'élevant à 6,5 millions de F CFP (un peu moins de 55 000 €) (2).

Pour les évacuations internationales, l'offre de soins en cancérologie et néphrologie du CHPF a évité aux patients et leur famille des déplacements contraignants et coûteux vers la métropole ou la Nouvelle-Zélande(2). En ce qui concerne les Evasans inter-îles, pour réduire le recours à ce dispositif, des consultations avancées dans les îles se développent, et l'apport de techniques de dépistage (inauguration d'un mammographie à l'hôpital des Marquises en juin 2018 (65)) et de chimiothérapie (aménagement de box de chimiothérapie à Uturoa en mars 2019 (66)) se met en place dans certains archipels.

Le nombre des Evasans internationales reste relativement stable. A contrario, celui des évacuations inter-îles ne cesse de progresser (*annexe 7*). En 2018, leur prise en charge représentait un poste de dépense conséquent alors que la Pf peine à s'engager dans une réforme du financement de son système de santé.

2.2.7. La télémédecine

De ce territoire, à la fois isolé et étendu dans le Pacifique, confronté au vieillissement de sa population et à l'accroissement des maladies non transmissibles, à la démographie médicale inégale, se dégage de nouvelles spécificités médicales.

Comme cité par le Président Edouard Fritch lors de l'ouverture de la réunion des ministres de la santé du Pacifique, organisée par l'OMS et la Communauté du Pacifique Sud le 6 août 2019, la télémédecine s'avère « *une nécessité évidente pour la Polynésie* » (67). Le *SOS 2016-2021* en fait l'une de ses priorités, considérant cette nouvelle forme de médecine comme une offre additionnelle à celle des soins primaires, une alternative médicale aux évacuations sanitaires inter-îles, et une solution à la hausse des dépenses de santé.

Récemment, la *loi du Pays n°2017-23 du 24 août 2017* et l'*arrêté n°82 CM du 11 janvier 2018* ont permis de définir les actes de télémédecine selon « *des actes médicaux réalisés à distance au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication* » et de les encadrer. Cinq actes relèvent ainsi de la télémédecine :

- La téléconsultation, consiste en une consultation d'un professionnel de santé à distance. La société FENUAMEDEX, à destination des acteurs hôteliers et perliers à Tetiaroa, a été pionnière dans ce domaine et sert aujourd'hui d'exemple. Elle a permis en 2017 1 013 consultations à distance (68).

- La téléexpertise, sur laquelle l'offre de soins primaires s'appuie à travers les échanges entre infirmiers ou auxiliaires isolés et les médecins des circonscriptions et du CHPF, permet de rompre l'isolement géographique pour délivrer des ordonnances, demander des examens complémentaires, ou déclencher les Evasans.

- La télésurveillance médicale, permet d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient. Dans ce sens, fin 2013, le CHPF a développé la télécardiologie pour une quarantaine de patients des archipels possédant un stimulateur ou un défibrillateur cardiaque. Quant à l'association APAIR APURAD, elle développe depuis 2013 la télédialyse dans plusieurs archipels et effectue jusqu'à 3 000 consultations par an (69).

- La téléassistance médicale, assistance d'un professionnel médical à un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte, s'est matérialisée en téléradiologie par l'assistance de radiologues et ingénieurs de métropole qui interviennent directement sur les scanners et IRM pour en modifier les paramètres (70).

- La réponse médicale, est la réponse apportée dans le cadre d'une situation d'urgence à la suite des appels passés auprès du SAMU. En 2019, le SAMU enregistrait 150 appels quotidiens, soit plus de 44 000 appels au total sur l'année. Avec la crise du Coronavirus, cette réponse médicale s'est accrue jusqu'à 600 appels par jour (71).

Les objectifs prioritaires du *Schéma directeur d'aménagement du numérique de la Polynésie française (SDAN)*, prévoient ainsi la réalisation de 20% des actes médicaux en télémédecine et la réduction des Evasans de 30% (72).

Cependant, cet engouement pour la e-santé nécessite une modernisation des infrastructures numériques. L'un des prérequis à l'amélioration de la télémédecine est l'accès à un internet à très haut débit (THD). Le déploiement de nouvelles liaisons THD est satisfait par câbles sous-marin, l'un en provenance d'Hawaï dit « Manatua » atterré en janvier 2020, l'autre reliant Tahiti à vingt îles des Tuamotu et des Marquises avec le câble domestique « Natitua » depuis fin 2018 (2).

Il est également prévu d'équiper les structures de soins publiques par des chariots de télémédecine, qui permettront la téléconsultation, l'acquisition et la transmission de données vitales en vue d'établir un diagnostic médical au plus près du patient. Dans les îles dépourvues de présence médicale, ce sont des valises, aussi appelées « stations de télémédecine » qui permettront d'établir un diagnostic en tout point du globe et dans n'importe quelle circonstance (2). Ainsi, dans le cadre du *Contrat de projets Etat-Pays 2015-2020*, ce sont dix stations de télémédecine qui vont être installées d'ici l'été 2020

dans les archipels éloignés pour apporter une réponse médicale rapide et adaptée et limiter les Evasans non indispensables (73).

L'efficience de cette télémédecine se heurte cependant au développement tardif du dossier médical partagé (DMP). Le CHPF dispose déjà d'un système d'information pour la gestion et la mise à jour d'un dossier patient. En revanche, la DSP et ses subdivisions ne possèdent pas cet outil mais une multitude d'applications non connectées entre elles, la transmission d'informations entre les structures de soins s'avère de fait compliquée (74). Ce DMP apparait indispensable à mettre en place pour assurer un partage sécurisé des données médicales, de façon à assurer une meilleure qualité et coordination des soins pour les patients, et à maîtriser les dépenses des actes et examens réalisés en double (58).

2.3. L'offre de soins pharmaceutiques

2.3.1. Les pharmacies d'officine

La Pf compte 44 pharmacies d'officine, 34 dans les îles du Vent (31 à Tahiti et 3 à Moorea) et 10 dans les autres archipels (Bora Bora, Hiva Oa, Huahine, Nuku-Hiva, Raiatea, Rangiroa, Tahaa et Tubuai). En avril 2019, 174 pharmaciens étaient inscrits au conseil de l'ordre des pharmaciens de Polynésie française (COPPF).

Dès 1955, l'implantation des officines a été limitée en fonction de seuils de population (75). La *délibération n°88-153 AT du 20 octobre 1988* a ensuite permis de régir l'exercice de la profession de pharmacien et les modalités de création des officines. La création d'une officine était alors subordonnée à des exigences strictes. Le futur titulaire devait justifier de 10 ans de résidence sur le territoire. Les communes et îles de moins de 7 000 habitants ne pouvaient disposer que d'une licence d'exploitation, pour celles dont la population était supérieure à 7 000 habitants il ne pouvait être délivré plus d'une licence par tranche entière de 7 000 habitants, à l'exception de Papeete où le seuil de population était de 3 000 habitants. Enfin, l'officine à créer devait respecter une distance minimale avec celle existante, de 300 mètres à Papeete et 1 000 mètres dans les autres communes.

Si les besoins de la population l'exigeaient, il était possible d'avoir recours à une procédure dérogatoire pour la création de son officine. Cette requête a largement été utilisée en Pf au gré des alternances politiques (depuis 2004, la moitié des créations d'officine a été accordée à titre dérogatoire), alors même que l'opacité des conditions d'attribution de ces dérogations engendrait de nombreux contentieux administratifs (2).

Malgré ces mesures dérogatoires, l'accès des patients au médicament était toujours limité. D'ailleurs, on constate encore à ce jour un maillage officinal peu dense, la densité officinale en Pf étant plus de deux fois inférieure à celle de la France (DOM inclus).

Pays	Nombre d'officines pour 100 000 habitants	Nombre d'habitants par officine	Nombre de pharmacies / 100 km2
Guadeloupe	40,50	2 469	10,00
Martinique	38,10	2 625	13,00
Guyane	19,30	5 181	0,06
Réunion	29,40	3 401	10,00
Mayotte	8,80	11 364	5,00
Nouvelle-Calédonie	24,50	4 076	0,36
Polynésie française	**15,68**	**6 377**	**1,25**
DOM	***29,91***	***3 344***	***0,70***
France (métro + DOM)	***33,10***	***3 019***	***3,33***
Moyenne « mondiale »[132]	***29,17***	***3 428***	***5,04***

Figure 20 Densité officinale par région, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

Egalement, que ce soit au niveau des archipels ou des communes, ce maillage officinal demeure disparate (24% des polynésiens vivent dans une commune dépourvue d'officine).

Archipel	Nombre d'officines	Nombre d'habitants	Nombre d'habitants par officine
IDV	34	204 343	6 010
dont Tahiti	*31*	*186 909*	*6 029*
dont Moorea	*3*	*17 434*	*5 811*
ISLV	5[133]	35 509	7 102
Tuamotu	1	17 418	17 418
Marquises	2	9 835	4 918
Australes	1	7 112	7 112

Figure 21 Densité officinale par archipel, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

Du fait de cette réglementation qui imposait des seuils de population et une distance minimale entre officines, certains secteurs, notamment Tahiti, avaient atteint leur quota de pharmacies. Il ne restait plus à un pharmacien désirant s'installer qu'à acquérir une pharmacie existante. La valeur patrimoniale des officines existantes est cependant très élevée, mettant un frein supplémentaire à l'installation de nouveaux titulaires. En Pf, les transactions se concluent systématiquement au-dessus de 100% du chiffre d'affaires HT (deux cessions récentes s'étant conclues à 120% et 160% du CA HT), alors qu'en France une tendance à la baisse s'observe depuis plusieurs années, amenant le prix de vente à 76% du CA en moyenne. Ces transactions élevées obligent les acquéreurs à souscrire de lourds emprunts, parfois pour l'intégralité du prix de cession. Cette bulle spéculative présente un risque économique à ne pas occulter pour le marché de l'officine en Pf ; certaines officines métropolitaines ayant été victimes d'un niveau d'endettement supérieur à ce que leurs revenus pouvaient absorber à la suite d'un prix de vente élevé.

Récemment, la *loi du Pays n°2019-29 du 25 octobre 2019* a supprimé le régime de création d'officine par voie dérogatoire, elle a abaissé les quotas de population et les distances minimales entre officines, et a permis aux pharmaciens associés l'exercice d'une autre activité pharmaceutique.

Désormais :

- Un pharmacien est autorisé à créer une officine après 6 mois d'exercice en officine en Pf (au lieu de 10 années de résidence). Les pharmaciens n'ayant jamais exercé en qualité de titulaire sont prioritaires lors des demandes de création, toute demande de création faisant l'objet d'un dépôt de dossier durant les mois de février et août de chaque année.

- L'officine dont la création ou le transfert a été autorisé, dispose d'un délai de 2 ans (au lieu d'1 an auparavant) à compter de la notification de l'arrêté de licence pour l'ouverture au public.

- Pour une commune de plus de 5 000 habitants, la création d'une seconde officine est autorisée pour une tranche entière supplémentaire de 5 000 habitants, puis à raison d'une autorisation d'ouverture par tranche entière supplémentaire de 7 000 habitants pour les officines suivantes. Les quotas de population ne sont pas modifiés pour la commune de Papeete.

- La distance à respecter entre deux officines est de 650 mètres dans les communes de Mahina, Arue, Pirae, Faa'a et Punaauia. Elle est inchangée pour les autres communes.

- Pour faciliter l'accès au médicament de la population, un pharmacien titulaire est autorisé à créer un local secondaire dans une commune distante d'au moins 15 km de toute officine ou local secondaire. Le nombre d'heures d'ouverture au public de ce local secondaire ne peut être supérieur à 50% du nombre d'heures d'ouverture au public de la pharmacie à laquelle il est rattaché. Un pharmacien titulaire d'une licence d'officine ne peut créer qu'un seul local secondaire, et la priorité est donnée au titulaire d'une officine située dans la commune de rattachement de l'île pour laquelle la création d'un local secondaire est possible.

- Cette nouvelle loi permet également au pharmacien adjoint exerçant depuis au moins 6 mois à titre exclusif dans une pharmacie à société d'exercice libéral d'acquérir jusqu'à 10% du capital de cette officine.

Cette nouvelle mesure permettrait l'ouverture de quatre nouvelles officines à Tahiti (Arue, Hitia'a o te Ra, Teva i Uta et Papara) et d'une deuxième pharmacie à Bora Bora.

Pour l'Autorité Polynésienne de la Concurrence, ces nouvelles dispositions vont *« dans le sens d'une plus grande ouverture du marché, d'une plus grande concurrence et d'une plus grande transparence du marché* », dans le but ultime de réaliser des économies de dépenses de santé pour le Pays.

2.3.2. Les pharmacies à usage intérieur

La *loi du Pays n°2017-6 du 16 juin 2017* a institué les pharmacies dites « à usage intérieur » (PUI). Ces pharmacies, situées au sein d'établissements de santé publics ou privés, établissements médicaux sociaux, services d'incendie ou de secours, répondent aux besoins pharmaceutiques en médicaments et produits de santé des patients pris en charge dans ces structures, et mènent des actions de pharmacie clinique, pharmacovigilance et matériovigilance.

Ces PUI sont rattachées à sept établissements de soins : le CHPF, la Clinique Cardella, la Polyclinique Paofai, le Centre médical de Mamao, le Centre de rééducation fonctionnelle Te Tiare, l'association APAIR APURAD (dont la PUI dessert les unités de dialyse médicalisée de Paea et Mahina, d'auto-dialyse de Paofai, Papara, Moorea et Raiatea, et les lieux où sont réalisées les activités de dialyse à domicile), et ISIS Polynésie (dont la PUI dessert l'unité de dialyse médicalisée de Papeete, les unités d'auto-dialyse de Taiarapu-Est, Bora Bora et Tubuai, et les lieux où sont réalisées les activités de dialyse à domicile).

2.3.3. La pharmacie d'approvisionnement

Par l'*arrêté n°1224 PR du 26 octobre 2018*, la Direction de la santé a été autorisée à créer une pharmacie à usage intérieur, nommée « pharmacie d'approvisionnement ». Cette pharmacie a en charge la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention, la dispensation des médicaments produits, objets, et dispositifs médicaux stériles entrant dans son domaine d'activité, ainsi que la division des produits officinaux. Elle est aussi autorisée à réaliser des préparations hospitalières et magistrales et stériliser des dispositifs médicaux. Elle concourt également à la pharmacovigilance et matériovigilance (76).

Les locaux de cette pharmacie d'approvisionnement sont présents à Papeete ainsi que dans les quatre hôpitaux périphériques de Pf (Raiatea, Nuku Hiva, Taravao et Moorea) pour desservir *in fine* les autres structures de santé (centres médicaux et dentaires, dispensaires, infirmeries, postes de secours et centres de consultations spécialisés) et approvisionner toute personne physique ou morale participant à des campagnes de santé publique auxquelles la Direction de la santé prend part (62).

2.3.4. Les autres sources de médicaments et produits de santé

2.3.4.1. L'Institut Louis Malardé

L'Institut Louis Malardé est un établissement public faisant partie du réseau international des instituts Pasteur et placé sous la tutelle du ministre de la Recherche du gouvernement de Pf. Ses missions s'intéressent aux domaines de la santé publique et de la recherche. Comme notifié dans la *délibération n°88-153 AT du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie*, l'Institut Louis Malardé est habilité à assurer, dans un but diagnostic, prophylactique, ou thérapeutique, la préparation et la distribution d'allergènes ou de virus, sérums, toxines ou autres produits d'origine microbienne (77).

2.3.4.2. Médecins pro pharmaciens

La délivrance de médicaments par les médecins est autorisée depuis 1988 dans les localités ne disposant pas d'officine ouverte au public. La liste de ces médecins autorisés à dispenser est fixée par arrêté pris en conseil des ministres, sur proposition du directeur de la santé publique, après avis de l'ordre national des pharmaciens et de l'inspecteur de la pharmacie. Ils sont autorisés à détenir chez eux un stock de médicaments et à les délivrer aux personnes auxquelles ils prodiguent les soins, que ce soit dans leur structure de soins ou au domicile du patient (78). Le réapprovisionnement des médicaments se fait obligatoirement auprès d'une officine dont le médecin aura préalablement communiqué le nom à l'inspection des pharmacies.

2.3.4.3. Les dépôts restreints de médicaments

Pour assurer un accès optimal aux médicaments les plus fréquents dans les îles dépourvues d'officine, des dépôts restreints de médicaments peuvent être ouverts par des commerçants non pharmaciens sur autorisation personnelle par voie d'arrêté pris par le président de Pf sur proposition du directeur de l'ARASS après avis de l'inspecteur de la pharmacie et du délégué de l'Ordre des Pharmaciens de Polynésie française. L'ouverture d'une officine dans un rayon de 20 km autour d'un dépôt restreint de médicaments rend automatiquement caduque son autorisation d'ouverture (75). Au-delà des difficultés d'acheminements par voie maritime ou aérienne vers ces territoires éloignés, la question de la sécurisation de la dispensation mérite d'être posée puisque la délivrance de médicaments au sein de ces dépôts se fait sans aucune surveillance d'un professionnel de santé.

2.3.4.4. La société Fenua Medex

Ayant pour mission de médicaliser les îles en situation d'isolement géographique, la société Fenua Medex est autorisée à détenir une dotation de médicaments, matériels et produits entrant dans le monopole pharmaceutique. Destinée à la prise en charge des soins d'urgence, cette dotation située sur l'atoll de Tetiaroa est placée sous la responsabilité d'un infirmier, la délivrance et l'administration des médicaments se faisant sur avis médical (79).

3. Les polynésiens et leur santé

3.1. Les indicateurs de l'état de santé de la population

3.1.1. La mortalité

A en croire l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance, la situation épidémiologique de la Pf connaît la même dynamique que celle des pays développés. Cette espérance de vie reste cependant bien inférieure à celle de la France métropolitaine : selon le recensement de 2015, elle s'établit à 75 ans pour les hommes et 79 ans pour les femmes, contre 79,4 ans et 85,3 ans en métropole. Ce vieillissement de la population, bien que mineur comparé à certains pays, est un enjeu majeur en Pf.

Entre 1984 et 2010, le taux de mortalité a été en constante diminution, de 2,3% par an en moyenne, jusqu'à 4,5% de baisse annuelle pour les maladies infectieuses. Néanmoins, avec la progression des pathologies liées aux comportements à risque, la situation sanitaire de la Pf reste préoccupante (80).

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès. Viennent ensuite les tumeurs (1 décès sur 4), touchant majoritairement le poumon, le sein, les tissus lymphatiques et hématopoïétiques, et la prostate. Les causes externes de blessure et d'empoisonnement, parmi lesquelles les accidents, les suicides et les noyades, sont le troisième motif de décès (81).

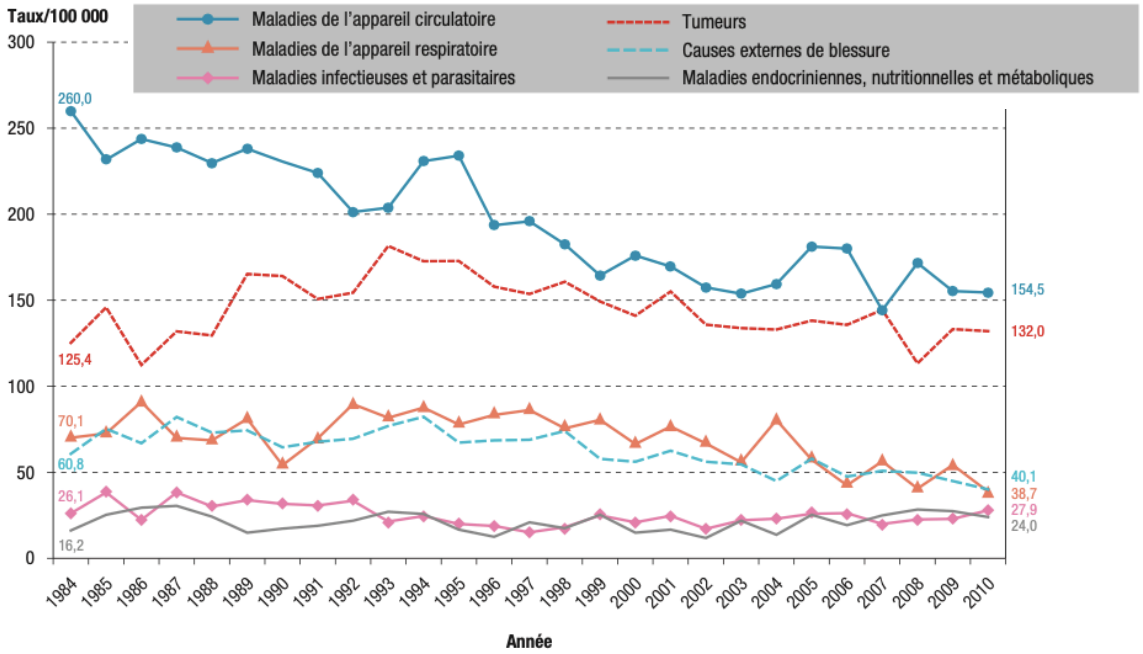


Figure 22 Evolution des taux standardisés de mortalité pour les six plus importantes catégories de causes de décès, dans les deux sexes, Polynésie française, 1984-2010, BEH 2010

Il faut relever également la proportion importante de décès prématurés. Sur la période 2005-2010, 46% des décès sont survenus avant l'âge de 65 ans (80), contre seulement 21% en France et dans les départements d'outre-mer (82). Les hommes sont davantage concernés et les tumeurs sont les premières responsables de cette mortalité précoce (46% des décès avant 65 ans) (83), une cause de décès due à des comportements inadaptés et évitables.

Concernant le taux de mortalité infantile, en hausse depuis une dizaine d'années, il paraît préoccupant lorsqu'on le compare aux données françaises. Avec 7,5 enfants décédés avant un an pour 1000 naissances vivantes, il reste dans la norme des pays développés mais se trouve deux fois et demi supérieur à celui de la métropole (3,5 décès pour 1000 naissances) (84). Serait-ce la conséquence des épidémies récentes de chikungunya et de zika ? La réponse se tournerait plutôt vers un changement de réglementation de l'OMS qui a imposé en 2008 de déclarer tout enfant né vivant dès 22 semaines, même si celui-ci décède quelques heures plus tard. Auparavant non pris en compte dans le calcul des naissances, l'ajout de ces naissances entrainerait mécaniquement une hausse de la mortalité infantile. Les hôpitaux de France ne s'étant pas pliés à cette mesure, le taux de mortalité infantile y paraît de ce fait bien plus faible (85). Egalement, ce taux de mortalité infantile, qui permet d'évaluer la qualité des soins obstétriques et pédiatriques d'un pays, invite à s'interroger sur l'offre de soins déployée en Pf (84).

3.1.2. La morbidité

Le recul de la mortalité liée aux maladies infectieuses laisse la place au développement des maladies chroniques et dégénératives. Le cancer, l'hypertension artérielle, le diabète, l'insuffisance rénale sont des conséquences des changements de mode de vie (alimentation, activité physique, précarité) et de comportement (accidents, suicide) ; et sont désormais les causes prédominantes de morbidité (86).

Dans le but de recueillir des données fiables et objectives sur les facteurs de risque des maladies chroniques en Pf, une enquête nommée « STEPwise 2019 », a été lancée en septembre 2019 par la Direction de la santé et l'institut Louis Malardé, sous l'égide de l'OMS (87). Elle est menée auprès de 4 140 individus tirés au sort dans les cinq archipels (88). Elle prend la forme d'un questionnaire sur les habitudes de vie, de mesures anthropométriques, et de prélèvements de sang capillaire (89). Les résultats sont attendus en 2021.

3.1.3. Les autres sources de données

3.1.3.1. Le régime de longue maladie

Il est intéressant de s'attarder sur les chiffres du régime de longue maladie, équivalent aux affections de longue durée (ALD) en métropole, dont le poids fait exploser les dépenses de santé. En 2017, un Polynésien sur six bénéficiait de cette prestation, deux fois plus qu'il y a vingt ans (1), l'hypertension artérielle et le diabète étant les deux premiers motifs d'ALD.

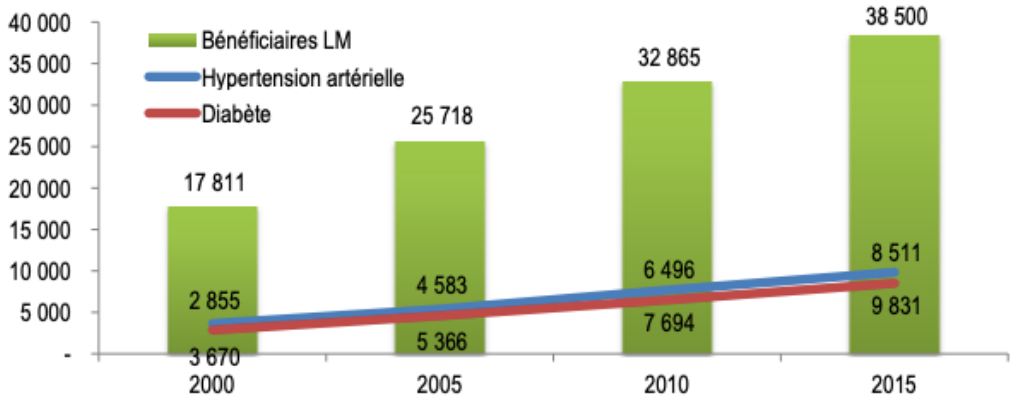


Figure 23 Evolution de la prévalence de prise en charge en longue maladie de 2000 à 2015, CPS 2016

	Pathologie	Patients	% des LM
1	Hypertension artérielle	10 309	25,3 %
2	Diabète sucré	8 981	22,1 %
3	Affections pulmonaires nca	6 541	16,1 %
4	Autres maladies cardio-vasculaires	5 647	13,9 %
5	Tumeur Maligne	4 955	12,2 %
6	Maladie du système nerveux	4 857	11,9 %
7	Rhumatisme articulaire aigu (RAA)	3 656	9,0 %
8	Troubles mentaux et du comportement	3 334	8,2 %
9	Affection rénale	2 198	5,4 %
10	Affection ostéoarticulaire	872	2,1 %

Figure 24 Tableau des dix pathologies "Longue Maladie" les plus prévalentes en Pf en 2017, CPS

3.1.3.2. La consommation de soins et de biens médicaux

En 2015, la consommation de soins et de biens médicaux affiche un coût de 244 000 F CFP (2 033 euros) par Polynésien, soit 12% du PIB de Pf contre 9% en France métropolitaine.

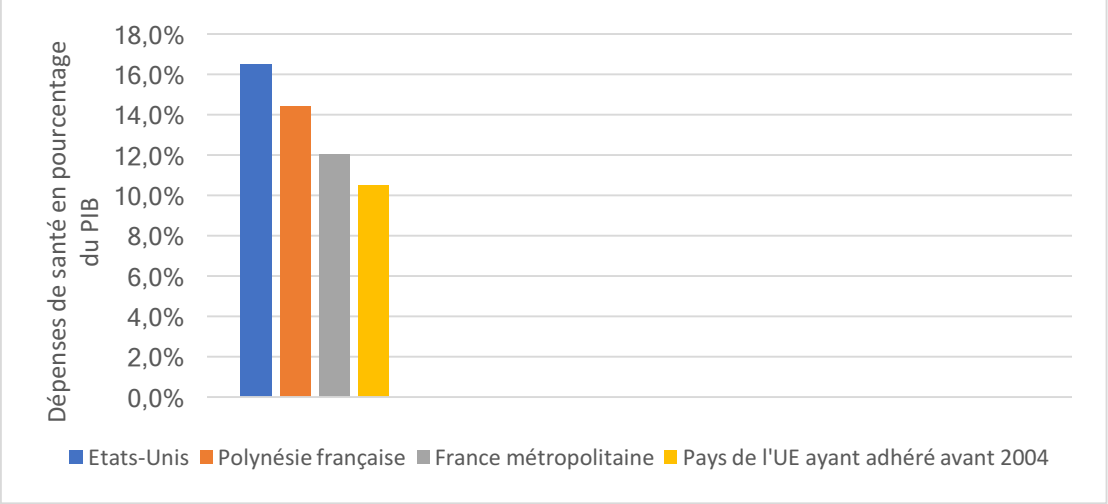


Figure 25 Dépenses courantes de santé, Données OCDE, Système international des comptes de la santé, 2015

Ce chiffre est à nuancer avec celui de la part des médicaments et autres biens médicaux, 15,2% en Pf, bien en deçà des 25% qu'elle représente en métropole alors que les niveaux de prix y sont inférieurs.

3.1.3.3. La précarité

L'instabilité politique et administrative entre 2004 et 2014, et la crise économique de 2008 ont favorisé l'émergence de populations précaires et vulnérables. L'étude de la pauvreté en Polynésie réalisée par l'Agence Française de Développement (AFD) en 2009 a mis en évidence que 19,5% des ménages ont un revenu disponible par unité de consommation inférieur au seuil de pauvreté.

D'après cette même étude, si l'on compare le régime de solidarité de Polynésie française au régime de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) de métropole, 23% des assurés sociaux en Pf en bénéficient, contre 7,4% en métropole (90). Cependant, ce système de protection sociale généralisée ne relève en réalité que d'une couverture sociale partielle compte tenu de l'absence d'indemnités chômage, de revenu minimum et de fiscalité sur les revenus. Ces dispositions limitent donc la redistribution des richesses aux populations les plus pauvres (2).

A noter également l'émergence de sans domicile fixe sur l'agglomération de Papeete ; 400 à 500 personnes y ont été dénombrées, du jamais vu auparavant.

3.2. Les pathologies chroniques non transmissibles liées aux comportements à risque, dites maladies de « civilisation »

3.2.1. L'obésité, la problématique majeure en Pf

Selon « *Enquête santé 2010 en Polynésie française, surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles* », la situation en Pf serait particulièrement défavorable, avec un indice de masse corporelle (IMC) moyen de 29,3 kg/m² et 70% des adultes touchés par l'obésité et le surpoids. La prévalence de surpoids parait plus élevée chez les hommes (34% contre 26% chez les femmes, tour de taille moyen de 97,7 cm), tandis que les femmes sont davantage concernées par l'obésité (40% au lieu de 38%, tour de taille moyen de 93,9 cm) (91). Ces prévalences augmentent avec l'âge puis se stabilisent à partir de 60 ans. Cependant depuis quelques années le phénomène s'aggrave chez les jeunes générations, où les risques pour leur santé, leur scolarité et leur qualité de vie sont immédiats (58). En 2014, 16% des enfants de moins de 5 ans étaient obèses (80).

	Corpulence mesurée										Valeur de p
	Maigreur		Valeurs normales		Surpoids		Obésité		Total		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Sexe (n=1 006)											<0,05
Femme	16	3,2	154	30,9	128	25,7	200	40,2	498	100	
Homme	11	2,2	134	26,4	171	33,7	192	37,8	508	100	
Âge (n=1 006)											<10⁸
16-20 ans	7	5,4	63	48,8	33	25,6	26	20,2	129	100	
21-30 ans	7	2,7	84	32,6	68	26,4	99	38,4	258	100	
31-40 ans	6	2,7	50	22,5	75	33,8	91	41,0	222	100	
41-50 ans	5	2,9	39	22,9	49	28,8	77	45,3	170	100	
51-60 ans	0	0,0	21	19,1	35	31,8	54	49,1	110	100	
> 60 ans	2	1,7	31	26,5	39	33,3	45	38,5	117	100	
Position sociale (n=881 *)											<0,001
Bas de l'échelle sociale	12	2,1	140	24,8	157	27,8	255	45,2	564	100	
Milieu de l'échelle sociale	5	3,2	45	28,5	60	38,0	48	30,4	158	100	
Haut de l'échelle sociale	6	3,8	63	39,6	43	27,0	47	29,6	159	100	
Zone de résidence (n=1006)											0,076
Tahiti urbain	10	2,6	126	33,1	114	29,9	131	34,4	381	100	
Tahiti semi-urbain	6	2,7	53	24,1	76	34,5	85	38,6	220	100	
Rural (Îles du Vent - Îles Sous le Vent)	11	2,7	109	26,9	109	26,9	176	43,5	405	100	

* Données manquantes

Figure 26 Tableau de distribution des prévalences de surpoids et d'obésité (définition de l'OMS) selon le sexe, l'âge, la position sociale et la zone de résidence, archipel de la Société, Polynésie française, 2002. BEH thématique du 22 décembre 2009

Du fait d'un IMC plus élevé dans les îles du Pacifique que dans le reste du monde, la commission du Pacifique Sud a établi les propres valeurs seuils d'IMC en Océanie.

IMC (kg/m²)		
Catégories	OMS	CPS
Maigreur	< 18,5	< 22
Valeurs normales	18,5-24,9	22-26,9
Surpoids	25-29,9	27-31,9
Obésité	≥ 30	≥ 32

Figure 27 Valeurs seuils de l'IMC selon la classification de l'OMS et celle de la Commission du Pacifique Sud pour les Polynésiens

Ces chiffres alarmants traduisent les changements de comportement d'une population polynésienne sensible à la mondialisation et au marketing, et sujette à la précarité (92). La Pf étant néanmoins l'une des îles du Pacifique la moins touchée par cette pathologie, 56% de la population des Tonga souffrent d'obésité, et jusqu'à 74,6% des habitants des Samoa (58).

3.2.2. Les causes de ce surpoids

3.2.2.1. Le changement des habitudes alimentaires

Il s'avère que depuis plusieurs décennies, le développement des grandes surfaces, de l'industrie agro-alimentaire, et de la restauration rapide ont participé à la consommation accrue de sucre, de sel et d'aliments riches en graisses saturées.

La « malbouffe », prenant la place des régimes alimentaires traditionnels, est désormais la principale instigatrice de cette surcharge pondérale. Ces mauvaises habitudes alimentaires ont été rapportées au stade le plus précoce de la vie par des médecins faisant état de l'emploi de biberons au Coca ou au sirop, moins cher que le lait et qui plaisent plus aux nourrissons. Malgré une loi obligeant les roulottes à s'éloigner à plus de 500 mètres d'un établissement scolaire, il n'est pas rare de rencontrer des vendeurs de produits alimentaires malsains à l'intérieur même des écoles. Une pratique soutenue par certains parents qui privilégient les petits déjeuners de leurs enfants dans ces snacks plutôt qu'à la maison compte tenu du coût moindre qu'ils représentent.

Pourtant, la Pf mène depuis 50 ans un combat contre la consommation excessive de sucre, en s'appuyant sur des campagnes de prévention et de fiscalité désavantageuse.

Les prix de certains produits font l'objet d'un encadrement et le gouvernement subventionne depuis plusieurs années des produits alimentaires de base, certains pourtant controversés car moins légitimes que d'autres produits essentiels et pourtant exclus de la liste (par exemple, les conserves de fruits sucrées subventionnés alors que les fruits et légumes frais ne le sont pas).

Recommandée par l'OMS et les Nations Unies, une taxe sur les aliments et boissons sucrés a été instaurée en 2004. En juillet 2019, une nouvelle taxe devait être mise en place

mais le poids des lobbies a contraint le gouvernement polynésien à revoir ses ambitions de taxation à la baisse (une augmentation d'au moins 22% comme en Nouvelle Calédonie était préconisée par le CESEC), et à exclure certains conditionnements de ce dispositif (93).

De plus, une loi promulguée en juin 2013, dite *Loi Lurel sur le sucre*, a voulu maitriser les quantités de sucre introduites dans les préparations en précisant que les aliments vendus dans les outre-mer ne devront pas contenir une teneur en sucres ajoutés supérieure au maximum observé pour ces mêmes produits en métropole. Mais le Pays étant compétent en matière de consommation, cette loi ne s'est pas appliquée. Néanmoins, même si cette loi s'était appliquée en Pf, elle n'aurait visé que les produits importés dont la fabrication était française, elle n'aurait pas tenu compte des yaourts et jus de fruits fabriqués par les industriels locaux qui auraient pu y incorporer alors autant de sucre qu'ils le souhaitaient (94). En conséquence, les industries locales de boissons sucrées (Tahitian cola, jus de fruit de Moorea…) qui se sont amplement développées, ainsi que la diversification des sources de sucre (confiseries, gâteaux, crèmes glacées…) en favorisent toujours la consommation quotidienne (74).

Malgré ces mesures punitives et la baisse des quantités de sucre importées, le territoire continue d'introduire sur son territoire 2,4 fois plus de boissons sucrées qu'il y a 22 ans.

La Pf accuse un réel retard dans la lutte contre les mauvaises habitudes alimentaires. Pour preuve supplémentaire, la mise en place du « Nutri-score ». Ce repère graphique coloré étiqueté sur chaque article pour renseigner le consommateur sur la qualité globale des aliments et inciter les industriels à améliorer la qualité de leurs produits, a été lancé le 31 octobre 2017 en métropole par la Ministre de la santé Agnès Buzyn (95). Evoqué à Papeete lors du conseil des ministres du 11 septembre 2019, il s'avère être toujours en préparation sans qu'une date de lancement ait été annoncée (96).

Il devient alors difficile pour le consommateur de tenir les engagements d'une alimentation saine et équilibrée, seulement 12,7% de la population déclarant consommer au moins 5 fruits et légumes par jour (97), de surcroît quand le marché polynésien des fruits et légumes est qualifié de « pénurique », pour reprendre le terme du représentant d'une grande marque de supermarchés. Selon les résultats du dernier recensement agricole de 2012, l'agriculture locale couvrirait seulement 50% des besoins en fruits et légumes de la population, la majorité des denrées étant importée de Nouvelle-Zélande, d'Australie, du Chili, et d'Amérique du Nord. Pour protéger et favoriser la production locale, les importations de fruits et légumes ont été contingentées, mais cet excès de protectionnisme a eu tendance à augmenter les prix et favoriser les pénuries. En retirant en février 2019 certains légumes de la liste des PPN (courgettes, tomates, salades…), le gouvernement a entrainé par cette mesure une flambée des prix (jusqu'à +80% pour les courgettes) préjudiciable pour les ménages et les producteurs (98). Le défaut d'apport de fibres, de vitamines et de minéraux dans l'alimentation des Polynésiens participe à l'évidence au développement du surpoids et de l'obésité, des maladies cardiovasculaires et de certains cancers (99).

Hommes et Femmes									
Tranche d'âge (ans)	n	% ni fruits ni légumes	IC 95%	% 1 - 2 portions par jour	IC 95%	% 3 - 4 portions par jour	IC 95%	% < 5 portions par jour	IC 95%
18-24	545	26,8	22,0-31,7	42,9	37,9-47,9	19,9	16,0-23,9	10,3	7,4-13,3
25-44	1 646	22,2	18,9-25,4	43,0	39,8-46,1	22,2	19,6-24,9	12,6	10,3-15,0
45-64	1 265	20,1	16,9-23,4	41,4	38,0-44,8	23,5	20,4-26,7	14,9	12,2-17,6
Total	**3 456**	**22,8**	**20,2-25,4**	**42,5**	**40,1-44,9**	**22,0**	**20,0-24,0**	**12,7**	**10,9-14,4**

Figure 28 Fréquence de consommation de fruits et légumes (en nombre de portions consommées par jour), par tranche d'âge, enquête Santé 2010, Polynésie française, 2010

3.2.2.2. Le manque d'activité physique et la sédentarité

L'arrivée massive des véhicules individuels réduisant les efforts liés aux déplacements, et le développement du secteur tertiaire favorisant le travail assis, ont contribué inévitablement à cette prise de poids.

Selon l'*Enquête STEPwise de 2010* sur la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, la pratique d'une activité physique chez les Polynésiens serait insuffisante, les femmes la délaisseraient davantage, le plus souvent par manque de temps et de motivation. 40% de la population ne feraient aucune activité physique pour se déplacer, 48% ne pratiqueraient pas d'activité physique de loisirs. Les plus jeunes seraient aussi concernés puisque seulement 22% des 7-9 ans pratiqueraient une activité physique encadrée après l'école (100).

Selon l'OMS, la sédentarité est le quatrième facteur de risque de mortalité au niveau mondial, en augmentant, toutes causes confondues, de 20 à 30% le risque de décès (91). Suite à ces données, le gouvernement a pris des mesures spécifiques sur la pratique d'activité physique.

Dès 2017, le Haut-commissariat de la République en Polynésie française s'est voulu exemplaire suite au constat que 65% de son personnel étaient en surpoids ou obèses. Il a développé un programme « *Administration active* » visant à mettre en place des activités physiques durant les pauses (vaa, yoga, marche…), des ateliers nourriture et des supports de communication (affiches pour privilégier les escaliers à l'ascenseur par exemple). Sur ses 275 agents, 130 ont participé à ces évènements, démontrant une prise de conscience et une volonté de perdre du poids (93).

Le programme *Maitai* (« aller bien »), qui s'inscrit dans le cadre du *Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2019-2023,* propose des activités physiques adaptées à un public en surpoids. Il se base sur les premières expérimentations du « Sport sur ordonnance » menée en 2017 et 2018 et a vu récemment le nombre de candidats au projet considérablement augmenter. Plus largement, dans le *Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2019-2023*, il est prévu par exemple d'encourager la promotion d'un urbanisme favorable à la pratique sportive (chemin de randonnée, parcours sportif, écotourisme), d'intervenir dans le domaine du travail pour aménager les

locaux de façon à favoriser les déplacements, de favoriser l'activité physique en milieu scolaire (installations sécurisées pour des récréations actives) (100).

Néanmoins, les besoins en équipement restent importants, la Pf ne disposant que de 38,2 équipements pour 10 000 habitants, bien en deçà de la moyenne nationale de 49,5. Les nombreuses mesures engagées à travers des plans et des programmes de prévention (*Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2019-2023, Schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022, Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2016-2021* notamment), risquent de se heurter au problème du coût de ces infrastructures, inévitablement plus onéreuses que celles retrouvées en métropole compte tenu des aléas climatiques rencontrés dans le Pacifique (normes antisismiques et anticycloniques, températures élevées et atmosphère saline) (101).

3.2.2.3. La génétique

Selon une étude de 2016 publiée dans la revue *Nature Genetics*, un gène qui augmenterait de 40% le risque d'obésité a été mis en évidence dans la population des îles Samoa. Cette variation génétique aurait favorisé à l'époque de la colonisation du Pacifique Sud le stockage des graisses pendant les longues traversées. Maintenant inappropriée, elle augmenterait le risque d'obésité d'un sujet de 40% et l'IMC de 1,5%. Même si les gènes des Polynésiens n'ont pas été analysés, il ne fait aucun doute que les résultats y sont transposables (102).

3.2.2.4. Les consommations à risque

3.2.2.4.1. La consommation excessive d'alcool

Alors qu'il tend à se réduire dans la majorité des pays, le nombre de consommateurs d'alcool en Pf a doublé en 15 ans, passant de 33,3% en 1995 à 66,8% selon « *Enquête de santé en 2010* ». Les hommes sont toujours plus concernés que les femmes, mais l'entrée en consommation s'effectue désormais de plus en plus jeune (32,9% des jeunes de moins de 10 ans ont déjà bu leur premier verre d'alcool) et implique aussi bien les jeunes garçons que les jeunes filles (103). La Pf a interdit la vente d'alcool aux mineurs depuis 1959, mais 40% d'entre eux arrivent à s'en procurer par leur famille, ce qui montre l'encrage familial important de cette consommation au sein de la société polynésienne (104). La bière, de production locale, est la principale boisson alcoolisée consommée. La quantité moyenne d'alcool consommée par occasion au cours des 30 derniers jours est importante et a été estimée à 10,8 verres standards (12,2 verres chez les hommes contre 8,7 verres chez les femmes) (91).

Pour la population, cette consommation apparaît comme un besoin pour faire face à un mal-être général. Lutter contre l'ennui, tenter de se remonter le moral ou affronter des problèmes familiaux ou professionnels importants sont des motifs légitimes justifiant le recours à l'alcool, surtout chez les jeunes de 16 à 19 ans. Un tiers de la population associerait de surcroît l'alcool à l'idée de bénéfice pour la santé (105). Cependant, cette consommation ponctuelle revêt fréquemment un caractère addictif et compulsif auquel sont associées des alcoolisations excessives aux conséquences graves. C'est notamment le cas des cancers et pathologies liées à cette consommation abusive d'alcool, lesquelles font partie des quatre plus importantes causes de décès en Pf, surtout chez les hommes. A cela nous pouvons ajouter les accidents de la route, les violences familiales et la délinquance, en lien avec cette alcoolisation, qui ne cessent de progresser.

Le *Schéma de prévention 2018-2022* s'engage dans la lutte contre l'alcool avec comme objectif de réduire l'offre et la consommation d'alcool, surtout chez les jeunes. Pour cela, il a été nécessaire de limiter l'accessibilité aux boissons alcoolisées. Des mesures réglementaires ont été adoptées pour en interdire la vente et la distribution aux mineurs, pour définir des zones protégées (hôpital, établissement scolaire, centre sportif, lieu de culte…) autour desquelles le commerce de boissons alcoolisées est interdit, ou pour restreindre les heures de vente en fin de semaine dans certaines communes (interdiction de vente d'alcool le dimanche et les jours fériés à Tahiti par exemple). Il est également nécessaire de diminuer les pressions qui incitent à la consommation. La publicité directe et indirecte en faveur des boissons alcoolisées ainsi que le parrainage de manifestations culturelles, artistiques et sportives est interdit. Enfin, cette lutte contre la consommation excessive d'alcool a entrainé la mise en place de mesures fiscales « comportementales ». La *loi du Pays n°2006-13 du 12 avril 2006* a instauré une taxe de solidarité sur les alcools, puis la *loi du Pays n°2018-41 du 11 décembre 2018* a élargi le champ d'application de la taxe de consommation pour la prévention pour le financement des actions de prévention, d'information et de sensibilisation en matière de santé publique.

3.2.2.4.2. Le tabagisme

La dernière enquête de santé de 2010 a montré une augmentation de la prévalence du tabagisme, passant de 36,2% en 1995 à 41% en 2010, il touchait alors près de 70 000 personnes sur le territoire. L'usage quotidien de tabac est plus marqué chez les femmes et s'installe aux alentours des 16 ans, les jeunes étant concernés de plus en plus tôt par ce phénomène (91). Cette consommation est favorisée par l'usage de tabac dans l'entourage (famille, amis), les situations scolaires et familiales difficiles (redoublement, internat, décès), ou la dépression.

Du fait de la présence de près de 4 000 substances chimiques dans la fumée du tabac, dont 250 seraient nocives et 50 cancérigènes, le tabagisme représente un facteur de risque capital des maladies non transmissibles. Il est le premier facteur de risque de cancer (+26% de risque de cancer du poumon), accroît le risque de maladies cardiovasculaires et respiratoires graves (accident coronarien, AVC, asthme, bronchite…), et entrainerait en moyenne 194 décès par an. Les enfants sont aussi concernés par ce

risque accru de maladies, car souvent exposés à la fumée de leur entourage (tabagisme passif). +50% de risque de mort subite du nourrisson, insuffisance pondérale, augmentation du risque de crise d'asthme et de bronchite, ont été démontrés (103).

La Pf a été le premier pays du Pacifique à organiser dès 1982 la lutte contre le tabac et le tabagisme en adoptant des mesures contre la publicité et la promotion des produits du tabac, et contre le parrainage des manifestations par les marques de tabac (106). En 1988, elle interdit la vente de tabac aux mineurs et dans certains lieux (autour des établissements scolaires et hospitaliers, transports en commun) ainsi que sa consommation dans les lieux à usage collectif et recevant du public. Un arrêté de 2010 a ensuite encadré les teneurs maximales en goudron, nicotine et monoxyde de carbone des cigarettes. Les mesures fiscales adoptées par la suite se sont basées sur la convention cadre pour la lutte anti-tabac (CCLAT) proposée par l'OMS et visant à réduire la demande et l'offre de tabac. Pour freiner l'entrée dans la consommation régulière chez les jeunes et inciter au sevrage tabagique, la hausse du prix du tabac en 2006, 2013 et 2014 est apparue comme une mesure efficace faisant baisser les importations de 500 à 395 millions de F CFP entre 2005 et 2013. La Pf étant le pays du Pacifique où le prix du tabac était le plus bas, le gouvernement a souhaité renforcer sa position avec une augmentation exemplaire de 38,7% du prix du tabac en avril 2017 puis de 5% en janvier 2019. Ces mesures fiscales ont permis le financement de la lutte anti-tabac coordonnée par la DSP au travers de plans (Plan Cancer pour la Polynésie française 2018-2022), campagnes médiatiques, de formations des professionnels, de consultations de sevrage tabagique gratuites, de développement de la télémédecine en relais de prise en charge pour les patients éloignés, et d'accès facilités aux substituts nicotiniques (pris en charge à 100% pour les mineurs, femmes enceintes, personnes en longue maladie et relevant du RSPF) (74).

3.2.3. Les conséquences de cette surcharge pondérale sur la santé des Polynésiens

3.2.3.1. Le diabète

Avec le bouleversement des modes de vie et le développement des maladies non transmissibles, le diabète, considéré comme une *« catastrophe sanitaire »* selon le CESEC, est devenu une priorité de santé publique pour la Pf, tant en termes de coût qu'en termes de gravité.

En 2012 selon la CPS, seulement 2,79% de la population adulte déclaraient un diabète traité et reconnu au titre de la longue maladie (107). Une prévalence qui paraît bien faible quand on la compare à celle de la France (4,6% en 2012), mais qui s'explique par le défaut de dépistage et de prise en charge de la pathologie. Si l'on en croit les chiffres du CESEC, le diabète type 2 concernerait 90% des patients atteints de diabète, un adulte sur cinq serait touché, mais seulement la moitié serait diagnostiquée. Concernant le coût, il pèserait pour 20% des dépenses de santé de la CPS (108).

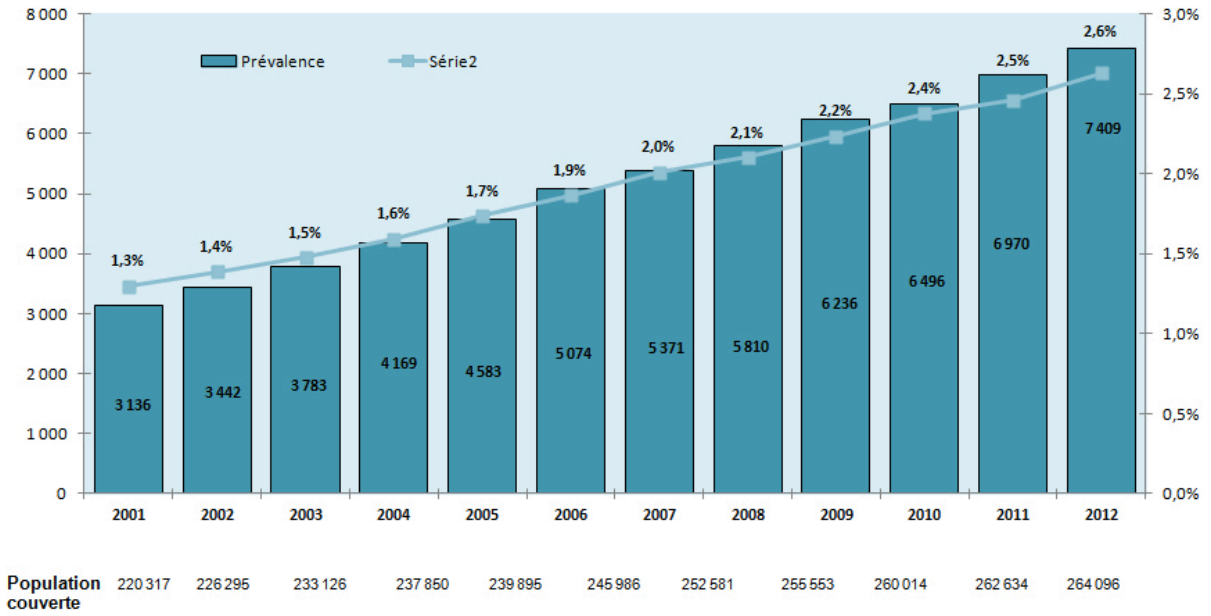


Figure 29 Evolution de la prévalence et du taux de prévalence du diabète traité et reconnu au titre de la Longue maladie de 2001 à 2012, CPS

Toute la population est concernée par cette pathologie, y compris les femmes enceintes chez qui le diabète gestationnel est retrouvé dans plus d'une grossesse pathologique sur deux (109). Cette pathologie, préexistante à la grossesse ou apparaissant au cours de celle-ci, est associée à de nombreuses complications, chez la mère comme chez l'enfant, à court et à long terme : macrosomie fœtale avec risque augmenté de surpoids et de diabète de type 2 à l'âge adulte, et risque accru dans 15 à 60% des cas de développer un diabète de type 2 pour la mère ultérieurement (110).

Comme pour l'obésité, des études réalisées dans les années 1980 et 1990 ont démontré l'importance de la génétique dans l'apparition du diabète. Ces recherches ont pris en compte les diversités ethniques (Micronésiens, Mélanésiens, Polynésiens, Indiens, Européens) et les modes de vie opposés (rural et urbain). Il en ressort que les Micronésiens et les Polynésiens sont les plus à risque de développer un diabète (111).

D'après des observations, bien qu'anciennes, le taux de mortalité par diabète apparaît plus élevé chez les Polynésiens que chez les Européens (111). Selon la CPS en 2012, ce taux de mortalité par diabète serait significativement plus élevé qu'en métropole de 2,5 fois (112). Ce taux est bien sûr lié à la gravité du diabète et de ses complications. Dans tous les départements d'Outre-mer, et de surcroît dans le Pacifique Sud, le risque de complications rénales dues au diabète (néphropathie diabétique et dialyse) est augmenté.

Il est donc urgent pour le CESEC d'agir à travers des mesures préventives et curatives d'urgence pour endiguer ce phénomène. D'autant plus que par manque de financements ou de volonté politique, la « Maison des diabétiques », une association loi 1901, ouverte en 2003 pour répondre aux attentes d'éducation thérapeutique, a fermé ses portes en 2015. Sur la base d'un rapport (*Le Diabète, un défi vital pour la Polynésie*) adopté à l'unanimité le 8 novembre 2019, le CESEC recommande notamment le dépistage automatique après 40 ans, le suivi systématique et obligatoire en maternelle et en primaire dès la rentrée 2020, et le renforcement des mesures fiscales et économiques (*cf la taxe sur les aliments et boissons sucrés* par exemple).

Il n'est pas certain que ces mesures suffisent quand on sait que les conséquences du diabète coûtent plus de 10 milliards de F CFP (83 millions d'euros) par an, que les hospitalisations et les dialyses sont les premiers postes de dépense pour cette pathologie, et que la fréquence et la gravité des complications ne cessent d'augmenter (113).

3.2.3.2. L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par une tension artérielle systolique supérieure à 140 mmHg, par une tension artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg, ou par la prise actuelle de médicaments antihypertenseurs. L'enquête *Podium* sur l'HTA et l'obésité publiée en 2014, est une étude transversale menée dans quatre territoires français d'Outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane française et Polynésie française). Elle a évalué la prévalence de l'HTA en Pf à 24,5%. La connaissance de la maladie par les polynésiens paraît faible (50%), son contrôle particulièrement réduit (trois fois inférieur à celui des autres territoires), et son dépistage d'une efficience insuffisante.

Première cause de longue maladie, l'HTA s'accompagne d'une incidence plus élevée des AVC et des maladies rénales chroniques. La Pf n'est pas le territoire où la prévalence de la maladie est la plus élevée, en revanche, la fraction d'HTA attribuable à l'obésité se distingue nettement des autres (35,5%) et la prévalence de l'HTA augmente en présence de l'obésité. On peut donc supposer que les mesures prises pour lutter contre l'obésité et le surpoids sont susceptibles de réduire la fréquence de l'hypertension et l'incidence des maladies cardiovasculaires (114).

3.2.3.3. L'insuffisance rénale chronique terminale

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est très fréquente dans les outremers par rapport à la France métropolitaine. Néanmoins, il est difficile d'analyser précisément les chiffres en lien avec cette pathologie en Pf à cause du défaut d'exhaustivité d'enregistrement des cas amenant à une sous-estimation des indicateurs de cette pathologie sur le territoire.

Quoi qu'il en soit, il est clair que l'incidence de l'IRCT en Pf est plus fréquente (1,5 fois le taux métropolitain) et l'âge médian des patients entrant en IRCT est plus jeune (inférieur à 60 ans en Pf contre 70 ans en métropole).

L'urbanisation rapide, l'occidentalisation du mode de vie (changement des comportements alimentaires, excès de sucre, sédentarité) et la prévalence croissante de l'obésité sont des terrains propices aux pathologies vasculaires pourvoyeuses d'IRCT. Ces populations sont souvent plus jeunes, plus précaires et concernent davantage les femmes. La prévalence importante du diabète de type 2 traité, d'hypertension artérielle et d'artérite des membres inférieurs chez les patients dialysés de Pf sont des facteurs étiologiques importants de l'IRCT. En revanche, alors que le taux d'obésité est plus élevé

dans les outremers, la rapport *REIN 2017* fait remonter que la prévalence de cette comorbidité ne se retrouve pas pour autant augmentée chez les patients polynésiens en dialyse. L'obésité serait paradoxalement associée à une durée de vie plus longue, sans pouvoir à ce jour y apporter une explication. L'entrée en dialyse se fait plus tardivement et à des niveaux de débit de filtration glomérulaire plus faibles qu'en France. La survie globale de ces patients ultramarins 6 mois après le démarrage du traitement de suppléance reste tout de même comparable à celle de la métropole. Pour pallier la dispersion géographique de la population, l'utilisation de la dialyse péritonéale est plus fréquente qu'en France. Au contraire, en Pf le recours à la greffe rénale est plus rare qu'en métropole et que dans les autres DOM-TOM (hormis Guyane et Nouvelle-Calédonie) (115).

3.2.3.4. Les cancers

Le cancer est la deuxième cause de mortalité en Polynésie française après les maladies de l'appareil circulatoire, et la première cause de mortalité prématurée avec 46% des décès avant l'âge de 65 ans. La longue politique de vaccination massive des nouveau-nés a permis de réduire les cancers d'origine infectieuse, notamment le cancer du foie dû à l'hépatite B. Cependant, on observe depuis une dizaine d'années l'augmentation constante de l'incidence des cancers, s'expliquant par un allongement de l'espérance de vie conjugué à un vieillissement de la population. Le nombre de nouveaux cas chaque année s'élève à plus de 600 et le nombre de décès imputable au cancer à environ 300. L'âge de l'individu apparaît comme le facteur de risque principal, mais les consommations excessives d'alcool et de tabac et la prévalence de l'obésité concourent aussi à son développement (116). D'après les chiffres les plus récents tirés du *Registre des cancers en Polynésie française* (*annexe 8*), la répartition des cas de cancers entre les femmes et les hommes est respectivement de 47,3% et 52,7%. Pour les femmes, l'âge médian au diagnostic est 58 ans et les deux premières causes de décès sont le cancer du sein et le cancer broncho-pulmonaire. Pour les hommes, l'âge médian au diagnostic est plus élevé (65 ans) et les cancers broncho-pulmonaires et du foie sont les deux principales causes de décès par cancer.

Ces chiffres inquiétants ont conduit le Pays à élaborer le *Plan cancer 2018-2022 de la Polynésie française* basé sur *Les orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de la santé de la Polynésie française*. Sa stratégie se décline en huit axes et couvre tous les champs d'intervention de la lutte contre le cancer (compréhension du patient, prévention et dépistage, organisation des soins…). L'Etat s'est engagé à soutenir le développement de la prise en charge médicale des patients sur 3 ans, à hauteur de 80% du montant HT des investissements, soit 716 millions de F CFP (6 millions d'euros), avec par exemple le développement de la chimiothérapie dans les hôpitaux de Taravao et Uturoa, la modernisation du service oncologie du CHPF, la mise à disposition de 3 médecins internistes, l'acquisition d'un mammographe à l'hôpital de Taioha. Dans le même temps, une convention cadre entre l'Institut national du cancer (INCa) et la Pf dans laquelle l'INCa s'engage à apporter son expertise et son soutien au Pays pendant la période de mise en œuvre du premier plan cancer de la Pf, a été signée (117).

Depuis 1964, 193 essais nucléaires ont été réalisés en Pf par le Centre d'expérimentation du Pacifique (CEP) dans le cadre de la politique de dissuasion nucléaire de la France. En 1996, l'Etat a arrêté tous les essais nucléaires et démantelé définitivement le CEP. Les conséquences sanitaires de ces essais nucléaires ont fait l'objet de nombreuses études, dont une menée par l'Inserm et publiée en 2010 qui tendrait à montrer un lien entre cancer de la thyroïde et essais nucléaires (118). Une loi, dite *Loi Morin*, a été promulguée en 2010 pour la reconnaissance et l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français. 23 pathologies ouvrant droit à indemnisation par l'Etat sont inscrites sur la liste des maladies radio-induites fixée par décret du Conseil d'Etat (119). Au 30 mai 2019, 91 personnes avaient été reconnues victimes des essais nucléaires (120).

3.3. Les pathologies affectant la santé mentale

Selon les chiffres de la CPS en 2017, les troubles mentaux et du comportement constituaient la huitième affection longue maladie avec 3 334 personnes atteintes. Comparativement aux chiffres ALD de la France, la prévalence de ces pathologies apparaît plus faible. Les cas de dépression (20% en Pf contre 13% en métropole) semblent en revanche plus nombreux qu'en métropole, et les violences et traumatismes issus du milieu familial occupent une place prépondérante dans le développement des troubles psychiques. La population polynésienne semble réticente à l'idée de recourir aux soins psychiatriques classiques, par peur d'une stigmatisation et par méconnaissance de ces troubles. Ainsi, ce ne serait pas l'absence de troubles mais le défaut de recensement et de prise en charge de ces pathologies qui expliqueraient les faibles données retrouvées en Pf (121). En 2015, l'enquête *« Santé mentale en population générale »* réalisée sous la direction de l'OMS a montré au contraire que 40% de la population étaient atteints de ces troubles, qu'ils soient minimes ou handicapant dans le quotidien. Les maladies chroniques imputables à l'évolution rapide des modes de vie, au premier rang desquelles l'obésité, et l'installation d'une précarisation sociale favorisant des conditions de vie difficiles quotidiennes, alimentent un mal-être général de la population polynésienne et la prévalence élevée de troubles psychiques au sein de cette société.

La consommation excessive d'alcool est fortement représentée chez les polynésiens et concernerait 13% de la population (seulement 4% en France) (122). Les problématiques d'addiction aux autres substances psychotropes sont également importantes et en augmentation ; elles affecteraient jusqu'à 6% de la population, contre 2% en France. La consommation de « pakalolo » ou « paka » (appellation locale de cannabis) est très répandue sur le territoire, d'après *Enquête de santé 2010 en Polynésie française, surveillance des facteurs de risque non transmissibles*, 45,2% des 18-24 ans interrogés en avaient déjà consommé les 12 mois précédents. Cette consommation est précoce et majoritairement masculine, et est souvent associée à d'autres facteurs (dépression patente, situation familiale, scolaire, ou sociale compliquée). Depuis une quinzaine d'années, c'est une drogue de synthèse communément appelée « Ice », dérivée de la méthamphétamine, qui a fait son apparition dans le Pacifique. En Pf, la consommation de ce produit apparaît en forte hausse depuis quelques années, au vu du nombre croissant de saisies douanières et de consultations spécialisées en addictologie. Peu de chiffres sur cette consommation sont disponibles, seule une enquête réalisée chez

les jeunes scolarisés de 13 à 17 ans a pu avancer que 3,3% des lycéens ont consommé au moins une fois de l'Ice, sans différence significative selon le sexe (104). Un syndrome dépressif et un absentéisme scolaire sont souvent associés à cette addiction. Les répercussions sanitaires de la dépendance aux stupéfiants sur la santé mentale de la population sont bien visibles, selon l'OMS 6,4% des troubles mentaux en Pf seraient attribuables à la toxicomanie. Alors que des mesures luttant contre la toxicomanie ont été prises dès 1970 (123), un laboratoire clandestin de fabrication d'Ice a été découvert récemment à Tautira. Cette Ice provenait de la pseudo-éphédrine de certaines spécialités pharmaceutiques (Actifed Rhume®, Dolirhume®…) disponibles en accès libre en officine. Alertés par ce mésusage, les pharmaciens limitaient voire refusaient la dispensation de ces médicaments mais étaient confrontés à des actes d'incivilités voire de menaces. Le gouvernement a alors décidé en février 2019 d'inscrire la pseudo-éphédrine au tableau A de la liste des substances vénéneuses pour lesquelles une ordonnance est obligatoire lors de la dispensation (124).

Les taux de suicide standardisés entre le Pf, la France et le monde ne présentent pas de différences significatives. Au niveau mondial, les taux de décès par suicide ont diminué (par exemple moins 17% entre 2002 et 2012 en France), contrairement à ceux de Pf qui augmentent depuis 25 ans, particulièrement autour de la zone urbaine de Tahiti. Entre 2008 et 2012, l'enquête START « Conduites Suicidaires dans les Territoires à Risque », a été menée par l'OMS en Pf. Alors qu'en France le taux de suicide augmente progressivement avec l'âge, cette étude montre un taux de suicide dans le Pays au plus haut chez les 15-24 ans, le suicide devenant la première cause de décès dans cette tranche d'âge et la cinquième cause de mortalité prématurée. Les principaux déterminants des conduites suicidaires sont les difficultés conjugales et familiales. On retrouve ensuite les troubles psychiatriques dans 77% des cas (40% en France). Les troubles les plus fréquemment mis en cause sont les troubles de l'humeur, de la personnalité et les troubles anxio-dépressifs. Ils sont la plupart du temps méconnus des services de santé et attestent d'une prise en charge médico-psychologique insuffisante. Les troubles liés à l'usage de l'alcool et des stupéfiants sont également associés à 25 voire 50% des cas de suicide (125).

En avril 2018, suite à ces constats, le ministère de la Santé a souhaité l'élaboration d'une politique de santé mentale. S'inscrivant dans une démarche transversale par son lien avec d'autres programmes de santé publique (*Programme sur les addictions*, *Réforme des soins de santé primaire*, *Schéma de prévention et de promotion de la santé 2018-2022*…), le *Plan de santé mentale 2019-2023* a ainsi pour objectifs d'améliorer le bien-être, de permettre l'accès au dépistage précoce et de réduire les inégalités d'accès aux soins pour l'ensemble de sa population.

3.4. Les pathologies infectieuses

3.4.1. Les infections liées à l'environnement

3.4.1.1. La leptospirose

La leptospirose est une maladie causée par la bactérie *Leptospira interrogans*. La transmission à l'homme se fait soit directement par contact avec les urines d'animaux infectés, soit indirectement par contact avec les eaux douces ou produits souillés par ces urines (jardinage, marche pieds nus dans l'eau douce ou la boue, présence de plaies). Le réservoir principal de cette bactérie est le rat, mais on retrouve également le porc, le chien et le chat. Ces animaux sont en général des porteurs sains (126).

Cette pathologie fait partie des maladies à déclaration obligatoire (*annexe 9*) (1). En 2018, son incidence s'élevait à 71 cas pour 100 000 habitants, comparable à celui de la Nouvelle-Calédonie mais près de 100 fois supérieure à la France métropolitaine, le Pacifique étant une région à risque majeur pour la leptospirose du fait des saisons pluvieuses et humides (novembre à mars), surtout dans les îles hautes de l'archipel de la Société (Tahiti, Raiatea et Moorea). La majorité des cas était des hommes (80%). 71% des cas investigués ont nécessité une hospitalisation et la létalité s'élevait à 2,4%. Les symptômes les plus courants sont la fièvre et les céphalées, pouvant aller jusqu'à une atteinte rénale (128).

3.4.1.2. Le rhumatisme articulaire aigu

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) est une complication survenant environ 3 semaines après une infection à *Streptocoque Bêta hémolytique du groupe A* (infection ORL à type d'angine le plus souvent). Il touche principalement les enfants à partir de 5 ans et les jeunes adultes. Il s'agit d'une réponse inflammatoire généralisée inadaptée qui atteint plusieurs organes spécifiques, principalement les articulations, mais aussi la peau et le cerveau. Il est associé à de la fièvre et de fortes douleurs. Cet épisode aigu ne laisse pas de séquelles hormis dans 2/3 des cas où des lésions cardiaques persistent. On parle alors de cardiopathies rhumatismales (CR), problème de santé publique majeur en Pf. Le traitement prophylactique du RAA, qui permet de prévenir les rechutes et diminuer la durée et l'évolution de la maladie, réside dans l'injection intramusculaire mensuelle de *Benzathine Benzylpénicilline G* (pénicilline retard) pendant au moins 10 ans. Quant aux CR, le traitement est uniquement chirurgical, nécessitant de nombreuses Evasans chaque année, notamment vers la Nouvelle-Zélande (en 2015, 60 Evasans internationales pour chirurgie valvulaire) (129).

Considéré comme « une maladie endémique de gravité majeure à caractère prioritaire » depuis la délibération n°88-26 AT du 3 mars 1988 (*annexe 10*), la situation

épidémiologique n'a pourtant pas évolué favorablement depuis cette date. La prévalence de RAA était estimée en 2015 à 13,6 malades pour 1000 habitants, avec 243 nouveaux cas par rapport à l'année précédente. Ce niveau d'incidence est comparable à celui des autres pays du Pacifique ouest, soit l'un des plus important au monde. Ces chiffres élevés s'expliquent par la présence de nombreux facteurs de risque de RAA en Pf, notamment l'insalubrité et le surpeuplement des habitats qui favorisent les échanges de streptocoques (130).

3.4.1.3. La tuberculose

La tuberculose est due à une mycobactérie, *Mycobacterium tuberculosis* ou *bacille de Koch*, qui affecte majoritairement les poumons (tuberculose pulmonaire), plus rarement les autres organes (forme extra-pulmonaire). Dans 90% des cas, les personnes infectées ne développent pas la maladie, on parle alors de « tuberculose latente ». Cependant il est possible que quelques mois voire quelques années après la contamination, la tuberculose devienne symptomatique, c'est la « tuberculose maladie ». La transmission est essentiellement par voie aérienne. La contagiosité est plus importante chez les personnes présentant une tuberculose pulmonaire ; un patient infecté et non traité serait susceptible de contaminer 10 à 15 personnes par an. Le principal facteur de risque est l'environnement familial et sa surpopulation au sein d'habitats précaires (131).

La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire auprès du Bureau de Veille Sanitaire. Selon le rapport annuel de la DSP, 54 nouveaux cas de tuberculose ont été recensés en Pf en 2018 (19,4/100 000 habitants, 76% des cas situés à Tahiti), soit 2,7 fois plus qu'en métropole, et 1 décès directement lié à la pathologie a été déploré. Alors que l'OMS a fixé comme objectif pour 2020 une réduction de 20% du taux d'incidence par rapport à celui de 2015, en Pf ce taux se stabilise depuis 2013. Plus grave, les émergences de cas de tuberculose multi résistante en Pf en 2015 (rifampicine et isoniazide résistante) puis début 2019 (streptomycine, éthambuthol, isoniazide résistante), marquent un tournant dans l'évolution de cette pathologie sur le territoire (132).

3.4.2. Les infections à transmission vectorielle

3.4.2.1. La filariose lymphatique

La filariose lymphatique (FL) ou filariose de Bancroft est une maladie provoquée par le parasite *Wuchereria bancrofti*, transmis à l'homme par piqure des moustiques femelles *Aedes polynesiensis* (126). Une fois transmises à l'homme, les larves infectantes circulent dans le sang pour rejoindre les voies lymphatiques et se transforment alors en filaires adultes au bout de 4 à 6 mois. Une fois adultes, elles s'accouplent pour donner naissance à des microfilaires qui passent à nouveau dans le sang pour infecter d'autres

personnes par l'intermédiaire des moustiques. La majorité des personnes atteintes de FL restent asymptomatiques, puis au bout de quelques années, des symptômes apparaissent tels que lymphœdème, hydrocèle voire éléphantiasis des membres, du fait de la dilatation des vaisseaux lymphatiques par les filaires ; ces symptômes s'accompagnent d'épisodes douloureux au niveau des parties atteintes (133).

En France, les malades atteints de FL sont uniquement des personnes revenant de zones d'endémies et y aillant séjourné plusieurs mois (Afrique, Inde, Asie du Sud Est, Polynésie). En Pf en revanche, cette pathologie est considérée comme un problème de santé publique récurrent, notamment à l'origine de la création de l'institut Louis Malardé. EN 1999, le Pays a adhéré au programme d'élimination régional de la filariose lymphatique dans le Pacifique (PacELF) lancé par l'OMS dans 22 territoires. Ce plan de lutte est basé sur l'administration annuelle à partir de l'âge de 2 ans (sauf femmes enceintes et contre-indications) de diéthylcarbamazépine (DEC) et d'albendazole pour empêcher la transmission communautaire de la maladie. Une enquête de prévalence menée en 2008 pour mesurer l'impact de ce programme a retrouvé une prévalence pour l'antigène circulant de 11,3%, bien loin de l'objectif de 1% fixé par l'OMS pour que la FL disparaisse. Il a alors été mis en place en 2010 une politique d'administration plus stricte, appelée POD (prise observée directe) permettant de surveiller la prise effective des doses (134). L'enquête de prévalence de l'antigène filarien réalisée de 2014 à 2016 dans la zone urbaine de Tahiti a montré un taux de portage inférieur à 1%. En 2018, la POD et la surveillance se poursuivaient toujours dans les îles Sous-le-Vent et les Marquises Sud, la FL persistant encore à un faible niveau en Pf (133).

3.4.2.2. Les arboviroses

3.4.2.2.1. La dengue

Le virus de la dengue (DENV) appartient au genre *Flavivirus* et est composé de quatre sérotypes. Il est transmis par les moustiques du genre *Aedes* (*A. ægypti, albopictus, et polynesiensis*) lors de ses piqures diurnes. La pathologie s'exprime par une diversité de formes cliniques, forme asymptomatique (50 à 90% des cas), syndrome pseudo grippal, forme hémorragique, voire syndrome de choc. On remarque cependant depuis une trentaine d'années l'augmentation de la fréquence des formes graves ; ce risque serait lié à l'introduction d'un nouveau sérotype dans une zone précédemment touchée par une épidémie. Il n'existe ni traitement préventif, ni traitement spécifique, ni vaccin. Le seul moyen de limiter la transmission de la maladie est la lutte anti-vectorielle (135).

En France, le risque de transmission autochtone de la dengue est à ce jour faible mais bien réel, depuis l'apparition du moustique tigre dans le sud du pays il y a quelques années. En Pf, et plus largement dans le Pacifique, des cycles épidémiques se produisent tous les 5 à 10 ans à cause de la réintroduction de nouveaux sérotypes favorisée par la circulation des personnes et les fortes pluviométries favorables à la prolifération du vecteur (136). Le 11 avril 2019, le gouvernement de Pf déclarait l'état d'épidémie de dengue 2 sur l'île de Tahiti. Ce sérotype n'ayant pas circulé depuis l'an 2000, la population

est faiblement immunisée et donc susceptible d'être victime d'une épidémie de grande ampleur, tant en termes d'incidence qu'en termes de gravité (137). Les moins de 20 ans et les personnes arrivées sur le territoire après l'an 2000, date de la dernière épidémie, sont les plus à risque d'être infectés. Au 3 mai 2020, 2 880 cas autochtones et 2 cas importés de DENV-2 ont été déclarés en Pf. 51,5% des cas étaient des personnes de moins de 20 ans, on dénombre 132 hospitalisations (4,6%) et 2 décès (138).

3.4.2.2.2. Le chikungunya

Le virus chikungunya, arbovirus du genre *Alphavirus*, se transmet d'homme à homme par l'intermédiaire des piqures diurnes de moustique femelle du genre *Aedes* (*A. ægypti* et *A. albopictus*). La maladie se manifeste en général 4 à 8 jours après l'infestation par l'apparition d'une fièvre brutale avec céphalées, myalgies et arthralgies, les douleurs articulaires pouvant persister jusqu'à plusieurs mois après la contamination. Il n'y a pas de vaccin ni de traitement spécifique hormis la prise d'antalgiques et la lutte contre le vecteur. Les enfants, femmes enceintes, personnes âgées et malades chroniques sont les plus à risque de complications (139).

En France, 4 cas de chikungunya contractés à Montpellier ont été diagnostiqués en octobre 2014 (140). En Pf, c'est une épidémie qui a eu lieu entre septembre 2014 et mars 2015 suite à l'arrivée d'une voyageuse venue de Guadeloupe, où une épidémie de chikungunya sévissait depuis le début de l'année. C'était la première fois que la transmission de ce virus était constatée sur le territoire. Cette épidémie a touché plus de 25% de la population, 69 000 personnes ont consulté pour des signes évocateurs du virus (141). 32 décès ont été dénombrés dont celui d'un bébé ayant développé la maladie les jours suivants sa naissance. Le virus a également entrainé de nombreuses complications, 20% des patients souffraient encore de douleurs au-delà de 3 mois, et 7 à 9 cas de syndrome de Guillain-Barré (SGB) ont nécessité une hospitalisation (142). Au 3 mai 2020, aucun cas de chikungunya n'était encore déclaré pour l'année 2020 (138).

3.4.2.2.3. Le zika

Le virus Zika (ZIKV) est génétiquement proche de celui de la dengue et a pour vecteur principal le moustique du genre *Aedes*. Il est également transmis par voie materno-fœtale et sexuelle, et présente un risque de transmission transfusionnelle. Les signes cliniques décrits sont une éruption maculo-papuleuse (93% des cas), asthénie, fièvre, hyperhémie conjonctivale, et arthralgies distales, pendant environ 6 jours.

La première épidémie de ZIKV a eu lieu à Yap (Pacifique) en 2007. La deuxième épidémie, considérée comme la première mondiale, s'est déclarée en 2013 en Pf, puis s'est diffusée dans le Pacifique, ensuite au Brésil, Amériques et Antilles. Début octobre 2013, alors qu'une épidémie de dengue était en cours sur le territoire, des médecins de Tahiti et des autres archipels rapportent des cas de syndromes éruptifs subfébriles spontanément

résolutifs en 3 à 7 jours. Le 30 octobre 2013, après analyse des prélèvements sanguins envoyés par les médecins, et revenus négatifs pour la recherche d'ARN viral de dengue et de chikungunya, l'Institut Louis Malardé identifie le ZIKV. Entre octobre 2013 et mars 2014, c'est près de 32 000 cas (11,5% de la population) qui consultent pour cette symptomatologie (143) ; un travail de modélisation récent va même jusqu'à estimer le taux d'attaque global à 94% (144). Durant cette période, 69 complications neurologiques et auto-immunes attribuables au ZIKV ont été recensées. Une étude rétrospective a permis de démontrer le lien de causalité entre les 42 cas de SGB survenus pendant ces quatre mois et l'épidémie de zika, la Pf comptant habituellement moins de 5 cas de SGB par an (145).

En l'absence de traitement préventif et curatif, et suite à la succession d'épidémies d'arboviroses, la lutte contre les moustiques est apparue comme la seule alternative pour la santé de la population. Le centre d'hygiène et de salubrité publique (CHSP) est en charge de la lutte contre les maladies vectorielles, et est soutenu par l'implication croissante des communes. A partir de janvier 2014, des opérations de lutte à grande échelle ont été menées dans toute la Pf. Elles reposaient sur la mise en œuvre coordonnée de trois actions : l'information au public (lutte et protection contre le moustique, instauration de PPN pour certains répulsifs (146)), la suppression des gîtes (suppression des sites d'eaux stagnantes et utilisation de larvicides par les agents communaux), ainsi que la lutte par insecticide à Tahiti et Moorea (126). Récemment, l'Institut Louis Malardé, en collaboration avec l'Université d'Oxford, a expérimenté la technique de l'insecte stérile sur l'atoll de Tetiaroa. Permettant de contrôler les populations de moustiques de type *Aedes polynesiensis*, vecteurs de maladies, et d'apporter une solution durable pour l'environnement en évitant le recours aux insecticides, cette stratégie de lutte anti vectorielle innovante montre des résultats prometteurs prochainement transposables à la Pf, voire aux autres pays du monde (147).

3.4.3. Les pathologies liées aux toxines marines et produits de la mer

L'intoxication de type ciguatéra est l'une des causes majeures, voire exclusive, d'intoxications par les poissons en Pf. Elle est due à la consommation de poissons récifaux et de bénitiers contaminés par une micro algue du genre *Gambierdiscus*, qui synthétise des ciguatoxines très puissantes s'accumulant dans les muscles, tête et viscères de ces poissons. L'intoxication se caractérise par un syndrome polymorphe très étendu : signes digestifs (diarrhée, nausées, vomissements), neurologiques (paresthésies, dysesthésie spécifique de cette pathologie), cardiovasculaires (bradycardie, hypotension), se manifestant 2 à 30 heures après ingestion et qui durent jusqu'à plusieurs semaines. Malgré des troubles importants, le taux de mortalité reste très faible (<0,1%) (126).

La Pacifique Sud est la région la plus touchée par cette intoxication. 348 cas ont été recensés en Pf en 2018 par le Réseau de Surveillance de la Ciguatéra. Son incidence a tendance à diminuer depuis quelques années, mais cette baisse serait plutôt attribuable à un taux important de sous déclaration (estimé à 42%) qui amènerait la Pf à un seuil

considéré comme préoccupant par l'OMS. La ciguatéra fait pourtant partie des toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) dont la déclaration auprès de l'Institut Louis Malardé est obligatoire (148).

4. Les spécificités de l'exercice officinal en Polynésie française

4.1. Le conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française

Les fondements de la profession de pharmacien ont d'abord été institués par la *Loi n°54-418 du 15 avril 1954 étendant aux territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun certaines dispositions de la santé publique relatives à l'exercice de la pharmacie*, permettant de rendre applicable sur le territoire de Pf certaines dispositions du code de la santé publique. Une trentaine d'années plus tard, par la *délibération n°88-153 du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie*, la profession de pharmacien est rattachée à la section F du Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) en charge de l'exercice dans les territoires d'outre-mer. Cette section qui représentait les pharmaciens des territoires d'outre-mer, a depuis disparu. Enfin en 2003, le Pays, jouissant du statut d'autonomie, crée par la *délibération n°2003-149 APF du 9 septembre 2003* le Conseil de l'ordre des pharmaciens de Polynésie française (COPPF).

L'ordre des pharmaciens de Polynésie française est composé d'un conseil et d'une chambre de discipline, et rassemble quatre branches professionnelles :

- Les pharmaciens titulaires d'une officine.
- Les pharmaciens qui exercent au sein d'établissements fabricant, important, exportant, ou distribuant en gros des produits du monopole pharmaceutique.
- Les pharmaciens hospitaliers ou exerçant en PUI.
- Les pharmaciens adjoints, remplaçants ou salariés ne faisant pas partie des autres branches professionnelles.

Le conseil, ou COPPF, est composé de neuf membres : quatre pharmaciens titulaires, un pharmacien grossiste, un pharmacien hospitalier ou de PUI, un pharmacien biologiste et deux pharmaciens adjoints ou remplaçants (*annexe 11*). Ces membres doivent être inscrits au tableau du COPPF, doivent justifier de cinq années d'exercice comme pharmacien en Pf et sont élus pour quatre ans par les pharmaciens inscrits au tableau de la même branche professionnelle. Le COPPF élit ensuite parmi ses membres un bureau, renouvelé tous les deux ans, et composé d'un président, d'un vice-président et d'un trésorier (149). Le président du COPPF est chargé de représenter le conseil dans tous les actes de la vie civile. Le conseil de l'ordre participe aux actions de santé publique, représente la profession auprès des pouvoirs publics, et assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Son rôle est également de veiller à l'observation des devoirs de ses membres, et des règles édictées par le code de déontologie.

Le COPPF ne possédait auparavant aucun pouvoir de sanctions, hormis un rappel à l'ordre, envers les pharmaciens coupables de manquements au code de déontologie. Ce n'est qu'en 2017 et la promulgation du *décret du 10 mai 2017 relatif aux modalités*

d'élection des chambres de discipline de l'ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, que le COPPF se voit doté d'une chambre de discipline. Le président du tribunal administratif de Pf désigne à cette chambre un président, également membre en fonction du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel de Pf. La chambre est composée de six membres titulaires et autant de membres suppléants (*annexe 12*). Seuls sont élus, pour une durée de six ans, par l'assemblée générale des pharmaciens inscrits à l'ordre, les pharmaciens de nationalité française exerçant la pharmacie et étant inscrits à l'ordre depuis au moins cinq ans, à l'exclusion des membres du bureau du COPF. La chambre de discipline est en charge du règlement des litiges internes à la profession. Les infractions au code de déontologie relèvent de cette chambre disciplinaire où quatre peines peuvent être prononcées : l'avertissement, le blâme avec inscription au dossier, l'interdiction pour une durée maximale de cinq ans d'exercer la pharmacie, voire l'interdiction définitive (150).

Tout pharmacien désireux d'exercer son art en Pf, qu'il soit inscrit au tableau du CNOP, à celui de l'ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie, ou qu'il soit étudiant en pharmacie avec certificat de remplacement, a pour devoir de s'inscrire au tableau du COPPF dans un délai imparti de quatre à douze mois. Cette inscription obligatoire au tableau du COPPF rend licite l'exercice de la profession de pharmacien en Pf. Un pharmacien ayant des activités pharmaceutiques différentes peut s'inscrire au tableau du COPPF pour chacune des branches professionnelles dans lesquelles il exerce.

4.2. Les syndicats

Peu de données en ligne existent concernant les syndicats en Pf. Seule m'a été possible de retrouver l'existence de deux syndicats de pharmaciens (39):

- Le Syndicat des pharmaciens des îles et de Tahiti (SPIT).
- Le Syndicat des pharmaciens de Polynésie française (SPPF).

4.3. L'approvisionnement en médicaments et autres produits de santé

4.3.1. Les conditions d'importation

La totalité des médicaments qui sont mis sur le marché en Pf sont importés. Les médicaments d'origine métropolitaine disposant d'une AMM en Pf peuvent être librement importés. En revanche, les médicaments hors Union européenne n'ayant pas d'équivalent dans la pharmacopée française peuvent être importés selon des dispositions spéciales : une autorisation d'importation faisant suite à une demande d'importation doit être

préalablement accordée par le directeur du service de santé après avis de l'inspecteur des pharmacies. Seuls certains acteurs sont autorisés à importer des médicaments à usage humain (151):

- Le service de la santé publique du territoire.
- L'Institut Louis Malardé.
- Les importateurs et herboristes agréés mettant à la disposition du public des produits médicamenteux de la pharmacopée traditionnelle chinoise et autres spécialités asiatiques.
- Les chirurgiens-dentistes dans le cadre de l'exercice de l'art dentaire et uniquement pour leur usage en cabinet.
- Les pharmaciens d'officine.
- Les pharmaciens des PUI.
- Les pharmaciens grossistes.

Une fois importés, d'autres acteurs se partagent ensuite le marché de la distribution du médicament sur le territoire.

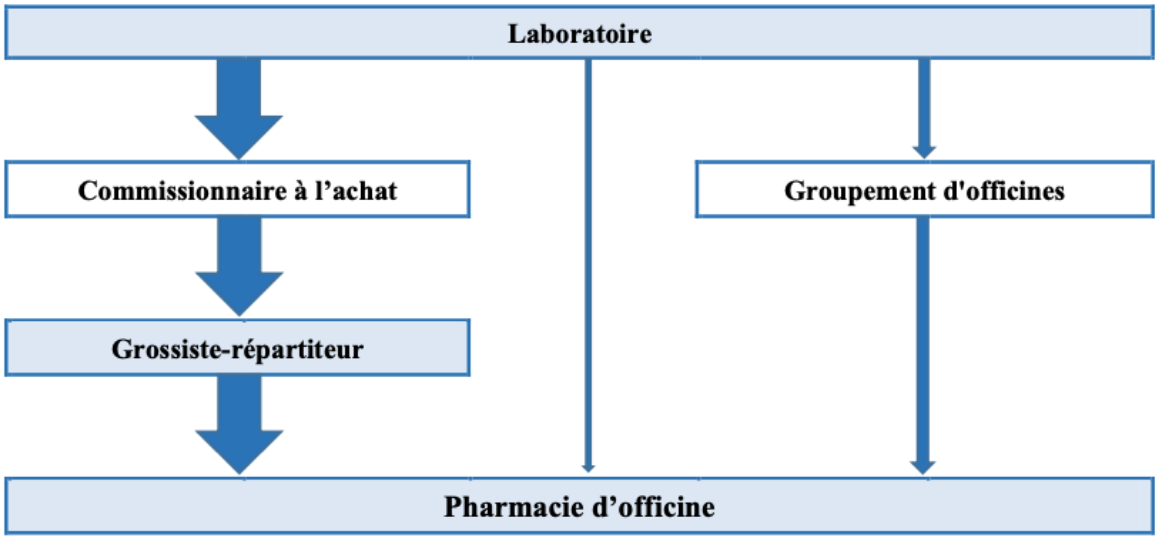


Figure 30 La chaîne de distribution du médicament en Polynésie française, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

4.3.2. Les laboratoires pharmaceutiques

Les laboratoires pharmaceutiques n'exercent aucune activité sur le territoire. En revanche, les médicaments dispensés en ville, qu'ils soient princeps ou génériques, proviennent uniquement des laboratoires pharmaceutiques installés en France métropolitaine. Cette provenance française exclusive permet de sécuriser le circuit de distribution du médicament en Pf, l'intégralité des médicaments acheminés ayant obtenu une AMM en France (39).

4.3.3. Les grossistes-répartiteurs

En Pf, ce sont presque exclusivement les grossistes-répartiteurs qui importent les médicaments remboursables, et dans une moindre mesure les médicaments non remboursables, sur le territoire. Selon l'ISPF, en 2014, 87% de l'activité de commerce de gros de produits pharmaceutiques étaient réalisés par les grossistes-répartiteurs.

Trois grossistes-répartiteurs se partagent ainsi le marché de la distribution du médicament en Pf :

- *Tahiti Pharm*, en activité depuis 1975, est détenu par le groupe Eurapharm (90,7% du capital) et 24 pharmaciens d'officine. Située à Faa'a, il emploie 25 salariés et dispose de 2 000 m² de stockage.
- *Médipac*, présidé par la famille Leroux depuis sa création en 1979, est également détenu par le groupe Eurapharm (11,4%) et un certain nombre de pharmaciens d'officine. La société se situe à Punaauia, elle emploie 28 salariés et exerce son activité sur 2 700 m².
- *Cerpol*, centre d'exploitation et de répartition polynésien, créé en 2002 et détenu à 98% par la SAS Mex, elle-même détenue par le groupe SA Cerp Bretagne Atlantique, emploie 12 salariés et dispose d'une surface de 1 000 m² à Punaauia.

Le nombre de grossistes-répartiteurs semble toutefois élevé par rapport à la taille du marché officinal, en comparaison aux autres départements et territoires d'outre-mer.

	Nombre d'officines	Nombre de répartiteurs	Nombre d'officines par répartiteur
Guadeloupe	162	2	81
Guyane	49	2	24,5
Martinique	144	2	72
Mayotte	20	1	20
Réunion	248	3	82,7
Nouvelle-Calédonie	66	2	33
Polynésie française	43	3	14,3

Figure 31 Les grossistes-répartiteurs en outre-mer, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

Les grossistes répartiteurs ont systématiquement recourt pour leurs approvisionnements aux services d'un commissionnaire à l'achat qui traite directement avec les laboratoires pharmaceutiques. Ce commissionnaire à l'achat assure le groupage en métropole puis l'expédition des produits pharmaceutiques destinés à être distribués par les grossistes-répartiteurs en Pf, il n'est en aucun cas propriétaire des médicaments. Les produits de santé sont transportés par voie maritime ou aérienne, selon le type de médicament, le poids, le volume, la valeur, et l'urgence de l'approvisionnement. D'après les grossistes, 60% des produits (en valeur) arriveraient par fret maritime et 40% par fret aérien. Le commissionnaire à l'achat peut appartenir au même groupe que le grossiste (celui de Cerpol est son actionnaire principal SAS Mex), ou être commun à plusieurs

grossistes (la plateforme d'approvisionnement Continental Pharmaceutique dessert les grossistes Tahiti Pharm et Médipac) (37).

A l'inverse de la métropole où la réglementation et les obligations des grossistes-répartiteurs sont strictes, celles de Pf prévoient seulement que « *les grossistes-répartiteurs doivent posséder un stock de médicaments suffisant pour assurer l'approvisionnement des officines intéressées* » (152). Cependant, leurs nombreuses contraintes, liées notamment à la dispersion géographique des territoires et à l'éloignement du marché émetteur métropolitain, apparaissent bien plus élevées qu'en France. En pratique, la fréquence de livraison va jusqu'à 4 fois par jour pour la zone urbaine de Tahiti, de manière biquotidienne ou quotidienne pour les pharmacies plus éloignées. Les grossistes-répartiteurs disposent d'un stock au moins égal à trois mois d'activité (alors qu'il est requis un stock de deux semaines en métropole), sans compter celui en cours d'acheminement par voie maritime pouvant représenter plus d'un mois de provisions. Egalement, tous les grossistes-répartiteurs livrent sur l'ensemble du territoire de Pf, il n'y a pas de zonage ou de spécialisation géographique de leur activité. La livraison des médicaments dans les îles s'effectue par voie aérienne ou maritime et est à la charge du grossiste. Le fret aérien, plus coûteux, présente l'avantage d'être plus rapide et de fréquence plus importante, il est également inévitable s'il s'agit d'un médicament réfrigéré ou d'urgence (37).

4.3.4. Les groupements d'intérêt économique

Depuis les années 2010, un nouvel acteur dans le secteur de la distribution pharmaceutique est apparu en Pf, les groupements d'intérêt économique (GIE), entrainant des effets sur l'animation concurrentiel de ce marché. En 2017, 32 pharmacies sur 43 appartenaient à un GIE, soit environ 75% des officines de Pf (contre 70% des officines métropolitaines selon une étude Xerfi de 2012). Au total, on dénombre cinq GIE de pharmacie sur le territoire :

- *Raau center*, groupement local créé en 2010. En juin 2019, ce groupement choisit de s'associer au réseau *Pharmacie Lafayette* en transformant quatre de ses neuf officines en Pharmacie Lafayette.
- *Fenua Pharm*, créé en 2015. Ce GIE local est le premier en nombre d'officines adhérentes qui sont situées principalement à Tahiti.
- *Univers Pharmacie*, arrivé de métropole en 2015.
- *Te Ora Success*, créé localement en 2011.
- *Giphar*, qui compte une seule pharmacie, située à Raiatea.

Ces GIE ont le rôle de commissionnaire aux achats, en se livrant, pour le compte de leurs adhérents, à la négociation des prix et à l'achat des médicaments non remboursables et des produits de parapharmacie principalement. Ils endossent également la fonction de centrale d'achat pharmaceutique par le stockage de ces produits avant leur distribution aux officines. Les groupements permettent d'obtenir, par rapport à une officine seule, des taux de remise plus importants auprès des laboratoires pharmaceutiques. Les remises consenties par ces laboratoires viennent en contrepartie de promotions sur les produits

et d'une communication particulière auprès du public. Ainsi, en échange de cette coopération commerciale, les groupements obtiennent une rémunération de la part des laboratoires. Les GIE aident également dans les tâches quotidiennes du pharmacien, à travers l'organisation des équipes, l'agencement des officines, les logiciels de gestion comptable, et confèrent aux officines l'attractivité et la visibilité dont ils disposent. Ces groupements développent une part croissante dans l'achat et la vente des médicaments non remboursables et produits de parapharmacie. D'après *l'Autorité Polynésienne de la Concurrence*, entre 2011 et 2014, la part des grossistes-répartiteurs dans la distribution en gros de produits pharmaceutiques est passée de 96% à 87% suite à l'apparition des GIE en Pf (37).

4.4. Les conditions d'exercice

L'exercice de la pharmacie est régi par la *délibération n°88-153 AT du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie*. Le pharmacien peut exercer sa profession s'il réunit l'ensemble des conditions suivantes (78):

- Etre titulaire : du diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien, ou d'un diplôme équivalent délivré par un des Etats membres de l'UE et figurant sur une liste établie conformément aux obligations communautaires. Le diplôme devra être enregistré auprès du ministère de la santé.
- Etre de nationalité française, andorrane, ressortissant de l'UE ou ressortissant d'un des pays dans lesquels les Français peuvent exercer la pharmacie.
- Etre inscrit à l'ordre des pharmaciens.

Les pharmaciens exerçant leur art en Polynésie et les SEL exploitant une officine de pharmacie doivent obligatoirement être inscrits au tableau du conseil de l'ordre des pharmaciens de Polynésie française. L'inscription à ce tableau rend de fait licite l'exercice de la profession de pharmacien en Pf. L'inscription au tableau de l'ordre national des pharmaciens ou au tableau de l'ordre des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie ne rend licite l'exercice de la profession que pour une durée limitée de 4 mois (149) ; exception faite à l'étudiant en pharmacie ayant validé sa cinquième année d'études et son stage de sixième année et disposant d'un certificat de remplacement délivré par l'instance ordinale, qui dispose d'un délai plus long d'un an (153).

Les pharmaciens détiennent un monopole sur la préparation et la vente de médicaments ainsi qu'un certain nombre d'autres articles (78). D'autres produits ne faisant pas partie du monopole peuvent également être proposés à la vente, à condition d'être présents sur la liste définie dans *l'arrêté n°248 CM du 25 février 2010* modifié par *l'arrêté n°494 CM du 6 mai 2020* (*annexe 13*). Ces articles ne peuvent être vendus qu'à l'intérieur d'une officine. Cependant, la livraison en dehors de l'officine est autorisée sous la forme d'un paquet scellé portant le nom et l'adresse du patient.

Le pharmacien se doit d'exercer sa profession en conformité avec les règles inscrites au code de déontologie. La *délibération n°97-107 APF du 10 juillet 1997*, portant

code de déontologie des pharmaciens, précise les règles relatives notamment au secret professionnel, aux relations des pharmaciens envers leur clientèle, à la publicité, ou les règles de confraternité et de non-concurrence.

4.5. La rémunération du pharmacien

En Pf, la rémunération du pharmacien est exclusivement basée sur la marge des produits vendus. Cette marge se calcule, comme nous l'avons vu précédemment, par la différence entre le PGHT et le PPTTC des produits. Ce taux de marge brut moyen était évalué en 2012 à 39,6%, produits de parapharmacie inclus, soit 12 points de plus que celui des officines en métropole (154).

A la différence de la rémunération française qui tient compte d'un honoraire de dispensation, celle de Polynésie inclut à la place 1€ dans le calcul du prix final du médicament. Cet euro correspond avec exactitude au montant HT de l'honoraire de dispensation introduit en métropole, et a été ajouté pour maintenir la rémunération du pharmacien afin que celle-ci ne soit pas impactée par la baisse du prix du médicament là-bas.

Le calcul du prix des médicaments remboursables intègre également la TVA métropolitaine. Fixée à 2,1% en France, cette dernière n'existe pas en Pf. L'intégration de cette taxe dans le calcul du prix des produits pharmaceutiques amène à se poser la question de sa légitimité, car ce surcoût, qui majore le prix de vente et donc le tarif de remboursement par la CPS, représente une source de rémunération supplémentaire pour le pharmacien puisque non récupérée par le Pays.

Autre source de revenus importante, les médicaments de médication familiale et les produits de parapharmacie, dont le coût est entièrement assumé par les ménages, occupent désormais une place capitale en officine. Selon l'ISPF, entre 2011 et 2015, la part de ces produits dans le CA des pharmacies est passée de 35% à plus de 41%. En plein essor dans les pays développés, le marché du « *selfcare* » connaît en Pf aussi une croissance importante, surtout depuis la dérégulation des prix des médicaments non remboursables le 1er avril 2016. Cette liberté de prix a entrainé a fortiori deux effets : une baisse de leur prix moyen de vente, grâce au développement d'une concurrence accrue entre officines, et une augmentation de la dispersion des prix entre pharmacies. D'après une enquête menée par l'Autorité Polynésienne de la Concurrence entre mars 2016 et mai 2017, le prix moyen d'un panier de 15 références non remboursables aurait baissé de 8%, et l'écart de prix entre la pharmacie la moins chère et celle la plus chère serait passé de 21% à 46% (37). Egalement, l'absence de parapharmacie en Pf contribue à la part importante des produits communément appelés de « parapharmacie » (produits cosmétiques et d'hygiène corporelle, et articles utilisés dans l'hygiène buccodentaire par exemple), ne faisant pourtant pas partie du monopole, dans le CA des officines.

4.6. L'évolution de la profession

Le but de cette dernière partie est de recenser les dispositions, qu'elles aient attrait à l'installation, la rémunération ou l'activité du pharmacien, amenées à faire évoluer la profession en Pf. Les mesures développées plus loin sont extraites de l'*Avis n°2017-A-03 du 6 novembre 2017 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution pharmaceutique*, rendu par l'Autorité Polynésienne de la Concurrence.

4.6.1. L'évolution de l'installation

Comme développé supra (*Cf. 2.3.1.*), la récente *loi du Pays n°2019-29 du 25 octobre 2019* favorise de nouvelles installations et permet la création future de cinq nouvelles officines en Pf. Afin d'élargir leur activité, cette loi offre aussi la possibilité aux titulaires d'ouvrir un local secondaire dans les îles dépourvues de pharmacie. Elle permet également aux adjoints de participer au capital de l'officine dans laquelle ils travaillent, si celle-ci est exploitée par une SEL, en détenant jusqu'à 10% des part de la pharmacie.

Le marché officinal sera donc amené dans les prochains mois à devenir un marché davantage concurrentiel, tout en assurant à une plus grande partie de la population un approvisionnement en médicaments sûr et de qualité.

4.6.2. L'évolution de l'exercice de la profession

4.6.2.1. Dans l'acte de dispensation

L'essor du médicament générique en Pf s'avère plus tardif qu'en France. En métropole, c'est dès 1999 que le droit de substitution, associé à une incitation financière pour le pharmacien, ont été instaurés. La mise en place du tiers-payant contre générique en 2012, durcie par de nouvelles règles de substitution depuis le 1er janvier 2020, ont clairement favorisé la pénétration des génériques sur le marché des médicaments remboursables. En Pf, il a fallu attendre 2003 pour que les pharmaciens soient autorisés à substituer. Ce n'est que depuis 2013, année de mise en place de l'obligation de substitution et de création d'un tarif de responsabilité, que le taux de substitution augmente. La substitution reste encore inférieure à celle de la France métropolitaine (71,2% contre 78,6%) mais la marge de progression du générique en Pf s'avère potentiellement plus importante.

4.6.2.2. Dans la vente de médicaments et produits non remboursables

La vente de médicaments dits de « médication officinale » en accès direct dans la pharmacie, dans un espace dédié à proximité du comptoir, se rencontre déjà depuis plusieurs années dans de nombreux pays. Les pays anglo-saxons s'y sont soumis très tôt, dès la fin des années 1960 ; en France elle n'est effective que depuis 2008 ; et à ce jour cette disposition n'existe pas en Pf. Très développée en Europe, cette distribution n'a pas vocation à se soustraire au rôle de conseil que doit continuer de jouer le pharmacien. Néanmoins, il est clair que le marché pharmaceutique en Pf possède un monopole local très fort, dans lequel les avis des professionnels du secteur au sujet de la vente en accès libre s'avèrent partagés. Cependant, certains pharmaciens semblent favorables à ce changement. Ce dispositif, bénéfique pour le patient, qui permet une meilleure information des prix et une concurrence accrue entre officines, a entrainé suite à son application notamment en France, une baisse des prix des produits concernés. Les GIE en Pf sont alors amenés à devenir des acteurs incontournables dans cet effort de concurrence.

La vente en accès libre de certains produits amène à repenser le monopole officinal en Pf. Ce monopole polynésien apparaît relativement étendu et strict, en comparaison au monopole français. Par exemple, les produits pour lentilles oculaires de contact sont sous monopole partagé avec les opticiens, alors qu'en France ces produits sont sortis du monopole depuis 2014 ; les autotests de grossesse et d'ovulation, et les produits insecticides et acaricides à usage humain sont réservés uniquement à la vente en pharmacie. L'ouverture du monopole officinal en Pf, plus restreint qu'en métropole, suscite un intérêt croissant. Cette ouverture serait envisagée notamment pour les médicaments d'automédication, dont la liste serait établie sous le contrôle de l'ARASS. La présence d'un pharmacien au sein de la structure délivrant ces produits (grande surface) serait tout de même obligatoire.

Pour favoriser l'accessibilité au médicament en Pf, en particulier pour les résidents des îles dépourvues d'officine (soit 24% de la population polynésienne), et pour faciliter la comparaison des prix par le patient, il aurait pu être envisagé de dispenser certains médicaments par voie électronique. En pratique, la mise en place de ce dispositif n'est pas d'actualité. Tout d'abord parce que des dispositions ont été prises pour pallier le manque de pharmacies : établissements publics de soins primaires, dépôts restreints de médicaments, médecins pro pharmaciens, voire infirmiers pro pharmaciens, assurent un accès minimal aux spécialités les plus fréquentes. Ensuite, la vente en ligne de certains médicaments se heurte inévitablement au problème de transport, qu'il soit aérien ou maritime, que rencontrent aussi les officines lorsqu'elles assurent la livraison sur commande dans les îles. En effet, il est bon de rappeler qu'en Pf les pharmacies sont autorisées à dispenser et à livrer, pour les patients résidents dans une île ne disposant pas de pharmacie, jusqu'à trois mois de traitement. Néanmoins, ce problème de transport pourrait être un jour solutionné, le Vanuatu ayant expérimenté avec succès en décembre 2018 la livraison de vaccins par drone dans une de ses îles reculées (155). Enfin, la vente en ligne nécessite une connexion internet. Pourtant, les personnes dans le besoin de médicaments sont aussi celles qui disposent d'un accès limité à internet. De ce fait, au vu de ces nombreuses alternatives, et face aux réticences exprimées par les professionnels

et les institutions, la vente en ligne de certains médicaments ne constitue pas à ce jour une évolution prioritaire de l'exercice de la profession.

4.6.2.3. Dans les nouvelles missions du pharmacien

La création de nouvelles missions attribuées au pharmacien d'officine s'inscrit dans un mouvement mondial de modernisation de la profession. Ces nouvelles missions ont pour vocation à renforcer la légitimé du pharmacien comme profession de santé et à améliorer l'accès de la population aux médicaments et aux soins.

Avec une prévalence élevée des maladies chroniques dans la population (70% d'obésité et de surpoids, 20% de diabète, 24,5% d'hypertendus), les pharmaciens de Pf pourraient réaliser des bilans partagés de médication, comme c'est le cas depuis janvier 2018 en France. Ces bilans pourraient être soumis à prescription médicale, et prendraient la forme d'un entretien avec le patient dans l'espace de confidentialité de la pharmacie, une à deux fois par an. Ce serait alors l'occasion que le pharmacien apporte son expertise en matière de médicament, à travers une analyse critique de l'ordonnance, qu'il transmettrait ensuite, non pas au patient, mais au médecin. Ainsi, ces bilans partagés de médication présentent deux objectifs principaux : développer le dialogue interprofessionnel entre médecins et pharmaciens d'officine, et rationnaliser la consommation de médicaments dans le Pays.

Pour accompagner plus étroitement le patient souffrant de maladies chroniques, des bilans pharmaceutiques conduits par le pharmacien pourraient être mis en place avant le renouvellement d'une prescription. Ces entretiens d'accompagnement seraient l'occasion pour le pharmacien de fournir des explications sur la nature des prescriptions, de promouvoir l'observance du traitement, et de délivrer des conseils hygiéno-diététiques adaptés à la pathologie. Cependant, ils ne pourraient être menés sans une formation adaptée des pharmaciens d'officine.

Compte tenu du nombre important de malades chroniques qui s'ignorent, surtout en Pf, les pharmaciens d'officine pourraient mettre en place des tests de pré-dépistage pour orienter si nécessaire le patient vers un médecin généraliste, ces patients qui s'ignorent étant aussi ceux susceptibles de fréquenter plus régulièrement les officines que les cabinets de médecine. Remboursés en totalité par la CPS, ces tests de pré-dépistages réalisés tout au long de l'année viendraient en renfort des actions ponctuelles de dépistage gratuit organisées par la direction de la santé. Grâce à l'augmentation des prises en charge précoces qui en découleraient, cette nouvelle mission permettrait à la collectivité de réaliser d'importantes économies.

Enfin, alors que la vaccination en officine contre la grippe saisonnière a été généralisée à toute la France (DOM inclus) en 2019, cette disposition n'existe toujours pas en Pf. La vaccination y est prise en charge intégralement dans les structures publiques, cependant, celle réalisée dans les structures privées est payante et leurs vaccins ne sont pas remboursés. Pour compléter cette prise en charge relative, le pharmacien d'officine pourrait alors se charger d'effectuer le suivi vaccinal et réaliser certaines vaccinations

pour les personnes qu'il accueille dans son officine au cours de l'année. Le pharmacien disposerait ainsi d'un moyen important pour accroitre la couverture vaccinale de la population et améliorer la réactivité en cas d'épidémie.

4.6.3. L'évolution de la rémunération du pharmacien

4.6.3.1. Modification de la formule de calcul du prix des médicaments

La modification de la formule de calcul du prix des médicaments passe d'abord par le changement de celle des prix de gros. Celle-ci conduirait à supprimer le coefficient multiplicateur (157,07) et à le remplacer par un taux de marge brut dégressif suivant plusieurs niveaux de PFHT.

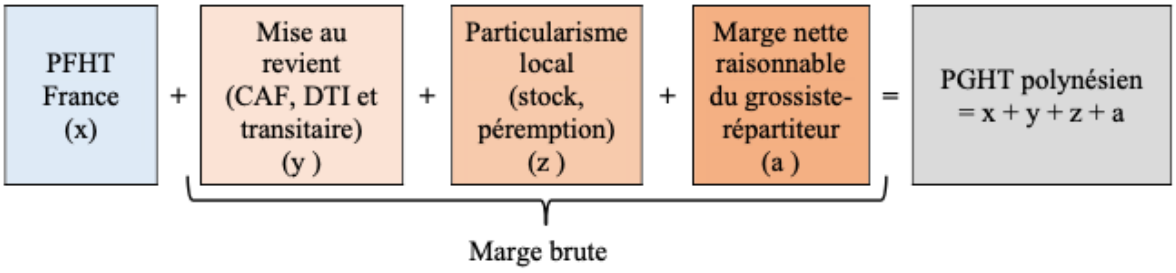


Figure 32 Evolution de la structure du prix maximum de gros polynésien du médicament, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

La révision des prix de détail des médicaments s'effectuerait ensuite selon la même base de calcul que pour les prix de gros, c'est à dire la fixation d'un taux de marge brute qui inclurait au minimum la marge nette et les coûts inhérent à l'officine (stockage des médicaments, fonctionnement de l'officine). Egalement, le PPTTC ne se baserait plus sur le PPTTC métropolitain, mais sur le PGHT polynésien. Cela permettrait une baisse immédiate de 2,1% du prix de vente au détail des médicaments (correspondant à la TVA métropolitaine), soit des économies pour la CPS, et introduirait plus de transparence dans la régulation du secteur. La marge brute s'avèrerait également dégressive suivant le niveau du PFHT.

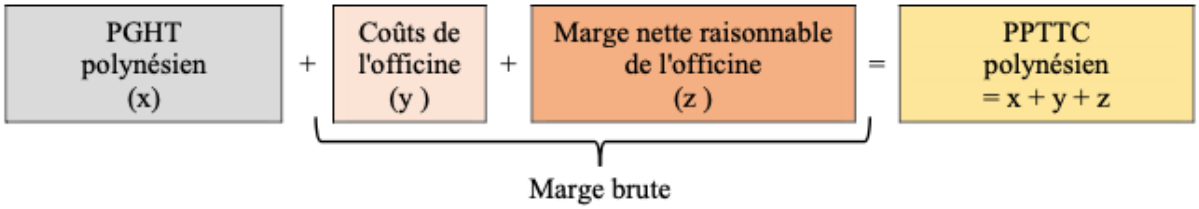


Figure 33 Evolution de la structure du prix maximum de détail polynésien du médicament, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

4.6.3.2. Développement de la part des médicaments et produits non remboursables

Comme nous l'avons vu précédemment, l'activité officinale repose de plus en plus sur la vente des médicaments non remboursables et des produits « frontières ». Selon l'étude de 15 références, le taux de marge brute s'élevait à un niveau record de 71%. Cette catégorie de produits représente désormais une source de revenus importante pour les pharmacies. D'autres produits ne faisant pas partie du monopole et communément appelés produits de « parapharmacie » (produits cosmétiques et d'hygiène corporelle, et articles utilisés dans l'hygiène buccodentaire par exemple) s'avèrent être également une source de revenus non négligeable, surtout qu'il n'existe pas de parapharmacie en Pf. De nombreux acteurs du secteur ont d'ores et déjà investi dans le domaine avec l'arrivée récente du GIE Pharmacie Lafayette.

Cependant, ce nouveau plan de vente, ainsi que la nouvelle formule de calcul du prix des médicaments remboursables énoncée plus haut, pourraient s'accompagner d'une perte de rémunération pour les pharmaciens. La diversification du pharmacien d'officine permettrait alors d'introduire un nouveau modèle de rémunération indépendant du prix du médicament.

4.6.3.3. Rémunération des nouvelles missions

La plupart des professionnels de santé sont rémunérés à l'honoraire, à l'exception du pharmacien dont la rémunération est actuellement basée sur le modèle du commerçant, c'est à dire une rémunération basée sur la marge des médicaments qu'il délivre. Ce type de rémunération n'a de sens que lorsqu'on vend des produits. Or, la profession tend désormais à s'orienter vers l'offre de nouveaux services. La rémunération du pharmacien serait alors bâtie sur trois piliers :

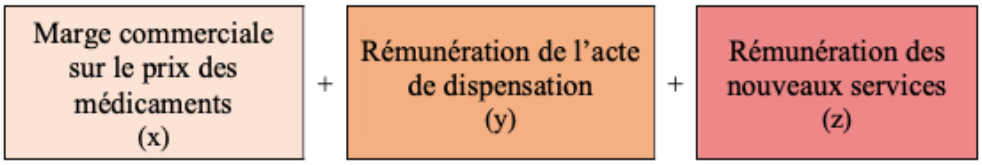


Figure 34 Evolution de la rémunération finale du pharmacien, Autorité Polynésienne de la Concurrence, 2017

Comme cela est déjà le cas en France et dans certains pays européens, le pharmacien pourrait être rémunéré pour l'acte de dispensation du médicament prescrit. Cet honoraire de dispensation prendrait en compte les coûts induits par la délivrance (stockage des médicaments, analyse pharmaceutique, conseil associé à l'ordonnance…) et serait relatif à l'ordonnance traitée et non aux conditionnements délivrés.

Le développement de nouvelles missions du pharmacien serait également l'occasion de solliciter une nouvelle source de revenus. Les actions de prévention qui lui seraient attribuées (pré-dépistage, vaccination, entretiens) permettraient d'effectuer d'importantes économies pour la collectivité, grâce aux prises en charge précoces des patients entreprises suite à son intervention. Ces économies réalisées pourraient alors être redistribuées aux pharmaciens. La rémunération de ces nouvelles missions devrait se faire sous la forme d'un honoraire à l'acte dont le montant serait inférieur à celui d'une consultation médicale, et pris en charge intégralement par la CPS.

Enfin, un quatrième pilier pourrait être ajouté à la formule de rémunération finale, celui d'un dispositif d'incitation financière à la réalisation d'objectifs de substitution. Appelée « rémunération sur objectifs de santé publique », cette disposition a été introduite en France en 2012 pour inciter financièrement les officines à maximiser le taux de substitution en pharmacie, elle a permis aux pharmaciens de recevoir en 2016 environ 5 500€.

Conclusion

L'exercice de la Pharmacie sur ce territoire se heurte actuellement à ses propres problèmes de santé publique.

Comme nous l'avons vu, l'accès aux soins, tant médicaux que pharmaceutiques, n'est pas égal pour l'ensemble des polynésiens. Et lorsque les officines ne sont pas en mesure de jouer leur rôle, du fait des fortes contraintes géographiques, d'autres acteurs prennent le relais, des médecins ou infirmiers propharmaciens, aux dépôts restreints de médicaments, au détriment parfois de la sécurité de la dispensation.

Il y a quelques mois, la *loi du Pays n°2019-29 du 25 octobre 2019 modifiant les conditions de création des officines de pharmacie et certaines dispositions relatives à l'exercice de la pharmacie* a été promulguée. Cette loi adapte les quotas d'officines aux contraintes territoriales, et autorise la création de cinq pharmacies et l'implantation de locaux secondaires dans les communes dépourvues d'officines. Inédits en Polynésie française et en France, ces nouveaux types de locaux doivent permettre aux populations des archipels éloignés un accès plus sécurisé aux médicaments et un recours plus facile à un professionnel de santé.

Cependant, outre l'inégal accès aux soins, l'enjeu sanitaire majeur en Polynésie française est la maitrise des maladies non transmissibles liées aux comportements à risque. La prévalence importante et toujours croissante du surpoids et de l'obésité, associée fréquemment à d'autres pathologies chroniques comme le diabète, l'hypertension artérielle ou le cancer, a amené le Pays à développer des plans et des programmes de prévention et de prise en charge. Cependant, peu, voire aucune mission attribuable au pharmacien ne ressort de ces travaux.

Sur la base de ce qui existe dans d'autres pays, et en accord avec les enjeux sanitaires du territoire, l'Autorité Polynésienne de la Concurrence a proposé, dans son *Avis n°2017-A-03 du 6 novembre 2017 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution pharmaceutique*, l'attribution de nouvelles missions aux pharmaciens. Ces nouvelles tâches, sources de rémunération potentielles, complétant l'offre de soins existante, pour permettre une prise en charge personnalisée des patients, renforceraient le rôle du pharmacien d'officine en Polynésie française, dont l'exercice a tendance à s'éloigner de celui du pharmacien français pour lequel davantage de missions lui sont réservées (entretiens thérapeutiques, bilans de médication, vaccination antigrippale…).

Ainsi, l'attribution de nouvelles missions pourrait être également l'occasion de mener une réflexion sur la mise en place d'une démarche qualité au sein des officines polynésiennes. Nous savons à quel point l'expertise du pharmacien est précieuse, tant dans la délivrance des médicaments, que dans le conseil dispensé au patient. Cependant, la qualité de ces actions semble variable selon les officines. La mise en place d'une démarche qualité, par la certification des pharmacies ou l'élaboration d'un « guide des bonnes pratiques de dispensation », contribuerait alors à l'efficience de ces nouvelles missions, à la faveur de la confiance du patient envers son pharmacien.

Bibliographie

1. Institut d'Emission d'Outre Mer. Rapport d'activité 2018 de la Polynésie française [Internet]. Paris; 2018 [cité 26 déc 2019]. Report No.: Edition 2019. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/pdf/ra2018_polyne_sie_f.pdf
2. Dagorn C, Mejane J, Paulot J-M, Vachey L. Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française Annexes Tome II. Autorité Polynésienne de la Concurrence; 2019 avr. Report No.: 2018-104R.
3. Le contexte | limitesmaritimes.gouv.fr [Internet]. [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: https://limitesmaritimes.gouv.fr/pour-en-savoir-plus/le-contexte
4. Institut de la statistique de la Polynésie Française. La Polynésie Française en bref 2018 [Internet]. 2019 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: http://www.ispf.pf/docs/default-source/publi-pr/polybref-2018.pdf?sfvrsn=4
5. Polynésie française - Géographie [Internet]. Service d'Information du Gouvernement. 2016 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: http://www.outre-mer.gouv.fr/polynesie-francaise-geographie
6. Inscription des Marquises à l'Unesco : la deuxième étape en cours • TNTV Tahiti Nui Télévision [Internet]. TNTV Tahiti Nui Télévision. 2019 [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: https://www.tntv.pf/tntvnews/polynesie/culture/inscription-des-marquises-a-lunesco-la-deuxieme-etape-en-cours/
7. Baquey C, Parsékian S, Evrard P. Les îles australes, cet archipel méconnu de Polynésie française (DECRYPTAGE) [Internet]. Décryptage outre-mer. France O la 1ère; 2017 [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: https://la1ere.francetvinfo.fr/iles-australes-cet-archipel-meconnu-polynesie-francaise-decryptage-477187.html
8. Guillemot C. Polynésie : les îles Gambier, perles mystérieuses du Pacifique [Internet]. Geo.fr. 2018 [cité 27 déc 2019]. Disponible sur: https://www.geo.fr/voyage/video-les-gambier-perles-mysterieuses-du-pacifique-188949
9. Merceron F. Dynamiques démographiques contemporaines de la Polynésie française : héritage colonial, pluri-ethnisme et macrocéphalie urbaine. Cah D'Outre-Mer Rev Géographie Bordx. 1 avr 2005;58(230):233-40.
10. Torterat J, Bolduc M. Le recensement de la population en Polynésie française en 2017 [Internet]. Papeete: ISPF; 2018 nov [cité 27 déc 2019] p. 12. (Points forts). Report No.: 7. Disponible sur: http://www.ispf.pf/docs/default-source/publi-pf-bilans-et-etudes/pf-etudes-7-2018-rp-2017.pdf?sfvrsn=8
11. Polynésie française - Histoire [Internet]. Service d'Information du Gouvernement. 2016 [cité 13 déc 2019]. Disponible sur: http://www.outre-mer.gouv.fr/polynesie-francaise-histoire
12. Histoire de la Polynésie française [Internet]. [cité 14 déc 2019]. Disponible sur: http://www.continent-oceanien.com/polynesie/histoire.html
13. Droits et libertés des communes de Polynésie française : de l'illusion à la réalité [Internet]. [cité 21 déc 2019]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/r08-130/r08-1302.html
14. Autonomie et répartition des compétences / Partenariat État / Polynésie française / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État en Polynesie française [Internet]. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Politiques-publiques/Partenariat-Etat-Polynesie-francaise/Autonomie-et-repartition-des-competences
15. Loi organique n°96-312 du 12 avril 1996 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.
16. Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.
17. LOI organique n° 2007-1719 du 7 décembre 2007 tendant à renforcer la stabilité des

institutions et la transparence de la vie politique en Polynésie française.
18. admin. Les institutions [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: https://www.presidence.pf/les-institutions/
19. Présidence de la Polynésie française / Institutions et élus locaux / Partenariat État / Polynésie française / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État en Polynesie française [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Politiques-publiques/Partenariat-Etat-Polynesie-francaise/Institutions-et-elus-locaux/Presidence-de-la-Polynesie-francaise
20. APF / Institutions et élus locaux / Partenariat État / Polynésie française / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État en Polynesie française [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Politiques-publiques/Partenariat-Etat-Polynesie-francaise/Institutions-et-elus-locaux/APF
21. Stasi P. Le CESC se met au vert et devient le CESEC [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Le-CESC-se-met-au-vert-et-devient-le-CESEC_a183678.html
22. Présentation du CESEC [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: http://www.cesc.pf/index.php/presentation_du_cesc
23. CESEC / Institutions et élus locaux / Partenariat État / Polynésie française / Politiques publiques / Accueil - Les services de l'État en Polynesie française [Internet]. [cité 29 déc 2019]. Disponible sur: http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Politiques-publiques/Partenariat-Etat-Polynesie-francaise/Institutions-et-elus-locaux/CESEC
24. Loi n°84-820 du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Polynésie française. 84-820 sept 6, 1984.
25. Le Quéré A. Savez-vous depuis quand existe le drapeau polynésien ? [Internet]. Le plus de l'info. Polynésie 1ère; 2016. Disponible sur: https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/emissions-radio/le-plus-de-l-info/savez-vous-quand-existe-drapeau-polynesien-02122016-422747.html
26. COM D. Le drapeau de la Polynésie Française | DROM-COM [Internet]. DROM COM. [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: https://www.drom-com.fr/categories/presentation-generale-11314/articles/le-drapeau-de-la-polynesie-francaise-166.htm
27. De Sèze N, Ratafika B, Camus J-C, Lechevalier M-A. L'histoire du franc pacifique [Internet]. IEOM; 2014 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: https://www.ieom.fr/IMG/pdf/livre_ieom_f_cfp_10.2014_-_optimise_web_version_complete.pdf
28. Polynésie française - Economie [Internet]. Service d'Information du Gouvernement. 2016 [cité 30 déc 2019]. Disponible sur: http://www.outre-mer.gouv.fr/polynesie-francaise-economie
29. cerom-comptes-rapides-2018.pdf.
30. Institut de la statistique de Polynésie française [Internet]. [cité 17 déc 2019]. Disponible sur: http://www.ispf.pf/
31. Venayre F, Bambridge T, Vucher-Visin J. Les défis sociaux de la Polynésie française. :30.
32. ISPF. Points conjoncture de la Polynésie française, Commerce extérieur, mai 2019. mai 2019;
33. Emploi, chômage et population active en 2017 - Ministère du Travail [Internet]. [cité 31 déc 2019]. Disponible sur: https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/etudes-et-syntheses/dares-analyses-dares-indicateurs-dares-resultats/article/emploi-chomage-et-population-active-en-2017
34. Point de situation relatif aux transports aériens internationaux de touristes et de résidents / 2020 / Communiqués de presse / Actualités / Accueil - Les services de l'État en Polynesie

française [Internet]. [cité 12 mai 2020]. Disponible sur: http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Actualites/Communiques-de-presse/2020/Point-de-situation-relatif-aux-transports-aeriens-internationaux-de-touristes-et-de-residents
35. Loi du Pays n°2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables. janv 14, 2013.
36. Arrêté n°408 CM du 12 mars 2018 portant modification de l'arrêté n°332 CM du 27 février 2014 modifié fixant la liste des produits et prestations remboursables, leur tarif de responsabilité et leur prix maximum de vente. mars 20, 2018.
37. Autorité Polynésienne de la Concurrence. Avis n° 2017-A-03 du 6 novembre 2017 relatif au fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution pharmaceutique [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: file:///Users/Marine/Downloads/Avis-n-2017-A-03-du-6-novembre-2017-1.pdf
38. Arrêté n°460 CM du 21 octobre 2004. déc 3, 2004.
39. Autorité Polynésienne de la Concurrence. Document de consultation publique du service d'instruction sur le fonctionnement de la concurrence dans le secteur de la distribution du médicament en Polynésie française [Internet]. Papeete: Autorité Polynésienne de la Concurrence; 2016 [cité 5 janv 2020]. Report No.: 2016-DAA-03. Disponible sur: https://www.autorite-concurrence.pf/wp-content/uploads/2017/06/Document-de-consultation-publique.pdf
40. Faatau L, Perez A. Rapport sur le projet de loi du Pays portant modification du code des impôts. 2019 mars. Report No.: 30-2019.
41. Arrêté n°311 du 23 mars 2016 portant modification de l'arrêté n°1784 CM du 31 décembre 2001 modifié réglementant les prix de vente des produits pharmaceutiques. avr 1, 2016.
42. Arrêté n°543 CM du 22 avril 2013 modifiant l'arrêté n°1784 CM du 31 décembre 2001 modifié réglementant les prix de vente au public des produits pharmaceutiques. mai 2, 2013.
43. Arrêté n°2402 CM du 28 octobre 2019 modifiant l'arrêté n°1784 CM du 31 décembre 2001 réglementant les prix de vente des produits pharmaceutiques et l'arrêté n°1436 CM du 10 septembre 2015 portant gel des prix maximum de vente au consommateur final des spécialités pharmaceutiques remboursées aux assurés sociaux. nov 5, 2019.
44. Conseil des ministres du 23 octobre 2019 [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 4 avr 2020]. Disponible sur: https://www.presidence.pf/conseil_ministres/conseil-des-ministres-du-23-octobre-2019/
45. Perdrix C. Le gouvernement recule sur la baisse du prix des médicaments [Internet]. Radio1 Tahiti. 2019 [cité 3 avr 2020]. Disponible sur: https://www.radio1.pf/le-gouvernement-recule-sur-la-baisse-du-prix-des-medicaments/
46. Loi du Pays n°2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables. janv 14, 2013.
47. Caisse de Prévoyance Sociale | Te Fare Turuutaa [Internet]. [cité 3 oct 2019]. Disponible sur: http://www.cps.pf/
48. Arrêté n°1784 CM du 31 décembre 2001 réglementant les prix de vente au public des produits pharmaceutiques. janv 10, 2002.
49. Caisse de prévoyance sociale. Chiffres clés de la protection sociale généralisée en 2018 [Internet]. 2019 [cité 7 janv 2020]; Papeete. Disponible sur: http://www.cps.pf/files/chiffres_cleu_cps_2018planchoco.pdf
50. TAHIATA C. Rapport sur le projet de loi du pays relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits et prestations remboursables [Internet]. Assemblée de la Polynésie française; 2011 mars [cité 5 janv 2020]. Report No.: 23-2011. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/attachment/268090/
51. ra2018_polyne_sie_f.pdf.

52. Qu'est-ce qui change pour certains médicaments ? | Caisse de Prévoyance Sociale [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: http://www.cps.pf/presse/communiques/actualite/qu-est-ce-qui-change-pour-certains-medicaments
53. CNMSS. Polynésie française, Protetion sociale des militaires affectés en Polynésie [Internet]. [cité 9 janv 2020]. Disponible sur: https://guide-depart.cnmss.fr/documents/Partenaires/Documents/polynesie-16.pdf
54. Assemblée de Polynésie française. ARRETE n° 2558 CM du 30 décembre 2010 [Internet]. déc 31, 2011. Disponible sur: http://lexpol.cloud.pf/document.php?document=262936&deb=929&fin=930&titre=QXJyw6p0w6kgbsKwIDI1NTggQ00gZHUgMzAvMTIvMjAxMA==
55. Carrère MC. En Polynésie il va falloir développer la complémentaire santé [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 8 janv 2020]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/En-Polynesie-il-va-falloir-developper-la-complementaire-sante_a159437.html
56. Arrêté n°1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS). oct 20, 2017.
57. NENA T. Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale [Internet]. ARASS. [cité 28 avr 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/arass/
58. Gouvernement de la Polyénsie française. Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française [Internet]. 2018 [cité 3 janv 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/06/Sche%CC%81ma-dorganisation-Sanitaire-en-PF-2016-2021-web.pdf
59. Carrère MC. La chimiothérapie enfin possible à l'hôpital de Taravao [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/La-chimiotherapie-enfin-possible-a-l-hopital-de-Taravao_a172491.html
60. Taravao : un centre de dialyse au plus près des patients [Internet]. Polynésie la 1ère. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/taravao/taravao-centre-dialyse-au-plus-pres-patients-734486.html
61. Liste des Professionnels de Santé conventionnés | Caisse de Prévoyance Sociale [Internet]. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: http://www.cps.pf/professionnels-de-sante?field_type_tid=All&field_specialite_longue_tid=All&field_commune_tid=All
62. Lachkar J. Collectivité de la Polynésie Française (politique de la santé) [Internet]. Papeete: Chambre territoriale des comptes; 2019 août p. 72. Report No.: 2019-336. Disponible sur: https://www.ccomptes.fr/system/files/2019-10/PFR20190011.pdf
63. Direction de la santé. Rapport collaboratif de la DSP au rapport annuel de la Présidence du gouvernement destiné à l'APF, Rapport de l'année 2018. 22 mars 2019;44.
64. Insularité - Vers un système de santé plus efficace [Internet]. Polynésie la 1ère. [cité 8 avr 2020]. Disponible sur: https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/insularite-systeme-sante-plus-efficace-719764.html
65. Inauguration d'un mammographe à l'hôpital des Marquises / 2018 / Archives / Actualités / Accueil - Les services de l'État en Polynesie française [Internet]. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Actualites/Archives/2018/Inauguration-d-un-mammographe-a-l-hopital-des-Marquises
66. Scannographie médicale, mammographe et chimiothérapie délocalisée à l'hôpital d'Uturoa [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 9 avr 2020]. Disponible sur: https://www.presidence.pf/le-president-inaugure-un-appareil-de-scannographie-medicale-un-mammographe-et-la-chimiotherapie-delocalisee-a-lhopital-duturoa/
67. Discours du Président Edouard Fritch, Présidence de la Polynésie française lors de

l'ouverture de la réunion des ministres de la santé du Pacifique [Internet]. La Communauté du Pacifique. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.spc.int/fr/actualite/communiques/declarations/2019/08/discours-du-president-edouard-fritch-presidence-de-la
68. Fenua Medex [Internet]. Medex Polynésie. [cité 24 avr 2020]. Disponible sur: https://www.medex.pf/fenua-medex/
69. Ministère du logement, de l'aménagement et de l'urbanisme en charge du numérique, porte-parole du Gouvernement. Plan d'action SMART POLYNESIA, Développement de l'écosystème numérique de Polynésie française 2017-2023. 2017 nov.
70. La télémédecine améliore l'accessibilité aux soins dans les territoires d'outre-mer [Internet]. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://www.techopital.com/la-telemedecine-ameliore-l-accessibilite-aux-soins-dans-les-territoires-d-outre-mer-NS_2870.html
71. Les evasans aériens en hausse de 20%, le centre 15 muscle ses effectifs • TNTV Tahiti Nui Télévision [Internet]. TNTV Tahiti Nui Télévision. 2020 [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: https://www.tntv.pf/tntvnews/polynesie/societe/les-evasans-aeriens-en-hausse-de-20-le-centre-15-muscle-ses-effectifs/
72. Commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi. Rapport sur le projet de loi du Pays relatif à la télémédecine. Assemblée de la Polynésie française; 2017 juin. Report No.: 61-2017.
73. Santé en Polynésie : Le gouvernement local annonce 10 stations de télémédecine dans les îles éloignées - Toute l'actualité des Outre-mer à 360° [Internet]. Toute l'actualité des Outre-mer à 360°. [cité 25 avr 2020]. Disponible sur: http://outremers360.com/societe/sante-en-polynesie-le-gouvernement-local-annonce-10-stations-de-telemedecine-dans-les-iles-eloignees/
74. Theron L, Mervin M. Schéma de prévention et de promotion de la santé de la Polynésie française 2018-2022. 2018.
75. Décret n°55-1122 fixant les modalités d'application de la loi n°54-418 du 15 avril 1954 étandant aux territoires d'outre-mer, au Togo et au Cameroun, certaines dispositions du code de la santé publique relatives à l'exercice de la pharmacie. déc 10, 1955.
76. Arrêté n°1224 PR du 26 octobre 2018 portant autorisation de création de la pharmacie à usage intérieur de la direction de la santé et portant autorisation de gérance de cette pharmacie à usage intérieur. nov 2, 2018.
77. Institut Louis Malardé - Accueil [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: https://www.ilm.pf/
78. Délibération n°88-153 AT du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie. nov 3, 1988.
79. Arrêté n°1550 PR du 18 décembre 2018 portant autorisation de détention d'une dotation composée de médicaments, matériels, produits ou objets mentionnés à l'article 1er-4de la délibération n°88-153 AT du 20 octobre 1988 modifiée relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie, au profit de la société à responsabilité limitée Fenua Medex.
80. Rupp-Terris E. METHODOLOGIE DE PROJET DECEMBRE 2017. 2017;29.
81. Bulletins d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques (BISES) - Bulletins d'informations sanitaires, épidémiologiques et statistiques (BISES) [Internet]. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: http://www.hygiene-publique.gov.pf/spip.php?article126
82. Imbert F. Le taux de mortalité prématurée par département [Internet]. Fédération nationale des observatoires régionaux de santé; 2009 [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: https://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/sites/default/files/documents/R66_taux%20de%20mortalit%C3%A9%20pr%C3%A9matur%C3%A9e_v1901.pdf

83. Sun LYK. Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010 et tendances évolutives de 1984 à 2010. :13.
84. ISPF E. La mortalité infantile est en Polynésie 2,5 fois plus élevée qu'en France [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 28 févr 2020]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/La-mortalite-infantile-est-en-Polynesie-25-fois-plus-elevee-qu-en-France_a93574.html
85. Un changement de législation et de mode de calcul fait gonfler les chiffres de la mortalité infantile en Polynésie [Internet]. [cité 10 avr 2020]. Disponible sur: https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/un-changement-de-legislation-et-de-mode-de-calcul-fait-gonfler-les-chiffres-de-la-mortalite-infantile-en-polynesie_27704067.html
86. Perry-Friedman V. LA POLITIQUE DE SANTE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2016-2025. 2016;14.
87. Paulot J-M, Vachey L. Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. :68.
88. Une vaste enquête lancée pour prévenir les maladies chroniques [Internet]. [cité 5 mars 2020]. Disponible sur: https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/une-vaste-enquete-lancee-pour-prevenir-les-maladies-chroniques_28030837.html
89. Six mois pour sonder l'état de santé des Polynésiens [Internet]. Polynésie la 1ère. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/6-mois-sonder-etat-sante-polynesiens-762939.html
90. Herrera J, Merceron S. Les approches de la pauvreté en Polynésie française : résultats et apports de l'enquête sur les conditions de vie en 2009 [Internet]. Agence Française de Développement; 2010 nov. Report No.: 103. Disponible sur: https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers11-06/010051341.pdf
91. Bertrand S, Chant L, Daudens E, Nguyen NL, Trafton M, Tuheiava M. Enquête Santé 2010 en Polynésie française, surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Tahiti: Ministère de la Santé; 2010 p. 57.
92. Gouvernement de la Polyénsie française. La politique de santé de la Polynésie française, orientations stratégiques 2016-2025 [Internet]. JOPF; 2016 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/06/La-politique-de-Sante%CC%81-en-PF-2016-2025-web.pdf
93. Nationale A. Rapport d'information déposé par la délégation aux outre-mer sur le sport et la santé dans les outre-mer (Mme Maud Petit et M. Jean-Philippe Nilor) [Internet]. Assemblée nationale. [cité 27 mars 2020]. Disponible sur: http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/rapports/om/l15b2502_rapport-information
94. Venayre F. Prohibition des exclusivités d'importation à Tahiti: Fin de la (discrète) période pédagogique. :8.
95. Lancement officiel du dispositif d'étiquetage nutritionnel « Nutri-score » [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Lancement-officiel-du-dispositif-d-etiquetage-nutritionnel-Nutri-score_a166028.html
96. Conseil des ministres du 11 septembre 2019 [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: https://www.presidence.pf/conseil_ministres/conseil-des-ministres-du-11-septembre-2019/
97. STEPWISE et cartographie de l'état de santé des Polynésiens – 2019-2021 [Internet]. Institut Louis Malardé. [cité 6 mars 2020]. Disponible sur: https://www.ilm.pf/article-ilm/stepwise-et-cartographie-de-letat-de-sante-des-polynesiens-2019-2021/
98. ÉCONOMIE. Fruits et légumes : En Polynésie, la filière locale progresse - Toute l'actualité des Outre-mer à 360° [Internet]. Toute l'actualité des Outre-mer à 360°. [cité 30 mars 2020]. Disponible sur: http://outremers360.com/economie/economie-fruits-et-legumes-en-polynesie-la-filiere-locale-progresse/

99. Petit M, Nilor J-P. Rapport d'information fait au nom de la délégation aux outre-mer sur le sport et la santé dans les outre-mer. déc 12, 2019.
100. Programme d'actions polynésien sur l'alimentation équilibrée et la pratique d'activité physique 2019-2023. :155.
101. Hurtis M, Sauvageot F. Les avis du CESE, L'accès du plus grand nombre à la pratique d'activités physiques et sportives [Internet]. Journal officiel de la République française; 2018 [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2018/2018_20_acces_pratique_sportive.pdf
102. The DNA of ancient migrations. Nat Genet. 13 oct 2016;538(7624).
103. Pin A-C, Cojan B, BRUGIROUX M-F. Programme d'actions de lutte contre les addictions en Polynésie française 2019-2023 [Internet]. Ministère de la santé et de la prévention; [cité 31 mars 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2019/11/Programme_addictions.pdf
104. Global Scool-based Student Health Survey. Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française. 2018.
105. Tumahai T. Problématiques sanitaires en Polynésie française : entre modernité et traditions. :32.
106. Délibération n°82-11 du 18 février 1982 portant organisation de la lutte sur le territoire contre l'abus du tabac et du tabagisme.
107. Le diabète en Polynésie française | Caisse de Prévoyance Sociale [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cps.pf/espace-assure/promotion-de-la-sante/le-diabete-en-polynesie-francaise-0
108. Viatge J-P. Le « cri d'alarme » du Cesec contre le diabète [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Le-cri-d-alarme-du-Cesec-contre-le-diabete_a186527.html
109. Schéma-Prévention-2018-2022.pdf [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/wp-content/uploads/sites/12/2017/12/Sch%C3%A9ma-Pr%C3%A9vention-2018-2022.pdf
110. Diabète et grossesse [Internet]. [cité 27 juin 2020]. Disponible sur: /maladies-et-traumatismes/diabete/diabete-et-grossesse
111. Fagot-Campagna A, Fontbonne A. Expertise en surveillance des maladies liées au surpoids telles que le diabète, en Polynésie française [Internet]. 2007 févr [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: file:///Users/Marine/Downloads/rapport-diabete2007-pf%20(1).pdf
112. Zoom - Bulletin épidémiologique hebdomadaire [Internet]. [cité 4 mars 2020]. Disponible sur: http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2016/10/zoom/zoom_Art2-Fig6.html
113. Ralph. Rapport d'autosaisine du CESEC adopté : « Le diabète : un défi vital pour la Polynésie » ! [Internet]. [cité 16 mars 2020]. Disponible sur: http://www.cesc.pf/index.php/1290-rapport-d-autosaisine-du-cesec-adopte-le-diabete-un-defi-vital-pour-la-polynesie
114. Atallah A, Atallah V, Daigre J-L, Boissin J-L, Kangambega P, Larifla L, et al. Hypertension artérielle et obésité : disparités entre quatre régions d'Outre-mer. Ann Cardiol Angéiologie. juin 2014;63(3):155-62.
115. Agence de la biomédecine. REIN-Rapport annuel 2017.
116. Ministère des solidarités et de la santé, en charge de la réforme de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille, Direction de la santé. Plan cancer pour la Polynésie française 2018-2022.
117. Commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi. Rapport relatif à un projet de délibération portant approbation du projet de convention cadre de coopération relative à la coopération dans le domaine de la lutte contre le cancer en Polynésie française pendant la période de mise en œuvre du premier plan cancer Polynésien entre la Polynésie française et

l'Institut national du Cancer (INCa). Assemblée de la Polynésie française; 2018 sept. Report No.: 112-2018.
118. de Vathaire F, Drozdovitch V, Brindel P, Rachedi F, Boissin J-L, Sebbag J, et al. Thyroid cancer following nuclear tests in French Polynesia. Br J Cancer. 28 sept 2010;103(7):1115-21.
119. Décret n° 2014-1049 du 15 septembre 2014 relatif à la reconnaissance et à l'indemnisation des victimes des essais nucléaires français. 2014-1049 sept 15, 2014.
120. Ministère des Outre-mer, Minisitère des Solidarités et de la Santé. Amélioration de l'indemnisation des victimes des essais nucléaires. Communiqué de presse; 2019 mai 30.
121. Dagorn C, Mejane J, Paulot J-M, Vachey L. Evaluation du système de protection sociale et de santé - Appui au gouvernement de la Polynésie française Tome I. 2019 avr.
122. dsp2. Ouverture de la journée Santé mentale au CHPF [Internet]. DSP. 2018 [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: https://www.service-public.pf/dsp/2018/05/15/sante-mentale-mai-2018/
123. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. févr 28, 1971.
124. ARRETE n°123 CM du 1er février 2019 portant inscription de la pseudo-éphédrine au tableau A des substances vénéneuses. févr 8, 2019.
125. Sun LYK. Bulletin d'information sanitaires, épidémiologiques et statistiques Caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide en Polynésie française, 2005-2010.
126. creocean. L'état de l'environnement en Polynésie française [Internet]. Disponible sur: https://creocean.fr/sites/default/files/Diren-etat-environnement-integral.pdf
127. Arrêté n°584 CM du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la direction de la santé. avr 26, 2019.
128. Giard M, Teissier Y, Mapotoeke M, Formont J. La leptospirose en Polynésie française Rapport annuel 2018. Bureau de veille sanitaire. Direction de la santé.;
129. Ministère de la Santé et de la Prévention, en charge de la protection sociale généralisée, Direction de la santé. Programme de lutte contre le RAA en Polynésie française 2019-2023.
130. La CPS [Internet]. La Communauté du Pacifique. [cité 26 déc 2019]. Disponible sur: https://www.spc.int/fr/la-cps
131. Tuberculose [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 31 mai 2020]. Disponible sur: https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/tuberculose
132. Giard M, Pescheux J-P, Benhamza E, Domecq A, Teissier Y, Nguyen NL, et al. La Tuberculose en Polynésie française. Rapport annuel 2018. Direction de la santé;
133. Haute Autorité de Santé. Actualisation de la nomenclature des actes de biologie médicale pour le diagnostic et le suivi des filarioses. 2018.
134. Direction de la santé et des solidarités. Dossier de presse Campagne de lutte contre la filariose lymphatique 2015.
135. Giard M, Teissier Y, Mapotoeke M, Formont J. La dengue en Polynésie française Rapport annuel 2018.
136. Ledrans M, Dejour Salamanca D. Cas importés de chikungunya et de dengue en France métropolitaine - Bilan de la surveillance à partir des données de laboratoire Avril 2005-décembre 2007.
137. Epidémie de dengue de type 2 à Tahiti [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://www.presidence.pf/11516-2/
138. Bulletin de surveillance sanitaire Polynésie française Données du 6 avril au 3 mai 2020 (semaines 15,16,17 et 18). Direction de la santé Bureau de veille sanitaire;
139. Alerte Chikungunya | Caisse de Prévoyance Sociale [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: http://www.cps.pf/espace-assure/promotion-de-la-sante/alerte-chikungunya

140. Chikungunya [Internet]. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya
141. Surveillance et veille sanitaire en Polynésie française Données du 16 au 22 mars 2015 (Semaine 12). Direction de la santé Bureau de veille sanitaire; 2015 mars.
142. Le bilan du chikungunya un an après [Internet]. Polynésie la 1ère. [cité 28 mai 2020]. Disponible sur: https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/le-bilan-du-chikungunya-un-apres-311611.html
143. Mallet H-P, Vial A-L, Musso D. Bilan de l'épidémie à virus zika survenue en Polynésie française entre octobre 2013 et mars 2014. De la description de l'épidémie aux connaissances acquises après l'évènement. Bull Épidémiologique Hebd. 5 juill 2016;
144. Kucharski AJ, Funk S, Eggo RM, Mallet H-P, Edmunds WJ, Nilles EJ. Transmission Dynamics of Zika Virus in Island Populations: A Modelling Analysis of the 2013–14 French Polynesia Outbreak. PLoS Negl Trop Dis. 17 mai 2016;10(5):e0004726.
145. Cao-Lormeau V, Blake A, Mons S, Lastere S, Roche C, Vanhomwegen J, et al. Guillain-Barré Syndrome outbreak caused by ZIKA virus infection in French Polynesia. Lancet Lond Engl. 9 avr 2016;387(10027):1531-9.
146. Arrêté n°1026 CM du 31 juillet 2015 portant modification de l'arrêté n°171 CM du 7 février 1992 modifié fixant le régime général des prix et des marges des produits aux différents stades de la commercialisation en Polynésie française. août 7, 2015.
147. Haut-Commissariat de la République française, Présidence de la Polynésie française. Communiqué de presse sur la lutte anti-vectorielle. 2014.
148. LA CIGUATERA EN POLYNÉSIE FRANCAISE Bilan 2018. Réseau de surveillance de la ciguatéra;
149. DELIBERATION n°2003-149 APF du 9 septembre 2003 relative au conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française. sept 18, 2003.
150. ORDONNANCE n°2000-190 du 2 mars 2000 relative aux chambres de discipline des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française. mars 30, 2000.
151. DELIBERATION n°80-107 du 29 août 1980 fixant les conditions d'importation des médicaments en Polynésie française. oct 15, 1980.
152. ARRETE n°610 CM du 9 mai 1989 portant application de la délibération n°88-153 AT du 20 àctobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie. mai 25, 1989.
153. LOI DU PAYS n°2012-13 du 18 juin 2012 portant modification de la délibération n°2003-149 APF du 9 septembre 2003 relative au conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française. juin 18, 2012.
154. Les pharmacies depuis 2000 - Insee Première - 1525 [Internet]. [cité 10 juin 2020]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281354
155. Un enfant reçoit le premier vaccin livré par un drone au Vanuatu [Internet]. [cité 12 juin 2020]. Disponible sur: https://www.unicef.org/fr/communiqu%C3%A9s-de-presse/un-enfant-re%C3%A7oit-le-premier-vaccin-livr%C3%A9-par-un-drone-au-vanuatu

Annexes

Annexe 1 : Annexe 1 de l'arrêté modifié n°225, CM du 15 février 2019, Liste des produits de première nécessité

DENOMINATION DU PRODUIT	MARGE GLOBALE DE COMMERCIALISATION	UNITE DE VENTE CONDITIONNEMENT
Viandes - poissons		
- Maquereaux au naturel ou dans leur jus en récipient hermétiquement fermés	65 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Sardines, sardinelles et sprats ou esprots aux huiles végétales, à l'exclusion de l'huile d'olive, sans adjonction de légumes, plantes, fruits ou substances aromatiques, en récipients hermétiquement fermés (boîtes, verres,...)	80 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Cuisses de poulets entières congelées et quarts arrières de poulets congelés	55 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Entrecôtes et rumstecks de viande bovine congelés	40 %	Tout conditionnement
- Viande de porc local	R.S.	Tout conditionnement
Laits - laitages et dérivés du lait		
- Laits infantiles de 0 à 12 mois (laits 1er âge et 2ème âge standard), hors laits particuliers et hors laits thérapeutiques	210 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Beurres frais avec ou sans sel	110 F CFP/kg	Conditionnement ≥ 100 g
- Beurres présentés en boîtes métalliques hermétiquement fermées	90 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Fromages fondus obtenus exclusivement à partir de cheddar, autres que râpés, en poudre ou en tranches, conditionnés pour la vente au détail	95 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Laits demi-écrémé longue conservation dit UHT en brique, non sucrés ni parfumés ou aromatisés, ni enrichis (en vitamines, minéraux, ...) dont la teneur en matière grasse est comprise entre 1,5 et 1,8 %	33 F CFP/kg	Brique de 1 litre
- Laits en poudres, en granulés ou sous d'autres formes solides, autres que pour nourrissons, sans addition de sucre ou autres édulcorants	110 F CFP/kg	Conditionnement ≤ 1 kg
	75 F CFP/kg	Conditionnement de plus de 1 kg à 3 kg
	50 F CFP/kg	Conditionnement > 3 kg
- Yaourts nature non sucrés locaux	12 F CFP/ pot de 125 grammes de marge de détail	Exclusion des pots en verre
Légumes secs et légumes en conserves		
- Haricots secs, écossés, même décortiqués ou cassés destinés à la consommation humaine	45 F CFP/kg	Sachets ou en filets ≤1 kg
	35 F CFP/kg	Sachets ou en filets > 1 kg
- Lentilles sèches, écossées, même décortiquées ou cassées destinées à la consommation humaine	45 F CFP/kg	Conditionnement ≤1 kg
	35 F CFP/kg	Conditionnement > 1 kg
- Pois cassés secs, écossés, même décortiqués destinés à la consommation humaine	45 F CFP/kg	Conditionnement ≤1 kg
	35 F CFP/kg	Conditionnement > 1 kg
- Légumes conservés autrement qu'au vinaigre : maïs en grains, petits pois sauf extra fins	45 F CFP/kg	Conserves en boîtes métalliques comprises entre 300 et 900 gr

DENOMINATION DU PRODUIT	MARGE GLOBALE DE COMMERCIALISATION	UNITE DE VENTE CONDITIONNEMENT
Céréales, pâtes		
- Farine de froment (blé) ou méteil présentée en emballages d'un contenu de 2 kg ou moins	30 F CFP/kg	Conditionnements ≤2 kg
- Farine de froment (blé) ou méteil, présentée en emballage de plus de 2 kg, soumise à procédure d'appel d'offres	R.S.	Conditionnements > 2kg
- Pâtes alimentaires de semoules de blé non cuites, ni farcies ni autrement préparées, fabriquées sans adjonction d'ingrédients tels que légumes, œufs, lait, aromates ou viandes (à l'exclusion des pâtes fraîches)	60 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Riz semi-blanchi ou blanchi, à grains longs, non gluant, non parfumé, autre que le riz aromatisé	R.S.	Sachet ou sac
- Pétales de maïs soufflées ou grillées nature	260 F CFP/kg	Tout conditionnement
Préparations alimentaires		
- Préparations de légumes finement homogénéisées, conditionnées pour la vente au détail comme aliments pour enfants, en pot en verre n'excédant pas 250 grammes	180 F CFP/kg	Unité-≤ 250 g
- Préparations de fruits finement homogénéisées, conditionnées pour la vente au détail comme aliments pour enfants, en pot en verre n'excédant pas 250 grammes	150 F CFP/kg	
- Préparations consistant en un mélange finement homogénéisées de plusieurs substances de base, telles que viande, poisson, légumes, fruits, conditionnées pour la vente au détail comme aliments pour enfants, en pot en verre n'excédant pas 250 grammes	180 F CFP/kg	
- Préparations alimentaires composées exclusivement de haricots blancs au naturel ou cuits dans une sauce tomate, présentées en boîtes métalliques hermétiquement fermées	15 F CFP/boîte	Conditionnement ≤250 g
	40 F CFP/kg	Conditionnement > 250 g
- Préparations à base de farine de malt contenant du cacao	130 F CFP/kg	Conditionnement ≤2 kg
Autres produits alimentaires		
- Biscuits de mer	100 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Biscuits secs d'une teneur en sucre au plus égale à 1% et d'une teneur en sel au plus égale à 2 %	100 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Cafés instantanés non lyophilisés y compris les décaféinés	390 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Eaux de source de production locale	15 F CFP/l marge de détail	Bouteilles de 1,5 l uniquement
- Huiles de tournesol, épurées ou raffinées destinées à l'alimentation humaine, conditionnées pour la vente au détail	35 F CFP/l	Conditionnements ≤ 5 l
	31 F CFP/l	Conditionnement > 5 l
- Margarines à l'exclusion des margarines liquides	110 F CFP/kg	Tout conditionnement
- Levures vivantes	45 F CFP/kg pour les boulangers ; 100 F CFP/kg pour autre destinataire	Conditionnement ≥ 500 g
- Poudres à lever préparées	45 F CFP/kg pour les boulangers ; 100 F CFP/kg pour autre destinataire	Conditionnement ≥ 10 kg
- Sauces de tomates conservées en boîtes métalliques hermétiquement fermées	35 F CFP/kg	Conditionnement ≤ 250g
	30 F CFP/kg	Conditionnement > 250g

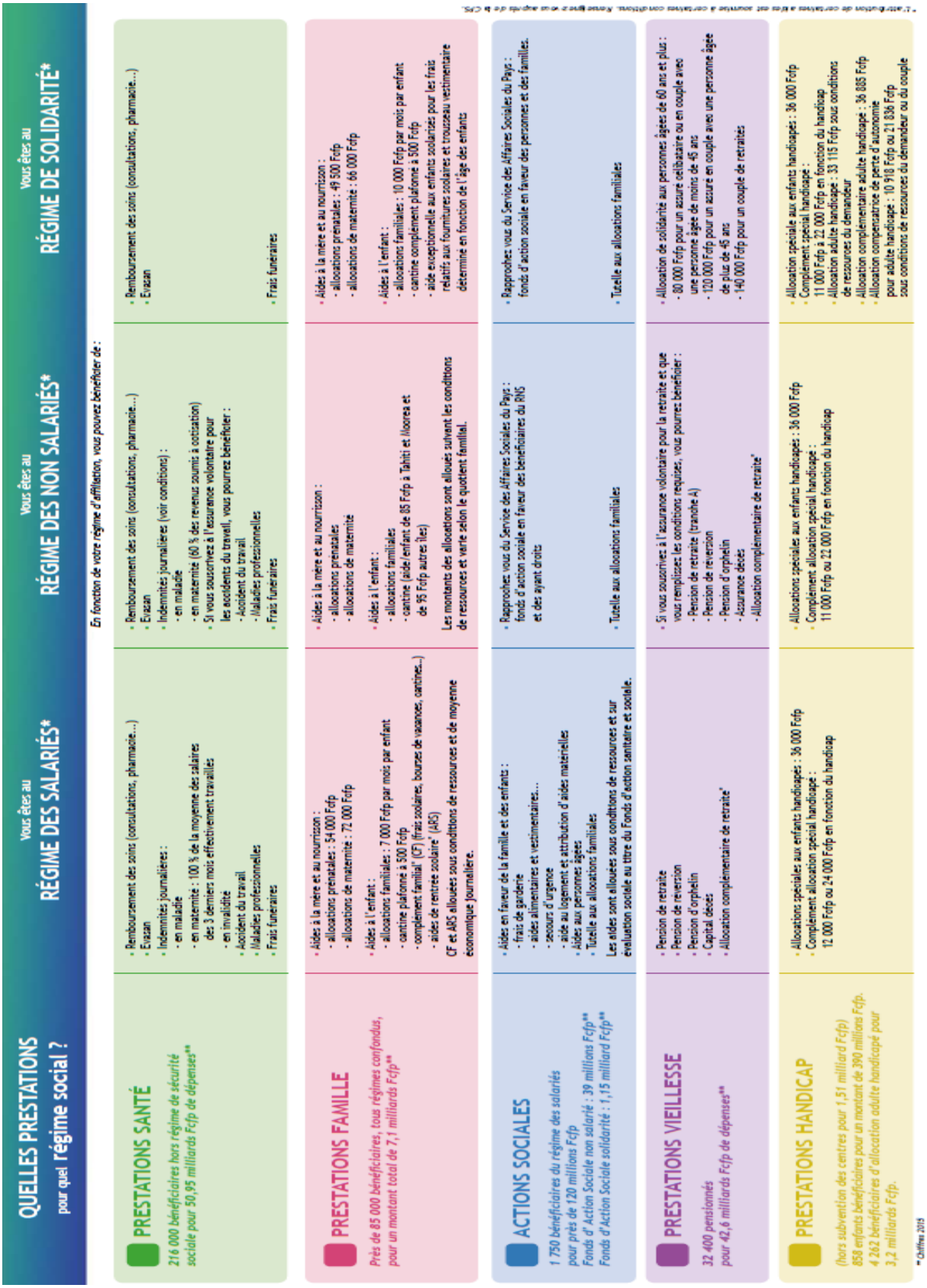
DENOMINATION DU PRODUIT	MARGE GLOBALE DE COMMERCIALISATION	UNITE DE VENTE CONDITIONNEMENT
Produits non alimentaires		
- Préparations pour la lessive du linge, en poudre, en copeaux ou toute autre forme solide sauf tablettes	35 %	Conditionnement compris entre 1 et 5 kg
- Eau de javel de fabrication locale	25 % de marge de détail	Conditionnement inférieur à 3,5 l
- Savon de ménage de fabrication locale	30 % de marge de détail	Tout conditionnement
- Liquide pour vaisselle de fabrication locale	20 % de marge de détail	Conditionnement ≤ 1 l
- Papier hygiénique de fabrication locale	20 % de marge de détail	Tout conditionnement
- Répulsifs contre les moustiques contenant au moins l'un des principes actifs suivants à un taux supérieur à 19 % : IP3535, PMDRBO (citridiol), KBR 3023 (idadirine) et DEET	50 %	Tout conditionnement
- Moustiquaires de lit	75 %	Tout conditionnement
- Répulsifs de fabrication locale contenant au moins l'un des principes actifs suivants à un taux supérieur à 19 % : IP3535, PMDRBO (citridiol), KBR 3023 (idadirine) et DEET	25 % de marge de détail	Tout conditionnement
- Préservatifs	30 %	Tout conditionnement
- Ampoules à diodes émettrices de lumière (LED) d'une puissance inférieure ou égale à 8W	30 %	Tout conditionnement
- Acides humiques ; matières fertilisantes d'origine minérale, chimique ou organique, contenant 3 éléments fertilisants (azote, phosphore, potassium) ; amendements à base d'algues (maërl, lithothamme, ….) et chaux à usage agricole * A compter du 1er juillet 2019, la marge globale de commercialisation maximale des « engrais» est libre	25 %*	Tout conditionnement

DENOMINATION DU PRODUIT	MARGE GLOBALE DE COMMERCIALISATION	UNITE DE VENTE CONDITIONNEMENT
- Solutions hydroalcooliques destinées à l'hygiène humaine.	R.S.	Tout conditionnement
- Masques à usage médical jetables répondant à la norme NF EN 14683 ou masques jetables de protection répondant à la norme NF EN 149 ou masques relevant d'une norme équivalente reconnue par la Polynésie française en application de la délibération n° 2007-2 APF du 26 février 2007 relative à la normalisation	R.S.	Tout conditionnement
- Blouses à usage médical à usage unique, en non-tissés, de type utilisé par les patients ou les chirurgiens au cours d'interventions chirurgicales ou blouses répondant à la norme NF EN 14126 ou blouses relevant d'une norme équivalente reconnue par la Polynésie française en application de la délibération n° 2007-2 APF du 26 février 2007 relative à la normalisation ou ayant la qualité de dispositif médical au sens de la réglementation européenne	R.S.	Tout conditionnement
- Gants à usage médical en caoutchouc naturel ou en caoutchouc synthétique ou en polymère thermoplastique ou gants répondant à la norme NF EN ISO 374-5 ou relevant d'une norme équivalente reconnue par la Polynésie française en application de la délibération n° 2007-2 APF du 26 février 2007 relative à la normalisation ou ayant la qualité de dispositif médical au sens de la réglementation européenne	R.S.	Tout conditionnement

Annexe 2 : Annexe 2B de l'arrêté n°225, CM du 15 février 2019, Liste des produits de grande consommation : produits non alimentaires

DENOMINATION DU PRODUIT	Marge globale de commercialisation maximale
Produits d'hygiène et de santé	
- Produits pharmaceutiques	R.S.
- Couches pour adultes	50 %
- Couches pour bébés	50 %
Articles scolaires	
- Boîtes de peinture de 5 ou 10 tubes de gouache + peinture en godets	50 %
- Pots et tubes de colle de 30 ml écolier	50 %
- Adhésif transparents 19 mm x 7,5 m ou 19 mm x 25 m avec dévidoir	50 %
- Ciseaux de bureaux 17 cm	50 %
- Pochette de 12 feutres	50 %
- Protège cahiers formats 17 x 22 cm, A4, 24 x 32 cm	50 %
- Gommes en plastique	50 %
- Cartables de couleur unie en matière autre que le cuir	50 %
- Cahiers scolaires formats 17 x 22 cm, A4, 24 x 32 cm de 96 ou 192 pages	30 %
- Livres scolaires	30 %
- Feuilles de dessin format A4 de 125 g, 180 g ou 224 g	50 %
- Taille-crayons en métal sans réservoir	50 %
- Règles en plastique de 30 cm, rapporteurs en plastique de 12 cm, équerres en plastique de 21 cm	50 %
- Copies doubles ou simples, à carreaux, de format A4	50 %
- Crayons à papier sans gomme, et crayons de couleur en étui de 12 ou 18	50 %
- Stylos à bille, corps en matière plastique, couleur bleue, noire, rouge ou verte	50 %
- Compas plastique	50 %
- Cahier de musique 17 x 22 cm et de format A4 – 48 pages	50 %
- Cahier de texte de format 17 x 22 cm – 148 pages	50 %
- Classeurs format A4 et intercalaires format A4	50 %
- Surligneurs en lot de 4	50 %
- Feutres effaçables à sec, bleu ou noir	50 %
- Flûte baroque (avec ou sans écouvillon)	50 %
- Ardoise blanche 19 x 26 cm	50 %
Produits à usage professionnel	
- Pommes de terre semences	20 % *
* A compter du 1er juillet 2019, la marge globale de commercialisation maximale des « Pommes de terre semences » est libre	
Biens d'équipement	
- Groupes électrogènes à moteur à explosion, ou à moteur diesel ou semi-diesel, de 10 KVA ou moins	50 %

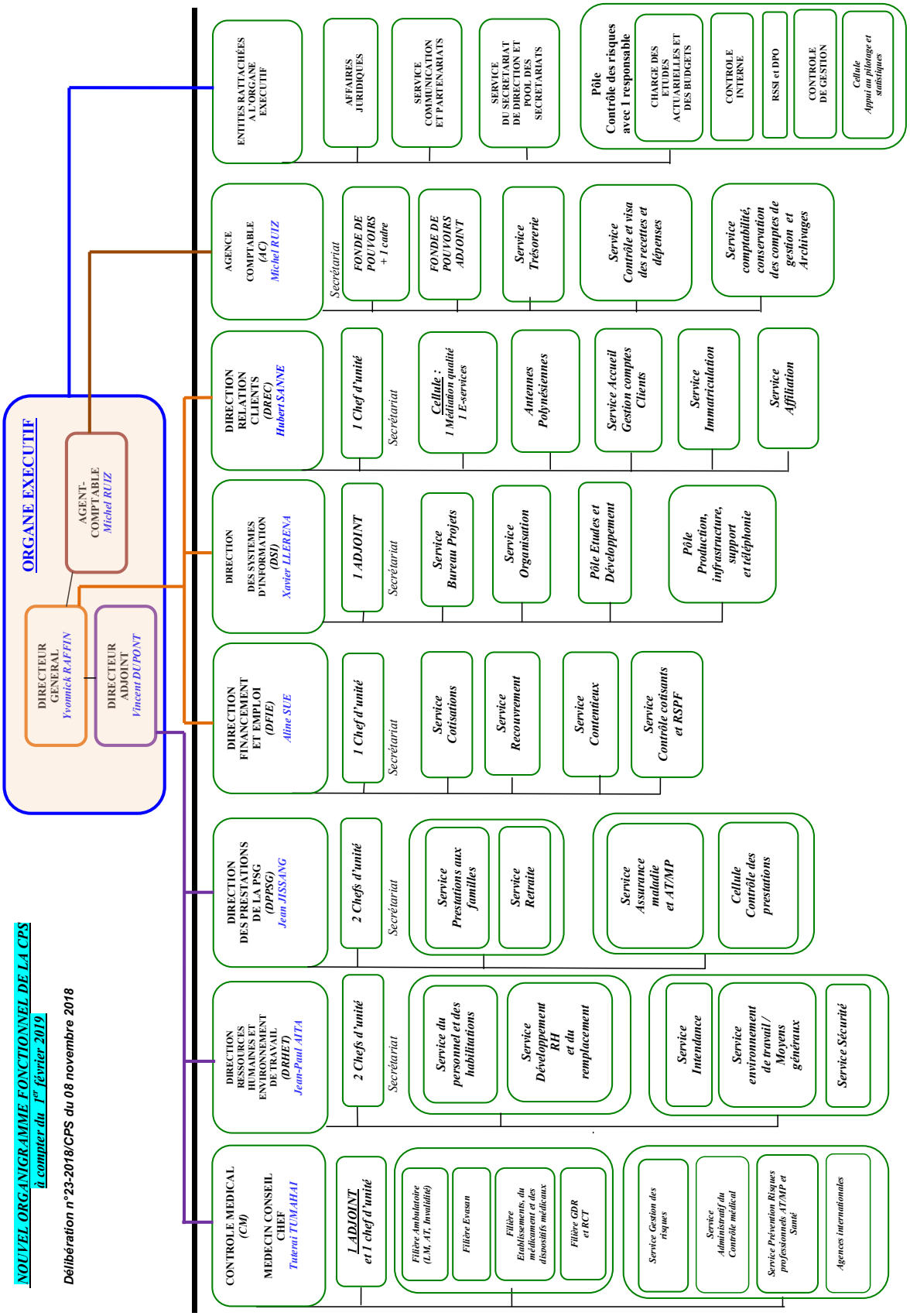
Annexe 3 : Prestations des trois régimes de la protection sociale, CPS 2015



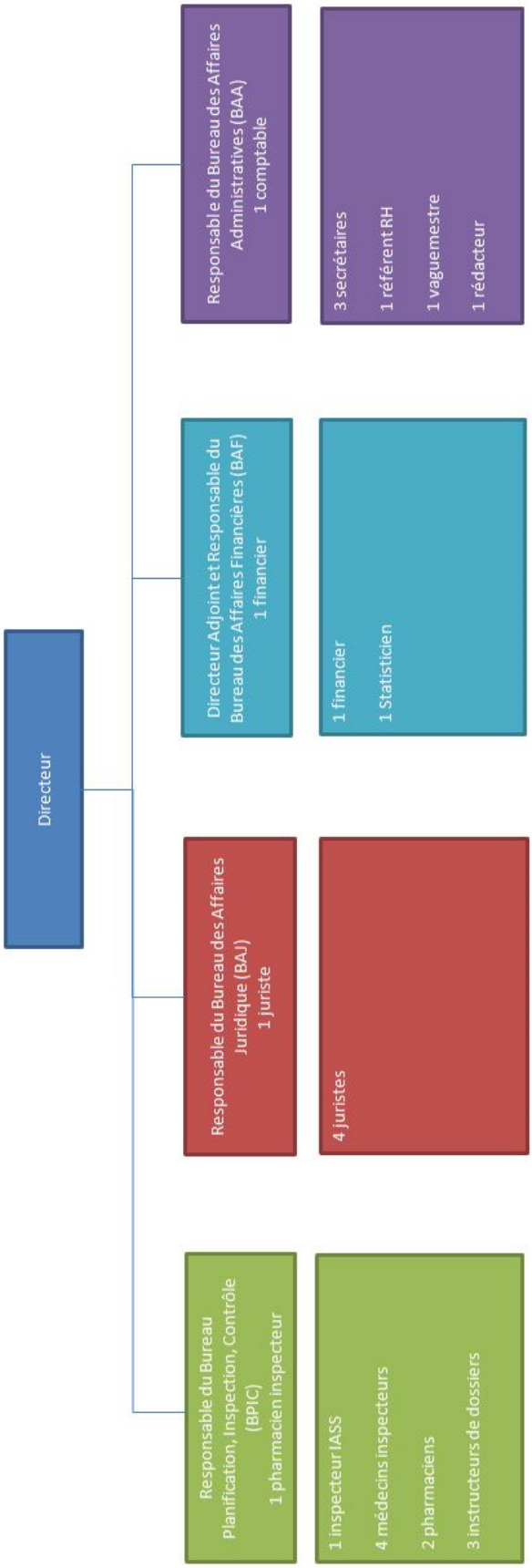
QUELLES PRESTATIONS pour quel régime social ?	Vous êtes au RÉGIME DES SALARIÉS*	Vous êtes au RÉGIME DES NON SALARIÉS*	Vous êtes au RÉGIME DE SOLIDARITÉ*
	En fonction de votre régime d'affiliation, vous pouvez bénéficier de :		
PRESTATIONS SANTÉ *216 000 bénéficiaires hors régime de sécurité sociale pour 50,95 milliards Fcfp de dépenses***	• Remboursement des soins (consultations, pharmacie...) • Evasan • Indemnités journalières : - en maladie - en maternité : 100 % de la moyenne des salaires des 3 derniers mois effectivement travaillés - en invalidité - Accident du travail - Maladies professionnelles • Frais funéraires	• Remboursement des soins (consultations, pharmacie...) • Evasan • Indemnités journalières (voir conditions) : - en maladie - en maternité (60 % des revenus soumis à cotisation) • Si vous souscrivez à l'assurance volontaire pour les accidents du travail, vous pourrez bénéficier : - Accident du travail - Maladies professionnelles • Frais funéraires	• Remboursement des soins (consultations, pharmacie...) • Evasan • Frais funéraires
PRESTATIONS FAMILLE *Près de 85 000 bénéficiaires, tous régimes confondus, pour un montant total de 7,1 milliards Fcfp***	• Aides à la mère et au nourrisson : - allocations prénatales : 54 000 Fcfp - allocations de maternité : 72 000 Fcfp • Aides à l'enfant : - allocations familiales : 7 000 Fcfp par mois par enfant - cantine plafonné à 500 Fcfp - complément familial* (CF) (frais scolaires, bourses de vacances, cantines...) - aides de rentrée scolaire* (ARS) CF et ARS allouées sous conditions de ressources et de moyenne économique familiale.	• Aides à la mère et au nourrisson : - allocations prénatales - allocations de maternité • Aides à l'enfant : - allocations familiales - cantine (aide/enfant de 85 Fcfp à Tahiti et Moorea et de 95 Fcfp autres îles) Les montants des allocations sont alloués suivant les conditions de ressources et varie selon le quotient familial.	• Aides à la mère et au nourrisson : - allocations prénatales : 49 500 Fcfp - allocations de maternité : 66 000 Fcfp • Aides à l'enfant : - allocations familiales : 10 000 Fcfp par mois par enfant - cantine complément plafonné à 500 Fcfp - aide exceptionnelle aux enfants scolarisés pour les frais relatifs aux fournitures scolaires et trousseau vestimentaire déterminé en fonction de l'âge des enfants
ACTIONS SOCIALES *1 750 bénéficiaires du régime des salariés pour près de 120 millions Fcfp* *Fonds d' Action Sociale non salarié : 39 millions Fcfp*** *Fonds d'Action Sociale solidarité : 1,15 milliard Fcfp***	• Aides en faveur de la famille et des enfants : - frais de garderie - aides alimentaires et vestimentaires... - secours d'urgence - aide au logement et attribution d'aides matérielles • Aides aux personnes âgées • Tutelle aux allocations familiales Les aides sont allouées sous conditions de ressources et sur évaluation sociale au titre du Fonds d'action sanitaire et sociale.	• Rapprochez vous du Service des Affaires Sociales du Pays : fonds d'action sociale en faveur des bénéficiaires du RNS et des ayant droits • Tutelle aux allocations familiales	• Rapprochez vous du Service des Affaires Sociales du Pays : fonds d'action sociale en faveur des personnes et des familles. • Tutelle aux allocations familiales
PRESTATIONS VIEILLESSE *32 400 pensionnés pour 42,6 milliards Fcfp de dépenses***	• Pension de retraite • Pension de réversion • Pension d'orphelin • Capital décès • Allocation complémentaire de retraite*	• Si vous souscrivez à l'assurance volontaire pour la retraite et que vous remplissez les conditions requises, vous pourrez bénéficier : - Pension de retraite (tranche A) - Pension de réversion - Pension d'orphelin - Assurance décès - Allocation complémentaire de retraite*	• Allocation de solidarité aux personnes âgées de 60 ans et plus : - 80 000 Fcfp pour un assuré célibataire ou en couple avec une personne âgée de moins de 45 ans - 120 000 Fcfp pour un assuré en couple avec une personne âgée de plus de 45 ans - 140 000 Fcfp pour un couple de retraités
PRESTATIONS HANDICAP *(hors subvention des centres pour 1,51 milliard Fcfp)* *858 enfants bénéficiaires pour un montant de 390 millions Fcfp.* *4 262 bénéficiaires d'allocation adulte handicapé pour 3,2 milliards Fcfp.*	• Allocations spéciales aux enfants handicapés : 36 000 Fcfp • Complément allocation spécial handicapé : 12 000 Fcfp ou 24 000 Fcfp en fonction du handicap	• Allocations spéciales aux enfants handicapés : 36 000 Fcfp • Complément allocation spécial handicapé : 11 000 Fcfp ou 22 000 Fcfp en fonction du handicap	• Allocation spéciale aux enfants handicapés : 36 000 Fcfp • Complément spécial handicapé : 11 000 Fcfp à 22 000 Fcfp en fonction du handicap • Allocation adulte handicapé : 33 115 Fcfp sous conditions de ressources du demandeur • Allocation complémentaire adulte handicapé : 36 885 Fcfp • Allocation compensatrice de perte d'autonomie pour adulte handicapé : 10 918 Fcfp ou 21 836 Fcfp sous conditions de ressources du demandeur ou du couple

** Chiffres 2015

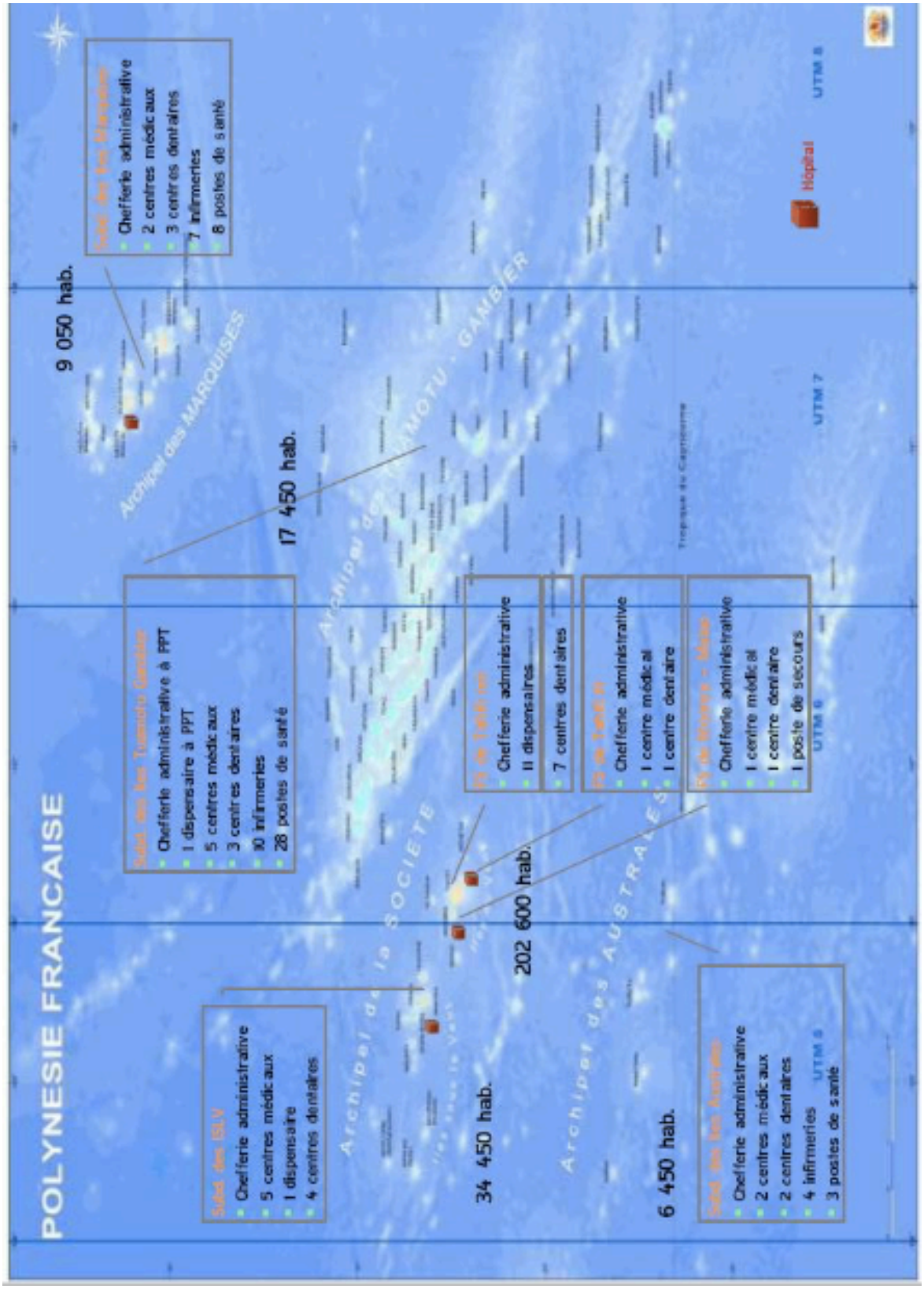
Annexe 4 : Nouvel organigramme fonctionnel de la CPS à compter du 1er février 2019



Annexe 5 : Organigramme ARASS



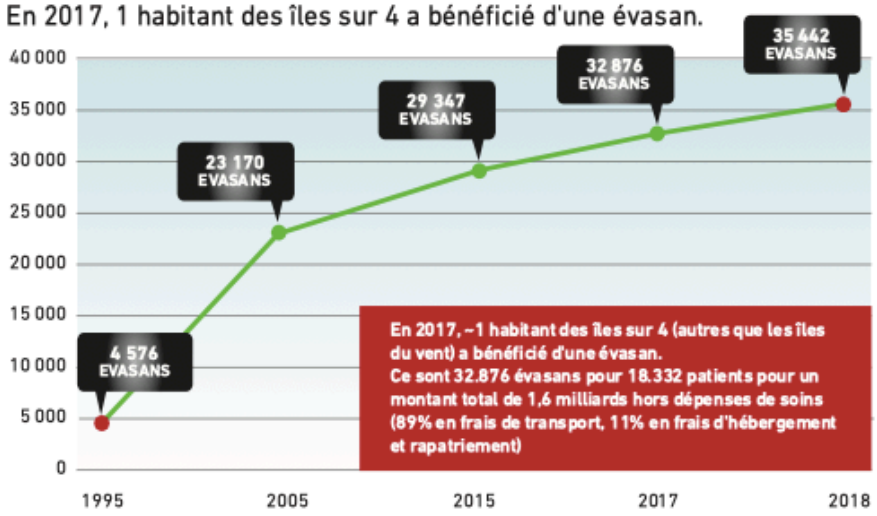
Annexe 6 : Couverture géographique de l'offre de soins des subdivisions de santé en Polynésie française en 2010, ISPF



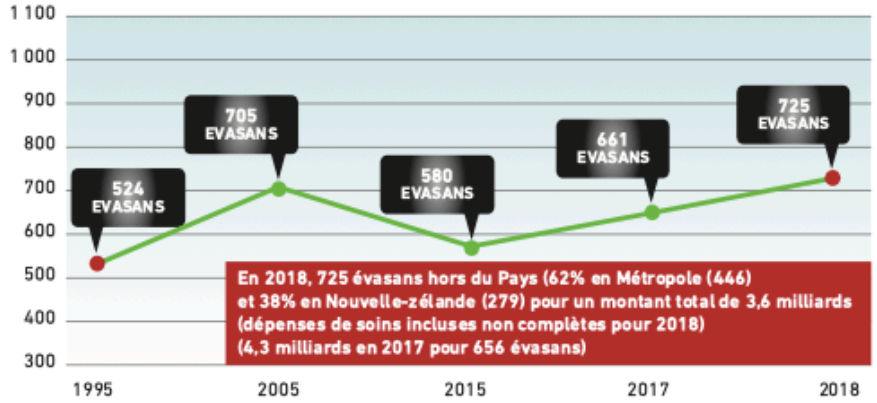
Annexe 7 : Les évacuations sanitaires, Les chiffres clés de la protection sociale généralisée en 2018, CPS

EVASANS inter-îles (1,6 milliard de francs en 2018 hors dépenses de soins)

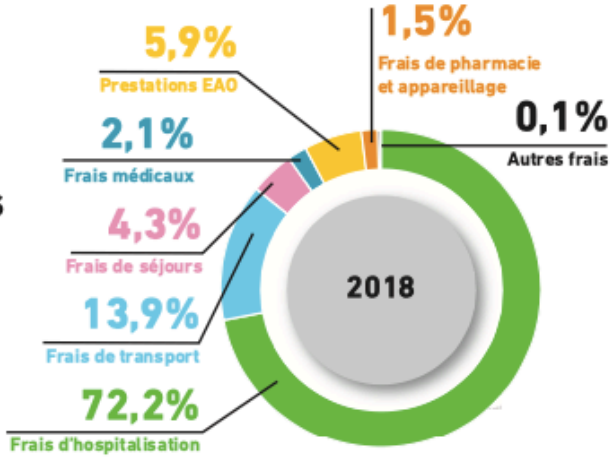
En 2017, 1 habitant des îles sur 4 a bénéficié d'une évasan.



EVASANS internationales (4,3 milliards de francs en 2018 dépenses de soins comprises)

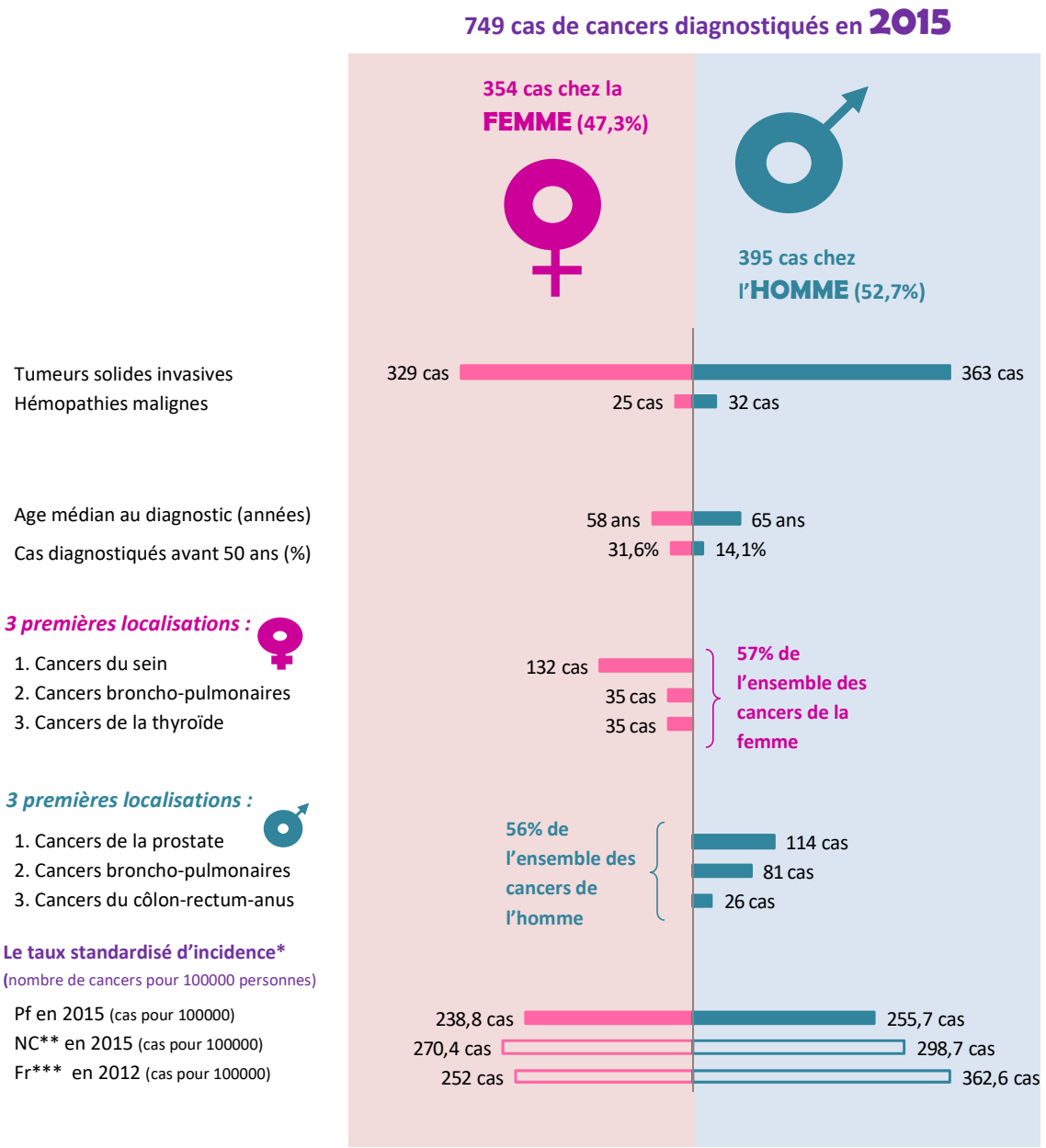


Répartition des frais liés aux EVASANS internationales



Le coût moyen d'une évasan internationale représente près de 6,5 millions de francs.

Annexe 8 : Statistiques du registre des cancers de Polynésie française, chiffres 2015, Direction de la santé



En 2015, d'après l'analyse des certificats médicaux de décès, 365 décès avaient pour cause initiale une tumeur maligne (162 chez la femme et 203 chez l'homme). Chez la femme, les 2 premières causes de décès par cancer en 2015 étaient le cancer du sein et le cancer broncho-pulmonaire. Chez l'homme, les 2 premières causes de décès par cancer en 2015 étaient le cancer broncho-pulmonaire et le cancer du foie.

***standardisation sur l'âge par rapport à la population mondiale de référence (by Segi 1960) : estimation du nombre de cas pour 100 000 habitants en Polynésie française à partir de la population mi-année du recensement de l'Institut de la Statistique de Pf (ISPF) **Nouvelle Calédonie NC, d'après le rapport d'activité 2017 du registre ***France Fr, d'après les estimations nationales de 2013**

Annexe 9 : Maladies à déclaration obligatoire, Arrêté n°584 CM du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la direction de la santé

Article 1er.— Les cas de maladies qui justifient une intervention urgente locale, nationale, régionale ou internationale font l'objet d'une procédure de signalement immédiat. Ces maladies sont :

1 Le botulisme ;
2 La brucellose ;
3 La maladie du charbon ;
4 Le chikungunya ;
5 Le choléra ;
6 La coqueluche ;
7 La dengue ;
8 La diphtérie ;
9 La fièvre jaune ;
10 La fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes ;
11 Les fièvres hémorragiques virales ;
12 L'hépatite A aiguë ;
13 L'hépatite E aiguë ;
14 Les infections invasives à méningocoque ;
15 La légionellose ;
16 La listériose ;
17 Les orthopoxviroses dont la variole ;
18 Le paludisme autochtone ou d'importation ;
19 La peste ;
20 La poliomyélite ;
21 La rage ;
22 La rougeole ;
23 La maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines ;
24 Les toxi-infections alimentaires collectives ;
25 La tuberculose ;
26 La tularémie ;
27 Le typhus exanthématique ;
28 Le zika ;
29 Les arboviroses autres que celles figurant dans la liste ci-dessus ;
30 Les autres pathologies infectieuses faisant l'objet d'une alerte locale, nationale, régionale ou internationale.

Annexe 10 : Maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique, Arrêté n°584 CM du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la direction de la santé

Art. 3.— Les cas de maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique font l'objet d'une notification. Ces maladies sont :

1 Les maladies énumérées à l'article 1er ;
2 L'angiostrongylose nerveuse ;
3 Les cancers ;
4 La filariose lymphatique ;
5 L'hépatite B aiguë ;
6 L'hépatite B chronique ;
7 L'hépatite C aiguë ;
8 L'hépatite C chronique ;
9 L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
10 La lèpre ;
11 La leptospirose ;
12 Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) ;
13 Le saturnisme des personnes mineures ;
14 La syphilis ;
15 Le tétanos.

Annexe 11 : Bureau du conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française, C.O.P.P.F. 2020

	Philippe-Emmanuel DUPIRE	CHPF Pharmacie Interne	Président
	Amaury SACAULT	Pharmacie Aito	Vice-président
	Jean Michel LE GUEN	MEDIPAC	Trésorier
	Michèle DESCOUS épse GREPIN	Multi employeurs	Membre
	Jacques ALLEGRE	Pharmacie de Haapiti	Membre
	Stéphane LATOUCHE	Pharmacie de Paofai	Membre
	Charles CHAPUIS	Pharmacie de Faaone	Membre
	Stephane LASTERE	CHPF Laboratoire de biologie médicale	Membre
	Julien GUILLAUMEE	Pharmacie de Tiapa	Membre

Annexe 12 : Membres titulaires et suppléants de la chambre de discipline des pharmaciens de Polynésie française, élection du 27 septembre 2017

Candidat titulaire	Candidat suppléant	Nombre de voix
Marie-France COLOMBANI	Nha Thi TRAN-TAI	52
Valérie CHAUMETTE	Maeva GUERIN	48
Eva AUFRAY	Karine YONG	43
Tumatarii CROSS	François GONNET	41
Hinano DAVID née LE MOUCHON	Maryse OLLIVIER	38
Sandrine LOT	Nathalie LEHARTEL	37

Annexe 13 : Liste des marchandises dont les pharmaciens peuvent faire le commerce dans leurs officines, arrêté n°248 CM du 25 février 2010 et arrêté n°494 du 6 mai 2020

Art. 2.— Les pharmaciens ne peuvent conseiller, dispenser et vendre dans leur officine que les produits, articles, objets et appareils suivants qui correspondent à leur champ d'activité professionnel :

1° Les médicaments à usage humain ;
2° Les insecticides et acaricides destinés à être appliqués sur l'homme ;
3° Les produits destinés à l'entretien ou à l'application des lentilles oculaires de contact ;
4° Les médicaments vétérinaires, les produits à usage vétérinaire, les objets de pansement, les articles et les appareils de soins utilisés en médecine vétérinaire, ainsi que les produits, réactifs et appareils destinés au diagnostic médical ou à la mesure de toute caractéristique physique ou physiologique chez l'animal ;
5° Les dispositifs médicaux à usage individuel, à l'exception des dispositifs médicaux implantables ;
6° Les plantes médicinales, aromatiques et leurs dérivés, en l'état ou sous forme de préparations, à l'exception des cigarettes ou autres produits à fumer ;
7° Les huiles essentielles ;
8° Les articles et appareils utilisés dans l'hygiène bucco-dentaire ou corporelle ;
9° Les produits diététiques, de régime et les articles ou accessoires spéciaux nécessaires à leur utilisation ;
10° Le pastillage et la confiserie pharmaceutique ;
11° Les eaux minérales et produits qui en dérivent ;
12° Les matériels, articles et accessoires nécessaires à l'hospitalisation à domicile des malades ou au maintien à domicile des personnes âgées ;
13° Les articles et accessoires utilisés dans l'application d'un traitement médical ou dans l'administration des médicaments ;
14° Les produits cosmétiques ;
15° Les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro destinés à être utilisés par le public ;
16° Les produits, articles et appareils utilisés dans l'art de l'œnologie ;
17° Les produits chimiques définis ou les drogues destinées à des usages non thérapeutiques à condition que ceux-ci soient nettement séparés des médicaments ;
18° Les produits et appareils de désinfection, de désinsectisation et de dératisation, ainsi que les produits phytosanitaires ;
19° Les supports d'information relatifs à la prévention, à l'éducation pour la santé et au bon usage du médicament ;
20° Les équipements de protection individuelle de protection solaire ;
21° Les équipements de protection individuelle d'acoustique adaptés au conduit auditif ;
22° Les compléments alimentaires ;
23° Les équipements de protection individuelle respiratoire.

"24° Les masques individuels de protection réservés à des usages non sanitaires."

Titre : Les évolutions de l'officine en Polynésie française sont-elles à la hauteur des enjeux de santé publique du territoire ?

Résumé : Territoire étendu et dispersé, d'une superficie grande comme l'Europe, la Polynésie française devient à partir de 2004 la première collectivité d'outre-mer dotée du statut d'autonomie. Autonome en matière de santé, l'accès aux soins s'avère inégal et compliqué dans ce territoire où l'état de santé de la population en est affecté. Comme pour les pays en voie de développement, on observe en Polynésie française une progression inquiétante des maladies chroniques liées aux modes de vie. Les pharmaciens d'officine pourraient alors jouer un rôle crucial dans la prévention et la prise en charge de ces pathologies. Récemment, pour permettre un meilleur accès aux soins, une loi du pays a autorisé la création de nouvelles officines et l'implantation de locaux secondaires dans les archipels dépourvus de pharmacie. Comme recommandé par l'Autorité Polynésienne de la Concurrence, et prenant exemple sur de nombreux pays étrangers, cet effort de santé pourrait se poursuivre par l'attribution de nouvelles missions aux pharmaciens.

Mots clés : Polynésie française, santé publique, officine, nouvelles missions, pharmacie.

Title : Are the pharmaceutical developments in French Polynesia commensurate with the public health challenges of the territory ?

Abstract : Extensive and dispersed territory, with an area as large as Europe, French Polynesia is since 2004 the first overseas community with autonomy status. Autonomous for the health policy, the care access has been unequal and a bit tricky in this country which the state of health remains a matter of serious concern. As the developing world, the chronic diseases related to lifestyle had been making disturbing strides in French Polynesia. The pharmacist could play a crucial part for better prevention and management. Recently, a country law authorized the establishment of new pharmacies and second suits in archipelagoes free from dispensing chemists, to promote a better access to healthcare. As recommended by the Polynesian Competition Authority, and to follow the example of many countries, that health effort could be continued by new tasks allocated to pharmacists.

Keywords: French Polynesia, public health, pharmacy, new missions.