

# NOUVELLE-CALÉDONIE

## CONGRÈS

### DÉLIBÉRATIONS

**Délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative  
au plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! »**

Le congrès de la Nouvelle-Calédonie,

Délibérant conformément aux dispositions de la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2015-2259/GNC du 27 octobre 2015 portant projet de délibération ;

Vu le rapport du gouvernement n° 53/GNC du 27 octobre 2015 ;

Entendu le rapport n° 20 du 7 mars 2016 de la commission de la santé et de la protection sociale,

A adopté les dispositions dont la teneur suit :

**Article 1<sup>er</sup>** : Le plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! », ci-annexé, est approuvé.

**Article 2** : La présente délibération sera transmise au haut-commissaire de la République ainsi qu'au gouvernement et publiée au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

Délibéré en séance publique, le 24 mars 2016.

*Le président  
du congrès de la Nouvelle-Calédonie,*  
THIERRY SANTA

## ANNEXE à la délibération n° 114 du 24 mars 2016

**Plan de santé calédonien**  
**«Do Kamo, Etre épanoui !»**

**Table des matières**

|   |       |
|---|-------|
| Préambule.....  | ..... |
| 1 PENSER DO KAMO : <i>UNE GOUVERNANCE PAYS</i> .....  | ..... |
| 1.1 Une approche globale des politiques de santé calédonienne .....   | ..... |
| 1.1.1 Piloter : « <i>Mieux coordonner pour réaliser ensemble</i> » .....  | ..... |
| 1.1.2 Observer : « <i>Connaître pour mieux agir</i> ».....  | ..... |
| 1.1.3 Évaluer : « <i>Mieux informer pour évoluer</i> » .....  | ..... |
| 1.2 Vers un modèle soutenable, équitable et durable .....   | ..... |
| 1.2.1 Maîtriser : « <i>Mieux appréhender l'avenir pour être co-responsable, cohérent et solidaire</i> ».....    | ..... |
| 2 AGIR DO KAMO : <i>UNE STRATEGIE COHESIVE</i> .....  | ..... |
| 2.1 Le système de santé calédonien organisé autour du « trajet de vie des êtres épanouis ! ».....               | ..... |
| 2.2 Des comportements responsables s'appuyant sur des milieux de vie favorables à la santé et au bien-être..... | ..... |
| 2.2.1 Les savoirs des calédoniens pour des choix éclairés exploitant les schémas culturels .....                | ..... |
| 2.2.2 Des milieux de vie favorables à la santé et au bien être.....   | ..... |
| 2.3 L'action collective au service du DO KAMO.....  | ..... |
| 2.3.1 Recueillir la parole des Calédoniens pour améliorer le système de santé : ..                              | ..... |
| 2.3.2 La sante en communauté .....  | ..... |
| 3 LES AXES STRATEGIQUES DU DO KAMO .....  | ..... |
| 4 Développement du PLAN DO KAMO .....   | ..... |
| 4.1 Le COPIL.....   | ..... |
| 4.2 L'Équipe projet DO KAMO.....  | ..... |
| 4.2.1 <i>Composition</i> :.....   | ..... |
| 4.2.2 <i>Positionnement</i> :.....  | ..... |
| 4.2.3 <i>Des compétences complémentaires</i> :.....   | ..... |
| 4.2.4 <i>Recrutement</i> : .....  | ..... |
| 4.2.5 <i>Missions</i> :.....  | ..... |
| 4.2.6 <i>Moyens</i> :.....  | ..... |
| 4.2.7 <i>Fonctionnement</i> : .....   | ..... |
| 4.3 Calendrier de mise en œuvre.....  | ..... |

# Préambule

Le plan « *DO KAMO* »<sup>1</sup> s'inscrit dans une dynamique de modernisation et de démocratisation de l'action publique en santé. Il a pour ambition de donner 08 grandes orientations stratégiques de santé pour les dix années à venir. Celles-ci feront l'objet d'une déclinaison en plans thématiques, définis au regard de problématiques de santé (addictions, pathologies de surcharge, ..), ou en plans accompagnants des populations vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, ..). Ce mode de fonctionnement fait écho à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, pointant la nécessité d'une approche intégrée de la politique de santé. Loi qui fait écho à l'approche HIAP (*health in all politics*) retenue comme principe d'action par les institutions de l'Union européenne pour l'ensemble des politiques européennes. Il s'agit de développer une stratégie qui prenne en considération les effets des autres politiques (sociale, culturelle, éducative, sportive, agricole, économique, industrielle, du logement, du transport, de l'environnement, ...) sur la santé.

Ce plan constitue un outil de pilotage pour nos décideurs dans la priorisation des actions ; il est également un outil de communication sur la stratégie en matière de santé. Il repose sur deux lignes de force :

- La première, sur **une gouvernance modernisée** et élargie, gravitant autour de l'évaluation *in itinere* (ou concomitante) ;
- La seconde, plus en lien avec la **stratégie prenant en considération les effets des autres politiques** sur la santé du Calédonien. Il s'agit de **placer l'homme au cœur de l'action publique**, et de conduire les esprits vers une conception holistique de la santé de l'Homme, eu égard au concept océanien de vie. Cette vision sera plus apte à satisfaire les exigences de *l'Etre en relation*, physiologiques de maintien de la vie, de protection et de sécurité, sociaux et d'appartenance identitaire, enfin d'estime et d'accomplissement de soi.

**« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »**<sup>2</sup>

Par ailleurs, baptiser ce plan « *DO KAMO* », c'est traduire cette volonté d'impulser une action commune en faveur de Calédoniens épanouis, responsables et solidaires. En ce sens, cela participera de la construction d'un projet de société, dans lequel chaque Calédonien a la possibilité de se reconnaître, s'appuyant sur des valeurs partagées :

- La parole et la confiance ;
- L'échange, la solidarité et le respect ;
- Le lien intergénérationnel et la famille ;
- Le « *lien particulier à la terre* », énoncé par le préambule de l'Accord de Nouméa, valeur culturelle forte partagée par beaucoup de Calédoniens, même s'ils le perçoivent de façon différente, de par leur culture ou leurs origines.

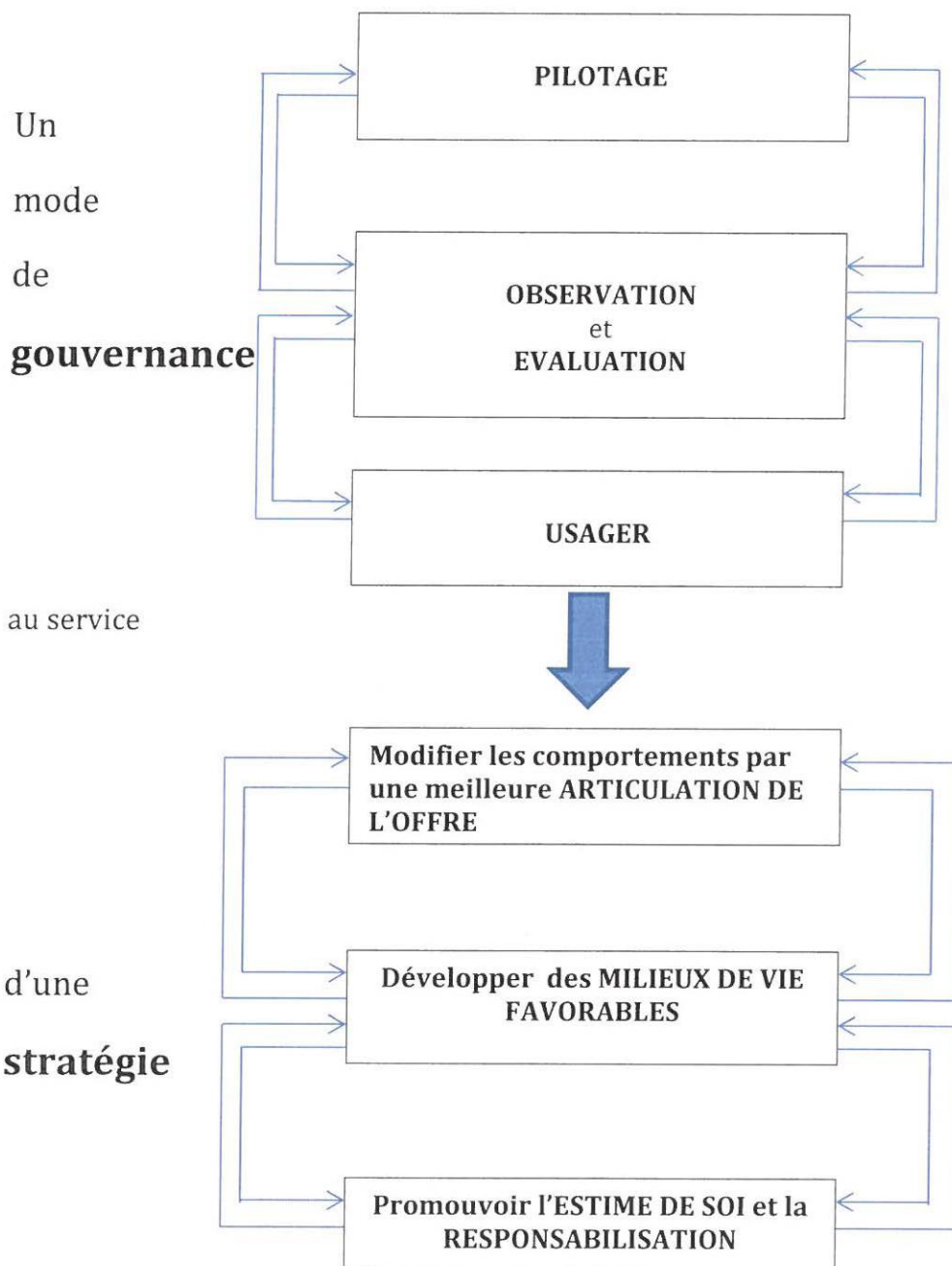
<sup>1</sup> Signifie « être épanoui, être en relation » en langue Ajië, langue kanak de l'aire vernaculaire Ajië-Arö (Nouvelle-Calédonie). Il est par ailleurs fort intéressant de noter que l'expression *Do Kamo* va de pair avec celle de *Do Neva*, signifiant « vrai pays ».

<sup>2</sup>Préambule à la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), tel qu'adopté par la Conférence Internationale sur la Santé, New York (19 juin-22 juillet 1946) signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États et entré en vigueur le 7 avril 1948. Dans les Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°2, p. 100. La définition n'a pas été modifiée depuis 1946.



# PLAN DE SANTE CALEDONIEN

## « DO KAMO, ETRE EPANOUI ! »





# 1 - PENSER DO KAMO : UNE GOUVERNANCE PAYS

Bâtir une politique de santé en s'appuyant sur un diagnostic partagé des problématiques à résoudre peut paraître simple. Et pourtant, il s'agit de (ré)concilier des réalités épidémiologiques, institutionnelles, économiques, territoriales, culturelles séparées en un ensemble cohérent, capable à la fois de faire consensus entre les acteurs et de donner du sens à une politique.

De nombreuses politiques développées par l'Etat, la Nouvelle-Calédonie, les provinces, les communes ont un impact sur la santé des Calédoniens. Améliorer leur coordination c'est améliorer leur pertinence, leur impact et aussi leur lisibilité pour le citoyen. Sans toucher aux compétences et légitimité de chaque institution, il est possible de définir des axes communs et de structurer les outils de coordination.

En somme, il s'agit de penser la santé dans l'ensemble de l'action publique calédonienne pour les 10 prochaines années à venir. De cette façon, le plan stratégique de santé calédonien DO KAMO se synchronisera avec le schéma d'aménagement et de planification ; améliorant ainsi l'action publique de la Nouvelle-Calédonie.

## 1.1 Une approche globale des politiques de santé calédonienne

Trouver les articulations entre les collectivités, compte tenu du partage des compétences, n'est pas toujours simple et pourtant nécessaires au vu de la taille de la population.

Le Calédonien ne s'arrête pas à la frontière d'une province ou d'une commune, ne s'inquiète pas de savoir si ses besoins sont de la compétence de telle ou telle collectivité. Partir de ses attentes doit permettre de rassembler les acteurs autour de l'objectif et d'y répondre au mieux.

**Axe stratégique n° 1 : Construire une GOUVERNANCE coordonnée en faveur de la santé, en s'appuyant sur des choix éclairés, des moyens mutualisés.**

**Afin d'améliorer la gouvernance, à travers une meilleure coordination et dans un objectif de pertinence des actions,** des principes peuvent être mis en avant pour les travaux futurs à mener :

- Piloter ;
- Observer ;
- Évaluer ;
- Maîtriser.

### 1.1.1 PILOTER : « Mieux coordonner pour réaliser ensemble »

#### *Une compétence dispersée...*

Les provinces jouent un rôle éminemment important dans l'offre de soins de proximité, la promotion de la santé et l'action sociale, matière qui demeure néanmoins transversale par nature, ne serait-ce que par les mouvements de personnes qui ne suivent pas les limites provinciales. La force des provinces, comme celle des communes, est la proximité avec la population, plus difficile à trouver à l'échelon pays, qui peut en ce sens établir des préconisations parfois éloignées des enjeux de proximité mais aussi apporter une certaine objectivité dans des décisions qui le nécessitent.

Sans remettre en question les compétences de chaque institution, des mutualisations de moyens et surtout une gouvernance coordonnée est possible autour d'un projet commun pour la santé des calédoniens. Il s'agit de construire une **logique d'action collective** en vue d'une **société favorable à la santé et au bien-être** et pas seulement de concilier des projets différents.

Cette stratégie est bien évidemment définie au travers d'une politique, mais devra également se traduire par un pilotage coordonné.

La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir ou de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé de la population. Cette carte sanitaire comprend les infrastructures d'hospitalisation, certaines activités de soins et les équipements matériels lourds<sup>3</sup>.

Le Comité d'Organisation Sanitaire et Sociale (C.O.S.S) émet un avis pour chacune des demandes d'autorisation dans le cadre de la carte sanitaire. Ses réunions sont reconnues comme un temps d'échange stratégique sur l'organisation des soins.

---

<sup>3</sup> Délibération modifiée n°429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.



Objectifs et leviers opérationnels n° 1.1 : Mettre en place un **PILOTAGE élargi** en intégrant toutes les structures de soins, médico-sociales et les professionnels de santé

- **Étendre la compétence du C.O.S.S.** à toutes les structures de soins (centres médicaux) et au conventionnement des professionnels de santé;
- **Repenser la composition du C.O.S.S.** pour améliorer sa représentativité en tenant compte de ses compétences élargies;
- **Assurer la déclinaison du C.O.S.S.** au niveau des services techniques pour assurer leur coordination en amont (instruction des dossiers) et en aval (visites de conformité et financement) des avis du comité;
- **Favoriser la constitution de réseaux de soins**, coordonnant les acteurs impliqués dans la prise en charge d'un problème de santé ou d'une population vulnérable.

Objectifs et leviers opérationnels n° 1.2 : Développer un **PILOTAGE de proximité** :

- **Définir des territoires de recours** reflétant les mouvements de population et pouvant être indépendant des découpages communaux et provinciaux;
- **Développer des organisations cibles**, propres à chacun de ces territoires de recours selon l'offre de soins en présence;
- **Accompagner des projets portés par les professionnels publics et privés de santé** et associant l'ensemble des acteurs permettant une approche globale de la santé.

**Par exemple**, un contrat local de santé sur une commune (territoire de recours) pourrait être expérimenté en s'appuyant sur :



- les axes stratégiques du plan Do Kamo reconnus comme prioritaires ;
- les différents plans thématiques déclinant ces axes prioritaires ;
- les structures autorisées dans le cadre d'un COSS « élargi » ;
- une méthodologie participative afin d'impliquer tous les acteurs de terrains (hôpital, professionnels de santé salariés et libéraux mais aussi la mairie, l'école, la gendarmerie, les coutumiers, la population) dès l'élaboration (choix des axes prioritaires), dans la mise en œuvre (participation de chacun) et dans son évaluation (impact ressenti et améliorations à apporter).

*L'échelon pays serait garant des axes stratégiques et viendrait en soutien méthodologique ; l'animation serait confiée aux acteurs de proximité.*

*Il est à noter qu'une telle organisation peut être pensée sur un territoire de recours à cheval sur plusieurs provinces ou communes ou encore à l'échelle d'un quartier.*

Une gouvernance améliorée par une observation et un pilotage mieux coordonnés permettra une meilleure cohérence des moyens mobilisés en faveur de la santé. En ce sens, elle apportera, à elle-seule une meilleure maîtrise des dépenses de santé.

### **1.1.2 OBSERVER : « Connaître pour mieux agir »**

Les professionnels s'accordent sur les difficultés rencontrées pour tirer pleinement parti des possibilités d'appariement des bases de données existantes. Ainsi, les sources de données sont nombreuses mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées.

Si le rapport annuel sur la situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie établit un recueil exhaustif de certaines pathologies à déclaration obligatoire, il recense principalement la consommation en soins et gagnerait à être enrichi de données permettant de mesurer les besoins ressentis, notamment sur les déterminants de santé.

La présentation des comptes de la santé met en avant les grands postes de dépenses. Cela permet notamment de connaître le coût de l'hospitalisation publique et celui de l'hospitalisation privée, mais s'agissant de volumes et de patients différents, cette présentation ne suffit pas à guider les mesures de maîtrise des dépenses. Ainsi, la connaissance du coût global de telle ou telle pathologie à l'échelle du pays serait plus utile pour prioriser les actions. Cela nécessite de parfaire le recueil de données et surtout de rendre disponibles certaines données qui ne le sont pas actuellement.

Enfin, certaines informations sont disponibles mais non connues des professionnels de santé, notamment parce qu'elles ne sont pas regroupées, ce qui pourrait améliorer leur diffusion.

Pour orienter la priorisation des actions, la façon d'observer doit être améliorée et faciliter la connaissance de l'état de santé des calédoniens et des coûts afférents, en donnant aux décideurs un outil accessible pour la prise de décisions :

Objectifs et leviers opérationnels n° 1.3 : Renforcer les capacités d'OBSERVATION de la santé à travers la mutualisation des moyens existants, afin de :

- **Améliorer la qualité des informations** disponibles et utiles au pilotage de l'action publique;
- **Enrichir la connaissance** de la santé des calédoniens et de ses déterminants;
- **Rendre meilleur la connaissance et l'analyse des coûts** afin de fiabiliser les prévisions de dépenses et orienter les priorités d'action;
- **Améliorer la diffusion des informations** auprès des services, acteurs et du grand public;
- **Imposer, pour se faire, les outils indispensables à cette amélioration de l'observation** ainsi qu'au suivi du parcours usager-patient.

Plusieurs pistes ont été proposées en ce sens par les groupes de travail. Il pourra s'agir par exemple de :

- systématiser et d'améliorer le renseignement du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (**PMSI**) dans tous les établissements hospitaliers (publics et privés).
- mettre en place la Classification Commune des Actes Médicaux (**CCAM**) avec un coefficient d'indexation unique (sans compensation pour les actes perdants).
- de mettre en place un **numéro d'usager unique** (par exemple le numéro CAFAT).

Avant la définition d'un plan d'actions, les différentes pistes évoquées par les acteurs nécessitent d'être étudiées sur :

- les aspects juridiques, éthiques, sociétaux ou économiques de l'utilisation des données de santé et de leur croisement avec d'autres données sur les déterminants de santé ;
- les moyens humains existants et parsemés dans les différents services ;
- les bases de données existantes qui pourraient être mieux utilisées.

**Par exemple**, il pourrait être réalisé un *état des lieux* de l'observation à travers la prise en charge d'une pathologie. Lors des premiers travaux menés en début d'année 2015, il avait été proposé l'élaboration d'un programme de lutte contre les pathologies de surcharge, associant actions préventives et curatives, fixant la responsabilité de chaque acteur et les moyens mobilisés et intégrant une évaluation des actions développées. Cet exercice pourrait permettre de diagnostiquer plus précisément les améliorations précises à apporter en termes :

- D'observation :



- *Quelles données ne sont pas disponibles ou peuvent être améliorées ? (Exemple, le poids des calédoniens, caractéristiques sociales des personnes touchées par les pathologies de surcharges)*
- *Quels moyens précis et globaux sont actuellement consacrés à ce programme ?*
- *De gouvernance : Quels leviers en vue d'une planification coordonnée des actions d'éducation pour la santé et soins curatifs de l'ensemble des acteurs ?*
- *De pilotage-organisation : quelle meilleure articulation possible ?*

### ***Mieux connaître, c'est aussi mieux évaluer l'action publique.***

Afin d'améliorer les connaissances sur les effets de l'action publique dans le domaine de la santé, compte tenu des enjeux non seulement de santé mais aussi financiers, l'évaluation est une nécessité.

Certaines évaluations de programmes ou d'activités sont ponctuellement menées. Elles apportent aux acteurs des informations utiles pour réadapter les programmes afin d'améliorer leur pertinence, leur cohérence, leur efficacité, leur efficience.

En ce sens, il est proposé de se doter d'une organisation permettant aux citoyens d'apprécier et d'améliorer les politiques de santé : l'évaluation.

### **1.1.3 ÉVALUER : « *Mieux informer pour évoluer* »**

Le premier plan stratégique de santé de la Nouvelle-Calédonie induit de repenser le service public, son action, son administration, sa gouvernance. Cela suppose une démarche évaluative, en vue d'améliorer le système de santé calédonien.

Il est donc nécessaire d'avoir un état des lieux, mais surtout d'avoir une évaluation répondant aux critères suivants : **l'efficience, l'efficacité, la cohérence et la pertinence.**

Ainsi, l'évaluation est un outil d'**aide à la décision** pour les décideurs-élus, qui dépasse le pilotage techniques ou rationnels que sont le contrôle (de conformité, de gestion) et l'audit (organisationnel, de performance). Elle est un outil de **performance**, car elle permet de qualifier les *résultats* de l'action évaluée, mais aussi parce que l'évaluation offre la possibilité d'apprécier les *impacts* d'une politique publique ; donc d'en estimer son **utilité**. Cette notion est en étroite relation avec les critères d'efficacité et de pertinence.

L'évaluation des politiques publiques est aussi un outil de **démocratie**, intégrant les citoyens-usagers, pour répondre à leur demande sociale d'information et de transparence. Enfin, l'évaluation est un élément de **démarche qualité** ouvrant sur de la concertation entre tous les acteurs d'une politique publique, du dialogue entre eux sur la conduite du changement et l'intégration capitale des citoyens-usagers au processus d'amélioration de l'action publique.

À partir de méthodes diverses et d'interrogations favorisant le dialogue autour de **la**



**finalité**, du **sens** et des **objectifs** des politiques de santé, l'évaluation arrive à « [...] *informer, qualifier et expliciter les mécanismes et/ou les (dys-)fonctionnements des politiques publiques [...].* »<sup>4</sup>

Par conséquent, l'évaluation de l'action publique ne consiste pas à estimer des personnes, mais plutôt à renseigner sur les effets produits, attendus ou non par une politique publique. Pour cela, l'évaluation s'intéresse plutôt aux pratiques professionnelles et aux dispositifs inhérents à une politique publique.

Par ailleurs, en utilisant l'évaluation pour moderniser l'action publique, il devient nécessaire de « [...] *développer des « pratiques d'ingénierie de l'action publique ». C'est-à-dire toutes actions de conceptualisation, de construction et d'accompagnement du changement des politiques publiques.* »<sup>5</sup>

Dès lors, l'intégration systématique de l'évaluation au moment de l'élaboration des plans, renforce leur utilité dans une démarche qualité, de performance, de prospective, de transparence et plus largement d'amélioration des politiques de santé.

Prévoir à l'avance l'ensemble des effets d'une politique n'est pas simple. Il est ainsi utile de s'interroger régulièrement sur l'efficacité, l'utilité, l'efficience, la pertinence et la cohérence des politiques par rapport à la finalité, aux objectifs et au sens fixés. Cela permet éventuellement de corriger rapidement les impacts non attendus, de les prendre en compte dans l'amélioration et l'élaboration de futures politiques et participer ainsi, à une meilleure lisibilité de l'action publique. Même si les objectifs poursuivis par une politique peuvent être multiples.

**Par exemple**, une politique d'aide sociale à destination des personnes âgées aura pour objectif premier de garantir, dans un esprit de solidarité envers tous nos anciens, un revenu minimum leur garantissant des conditions de vie dignes. Néanmoins, elle peut avoir des impacts non attendus par l'introduction de revenus individuels dans un mode de vie, de fonctionnement collectif. S'interroger sur les différents effets d'une politique peut en ce sens ouvrir de nouvelles pistes pour la réadapter.

**Axe stratégique n° 2 : Définir un modèle, une culture, une stratégie et une programmation de l'EVALUATION des politiques de santé (et l'institutionnaliser sur le long terme).**

Se poser la question, au moment de l'élaboration de toute nouvelle politique, de son impact sur la santé et le fait social, participe à la coordination des politiques publiques en faveur de la santé des populations. Un calédonien en bonne santé est une

<sup>4</sup> Dans La Revue Juridique, Politique et Économique de la N.C. n°24, Pascale DONIGUIAN, « L'amélioration de l'action publique par l'évaluation », p.25.

<sup>5</sup> Ibidem, p.27.

contribution à l'économie du pays, parce qu'il coûte moins cher à son système de santé mais surtout parce qu'il participe notamment à la compétitivité des entreprises ainsi qu'aux ressources fiscale.

En somme, il est question de penser la santé dans l'ensemble de l'action publique calédonienne.

Une stratégie commune en faveur de la santé ne permet pas, à elle-seule, d'assurer la cohérence de l'action publique. Elle doit pour cela se décliner au niveau du pilotage.

### Objectifs et leviers opérationnels n° 2.1 : Créer un ORGANISME D'EVALUATION de santé indépendant, afin de :

- **Programmer des évaluations continues** des politiques de santé définies au niveau de la Nouvelle-Calédonie;
- Intégrer dans les politiques de santé, la **démarche évaluative à tous les niveaux**;
- **Développer l'évaluation médico-économique**, en priorité sur les organisations de soins et pratiques repérées par les professionnels comme perfectibles;
- **Évaluer les modes d'organisation expérimentaux et innovants** avant d'envisager de les étendre;
- **Évaluer l'accès aux soins** (quelle que soit la situation géographique);
- **Évaluer régulièrement et rendre public les coûts de gestion** des organismes payeurs, établissements et services publics, établissements et services privés (lucratifs et associatifs);
- **Évaluer les coûts de la non prise en charge ou de la prise en charge tardive** de certaines pathologies.

*Par exemple, le développement de l'activité ambulatoire, en médecine comme en chirurgie, est préconisé en métropole, notamment pour des raisons économiques. Le niveau de pratique ambulatoire est, dans le secteur public, en dessous des seuils nationaux, dans le secteur privé, bien au-dessus. En Nouvelle-Calédonie, les modes de financement différents entre établissements privés et publics (un lit vide ou un lit plein coûte le même prix en dotation globale dans le secteur public) peuvent expliquer partiellement ces différences, la distance entre le domicile et l'établissement de santé également. En effet, certains patients résidant en province nord ou îles peuvent, pour de simples raisons de transport, être hospitalisés pour un acte chirurgical qui pourrait être pratiqué dans la journée.*



*Cette activité gagnerait à être évaluée selon une méthode transparente et rigoureuse au regard des économies potentielles mais surtout de la qualité de prise en charge avant d'établir des préconisations harmonisées au niveau de la planification et du financement.*

L'évaluation des politiques de santé doit s'accompagner d'une diffusion à tous les niveaux : des informations qu'elle génère et de la démarche en elle-même. Cette diffusion doit être pour cela portée par une équipe ou une structure au niveau du pilotage de l'action publique. Afin d'assurer sa reconnaissance par tous les acteurs, elle doit s'appuyer sur de réelles compétences locales et être indépendante des programmes, actions ou activités évaluées. Cela n'empêche en rien l'intégration d'un dialogue avec l'ensemble des acteurs de la politique de santé évaluée. L'évaluation doit pouvoir mettre en relief « *l'invisible du travail* » qui améliore l'action publique. En outre, la déclinaison des politiques en plan thématiques participera à faciliter leur évaluation.

L'évaluation, pour rendre compte de l'amélioration du service rendu, doit intégrer les usagers-citoyens dans l'évaluation, en ne s'arrêtant pas à l'information, la consultation ou la concertation de ceux-ci ; mais bien en leurs rendant le « *pouvoir d'agir* ». Cela nécessite de mettre en œuvre des méthodologies participatives particulières (type « *empowerment* ») et de développer la recherche en implémentation. L'organisme d'évaluation en santé pourrait apporter son expertise en la matière et proposer des pistes pour l'appropriation par les acteurs de la démarche d'évaluation et sur les pratiques d'ingénierie de l'action publique.

### Objectifs et leviers opérationnels n° 2.2 : Faire une première *évaluation « in itinere »* du système de santé (par politique, programme ou intervention), pour :

- **Avoir un « point de départ » (évaluation base)** et répéter annuellement cette démarche;
- **Intégrer et informer l'ensemble des acteurs stratégiques et opérationnels** dans la démarche d'amélioration du système de santé;
- **Développer et mettre en réseau les groupes de citoyens-usagers** collaborant à l'évaluation;
- **Former des acteurs de la santé à l'évaluation** et développer un réseau de l'amélioration du système de santé au sein des établissements et services publics;
- **Accompagner cette démarche évaluative d'une recherche-action;**
- **Institutionnaliser l'évaluation, dans les commissions de santé,** comme outil d'aide à la décision des élus-décideurs.



## 1.2 Vers un MODELE SOUTENABLE, EQUITABLE et DURABLE

### 1.2.1 MAITRISER : « Mieux appréhender l'avenir pour être co-responsable, cohérent et solidaire »

Bien que le système de protection sociale soit relativement jeune, le développement de l'offre de soins, l'amélioration des conditions socio-économiques et l'approfondissement du système de protection sociale ont contribué à une amélioration de l'état sanitaire global, mais se sont accompagnés d'une augmentation structurelle des dépenses de santé et d'un besoin de financement croissant.

La Nouvelle-Calédonie a mis en place des plans de redressement financier du régime d'assurance maladie et des plans de maîtrise des dépenses de santé. L'ensemble porte sur la conjugaison de mesures visant à apporter des ressources supplémentaires, réduire ou maîtriser les dépenses, optimiser l'offre et l'accès aux soins, la gouvernance ou le contrôle du système.

#### **Axe stratégique n° 3 : Assurer la PERENNITE DU SYSTEME de santé, à travers :**

- Des FINANCEMENTS qui s'inscrivent EN COHERENCE avec les politiques développées ;
- Un CONTRÔLE COORDONNE de la maîtrise des dépenses ;
- Une OPTIMISATION DE L'OFFRE de soins ;
- Une RESPONSABILISATION des acteurs.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 3.1 : Mettre en place une CONTRIBUTION DE SANTE PUBLIQUE sur les produits présentant un risque pour la santé et d'amélioration de l'accessibilité des produits "sains" :**

- **Inscrire les financements en cohérence avec les objectifs de promotion de la santé** qu'ils accompagnent ;
- **Taxer les publicités sur les produits présentant un risque pour la santé.**

**Objectifs et leviers opérationnels n° 3.2 : HARMONISER LES MODALITES DE FINANCEMENT entre les secteurs hospitaliers public et privé en s'appuyant sur la CONTRACTUALISATION :**

- **Proposer des modalités de tarification des activités hospitalières** incitant les acteurs à rendre efficient le dispositif d'offre de soins;
- **Imposer la signature et le respect de Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens** dans les établissements publics et privés;
- **Mettre en place des objectifs et des contrôles similaires** dans le public et le privé;
- **Étendre et renforcer le contrôle médical** (mener une réflexion sur ses missions et son positionnement);
- **Diminuer le nombre de références en Pharmacie;**
- **Systématiser le conventionnement** avec les établissements accueillant les évacués sanitaires.

*Par exemple, un nouveau mode de financement des établissements hospitaliers pourrait intégrer :*



- une part constante de dotation globale (y compris dans le privé) représentant les charges de structure et les coûts de missions d'intérêt général qui ne peuvent pas être liées à l'activité (urgences, qualité...);
- une part négociée liée à l'activité qui serait mesurée grâce au programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI);
- un cadre fixé par un contrat pluriannuel **d'objectifs** et de **moyens**, et suivi dans le cadre de revues annuelles de contrat.

*Cette piste nécessite toutefois, si elle est retenue, quelques adaptations de l'organisation actuelle. En effet, les objectifs et les moyens sont indissociables et supposent un pilotage unique des objectifs de qualité, de soins, d'activité que l'on donne aux établissements, publics comme privés, et du financement correspondant.*

## Objectifs et leviers opérationnels n° 3.3 : OPTIMISER L'OFFRE de soins :

- Favoriser les **coopérations** à travers :

- . La **mutualisation de moyens** des centres hospitaliers publics ;
- . La **complémentarité entre secteurs public et privé** avec pour objectif l'optimisation des coûts sans perte de qualité des soins ;
- . L'**harmonisation des parcours de soins par filière** s'appuyant sur des protocoles de soins standardisés ;
- . Le développement de la **coopération entre professionnels et entre établissements** (notamment par le renforcement de la cohérence entre les services hospitaliers et les professionnels de soins à domicile).

- Favoriser la diffusion de la « **démarche qualité** » au sein des établissements et professionnels de santé, en s'appuyant sur la participation des citoyens-usagers :

- . **Former les acteurs professionnels aux méthodes de projets transversaux, à la santé en communauté et aux approches mobilisant les « intelligences collectives » ;**
- . **Intégrer des réseaux de citoyens-usagers dans l'évaluation** des dispositifs ;
- . Mettre en place un système de **formation continue obligatoire pour tous les professionnels de santé ;**
- . Développer un **outil de mesure objectif et partagé des compétences professionnelles.**

- Favoriser les **dispositifs innovants.**

**Par exemple,** la Nouvelle-Calédonie pourrait lancer un appel à projet en faveur de la diffusion de la « démarche qualité » s'appuyant sur la participation des usagers. Un ou plusieurs projets innovants sélectionnés seraient alors accompagnés financièrement et méthodologiquement.



**Objectifs et leviers opérationnels n° 3.4 : RESPONSABILISER les acteurs :**

- **Imposer par la loi que toute nouvelle dépense ne puisse être engagée sans plan de financement correspondant** et placer au centre des politiques de santé, la recherche du meilleur rapport Coût/Efficacité;
- **Impliquer les acteurs (du public, du privé et libéraux) dans une réflexion d'optimisation** des dépenses dans leurs domaines respectifs;
- **Développer la transparence et la communication des comptes de la santé;**
- **Redéfinir les objectifs annuels de dépenses** (public, privé et libéraux) en vue de responsabiliser les acteurs;
- **Développer la responsabilisation des usagers-citoyens**, par des moyens combinés d'incitation et de répression;
- **Contractualiser le parcours de soins entre le patient et le médecin référent;**
- **Définir une stratégie coordonnée d'application du tiers payant et du ticket modérateur.**

*Par exemple, dans le cadre de la responsabilisation du patient, il pourrait être proposé de prendre en charge l'inobservance thérapeutique dans le cadre d'un protocole incluant éducation thérapeutique, prise en charge sociale et en cas d'échec décider de la suppression partielle à totale de l'exonération du ticket modérateur. Cette contractualisation, pour être bien menée, devrait s'appuyer sur une approche globale du patient et intégrer l'intervention des professionnels de santé, des auxiliaires médicaux (moniteur d'activité physique adaptée, psychologue, diététicienne) et de son entourage.*

*Dans le cadre de la responsabilisation des acteurs de santé, un programme de réduction des coûts à l'échelle d'un service hospitalier pourrait être expérimenté en parallèle dans un établissement public et dans un établissement privé.*

## 2 AGIR DO KAMO : UNE STRATEGIE COHESIVE

### 2.1 Le système de santé calédonien organisé AUTOUR du « trajet de vie des êtres épanouis ! »

Les politiques de santé calédonienne accompagnent l'être humain dans son épanouissement, son bien-être ; qu'il soit physique, mental, social, culturel voire spirituel. « *Être épanoui* », en bonne santé donc, permet de jouer pleinement son rôle d'ACTEUR DE LA SOCIÉTÉ calédonienne.

Dès lors, la santé se trouve être le cœur de l'action publique d'un pays, si ce dernier projette « *d'être debout* ». La santé n'est pas une série de politiques publiques isolées, coûteuses, peu stratégiques, complexes ou qui seraient l'affaire unique des experts médicaux. La santé publique est au contraire transversale (intersectorielle, transdisciplinaire, multi-niveau) et elle doit-être dans toutes les politiques publiques aussi bien au niveau de la santé de ses acteurs de ceux-ci, qu'à l'attention de ses destinataires.

L'action en santé est présente partout, où l'Être calédonien agit et « *fait société* ».

Ainsi l'ensemble de l'action publique calédonienne devrait-être à même de développer des politiques contenant un volet santé (et évaluation), car la santé est un élément central de la cohésion sociale ; établir une stratégie cohésive revient donc à : « *(re)mettre la santé au cœur d'un projet de société solidaire, pertinent et juste ; en engageant l'intérêt de tous pour la santé de chacun.* »

Par conséquent une stratégie cohésive en santé nécessite une attention particulière qui ne consiste pas simplement à « *placer l'usager au cœur de tout dispositif d'accompagnement* », mais plutôt d'être attentif à son trajet de vie en l'accompagnant de manière cohérente, pertinente, efficace et UTILE.

À partir du moment où a été donné aux acteurs de la santé une **stratégie commune** par des orientations pertinentes, et qu'a été amélioré la **coordination** du système de santé par un pilotage cohérent, il convient de s'intéresser au destinataire de l'action publique : le **CITOYEN-USAGER**.

Afin de servir au mieux les besoins des usagers, il est proposé de réorienter les services de santé vers une prise en compte des personnes dans leur globalité, selon leur contexte social, environnemental et culturel. Les élus-décideurs, les groupes de santé communautaire, les professionnels-experts de la santé, doivent œuvrer ensemble à la création d'un système de santé servant au mieux l'accomplissement de soi (par l'épanouissement et la réalisation de soi) et l'intérêt des calédoniens.

Par-delà leurs mandats d'offre de services cliniques et curatifs, les services doivent proposer une offre plus vaste, plus respectueuse des besoins culturels qui les amène à



soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine. La réorientation des services de santé exige une attention accrue dans la recherche et des changements dans l'enseignement et la formation des professionnels.

**Axe stratégique n° 4 : Définir et STRUCTURER UNE ACTION PUBLIQUE pays en faveur de la santé (pour et par tous) : participer à l'évolution vers un nouveau modèle de société en tenant compte des moyens disponibles.**

Les responsables politiques sont invités à orienter leurs décisions, à tout niveau et quel qu'en soit le secteur, pour qu'elles soient le plus favorable possible à la santé de la population.

Parce que la santé va bien au-delà de l'absence de maladie, sa promotion dépasse le cadre restreint des soins médicaux. Elle inscrit la santé à l'ordre du jour des responsables politiques de tous les secteurs en les incitant à prendre la mesure des conséquences de leurs décisions sur la santé. L'action publique doit être coordonnée et conduire à des politiques de santé bien sûr, mais aussi financières et sociales qui favorisent davantage l'équité.

Le choix le plus facile pour les responsables politiques doit aussi être le meilleur pour la santé.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 4.1 : Décliner la politique de santé sous forme de PLANS THEMATIQUES ou POPULATIONNELS :**

- **En intégrant l'éducation et la promotion pour la santé, le curatif et le social ;**
- **Fixant la part de responsabilité de chaque acteur;**
- **Avec des projets-actions;**
- **Comprenant une évaluation, qui contribue par la même occasion à l'amélioration du système de santé calédonien.**

Dans l'ensemble du système de santé, il s'agit de construire une stratégie transversale commune (interdisciplinaire, intersectorielle, interinstitutionnelle, transculturelle) autour d'une thématique qui reflète une problématique de santé identifiée comme prioritaire (les pathologies de surcharge, les addictions...) ou une population particulière (personnes âgées, personnes handicapées...) ou les deux à la fois (les jeunes et les comportements à risque). L'association, dans un même plan, des actions de promotion de la santé et de soins permettra une continuité et une cohérence dans les messages, mais surtout une diffusion de la promotion de la santé dans le soin, l'un n'allant pas sans l'autre.

La déclinaison d'axes stratégiques communs sous forme de plan, avec pour objectif de fixer la part de responsabilité de chaque acteur, permet de décliner l'action publique de manière articulée, chacun apportant sa participation dans un ensemble cohérent.

#### **Objectifs et leviers opérationnels n° 4.2 : PRIORISER DES THÉMATIQUES ELEMENTAIRES dans le trajet de vie :**

- **Garantir le droit d'accès à la promotion et l'éducation pour la santé de tous et à tout âge;**
- **Protéger le début de la vie et la famille;**
- **Anticiper l'impact du vieillissement de la population;**
- **Réduire les inégalités d'accès aux soins;**
- **Rendre les environnements de vie plus favorables à la santé de tous;**
- **Améliorer la qualité de l'offre alimentaire et garantir une équité de ces politiques (import/production locale);**
- **Réduire la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, cannabis, kava);**
- **Former les professionnels à la promotion de la santé, la santé communautaire et aux approches de la santé des océaniens;**
- **Réfléchir à une articulation des pratiques thérapeutiques et sociales, entre médecine conventionnelle et médecines océaniques, qui concoure à la promotion de la santé.**

*Par exemple, le docteur Henri JOSEPH, élu homme de l'année en Guadeloupe en 2014, après 10 années de lutte juridique et scientifique a permis la reconnaissance des plantes issues de la médecine des outre mers par la modification du code de la santé publique à l'article L5112-1. C'est aussi la production du premier Vidal sur la pharmacopée traditionnelle caribéenne par le réseau TRAMIL, qui est un programme de recherche appliquée à la médecine traditionnelle dont la mission est de valider scientifiquement les usages traditionnels de plantes médicinales pour les soins de santé primaire.*

La participation des acteurs et des usagers a permis d'identifier certaines thématiques à développer dans les politiques en faveur de la santé. Le développement d'une meilleure observation permettra également d'orienter les politiques publiques et de les appuyer sur un diagnostic plus précis des moyens actuellement mis en œuvre et des améliorations possibles.



**Par exemple**, les acteurs ont mis en avant dans leurs travaux la qualité de l'offre alimentaire. Cette thématique a emporté l'adhésion des participants aux différents séminaires. Un habitant de Lifou a ainsi partagé son incompréhension : « on distribue des pains au chocolat aux enfants à l'école alors que les papayes, qui poussent partout, sont données aux poules ».

Pour répondre aux attentes de la population sur ce point précis, l'axe « Rendre les environnements de vie plus favorables à la santé de tous » sera décliné par l'objectif « favoriser la qualité alimentaire en restauration scolaire (produits locaux) ». Cela suppose de réfléchir notamment aux leviers pour faciliter l'accessibilité aux produits locaux et accompagner la réorientation des entreprises locales vers la production de produits plus sains.

En ce sens, est à mettre en avant l'initiative prise par les industries agro-alimentaires membres de la Fédération des Industries de Nouvelle-Calédonie (F.I.N.C.) de signer une charte volontaire par laquelle les signataires s'engagent notamment à :

- Réduire les teneurs en sel, en sucre et en matière grasse ;
- Mettre en place un étiquetage des valeurs nutritionnelles ;
- Sensibiliser et former les salariés aux questions de nutrition ;
- Favoriser l'essor des produits de l'agriculture locale.

Bâtir une stratégie commune en faveur de la santé suppose de s'interroger aussi régulièrement sur l'atteinte des objectifs fixés, les impacts non-attendus, l'utilité d'une action et la réponse apportée aux attentes des Calédoniens.

## Axe stratégique n°5 : Réorienter l'action de santé AUTOUR DE L'USAGER.

### Objectifs et leviers opérationnels n° 5.1 : TENIR COMPTE DES BESOINS de publics cibles :

- Rendre obligatoire la **formation des professionnels de santé à la promotion de la santé, à l'approche communautaire et aux approches de santé des océaniens**;
- Renforcer l'**accompagnement et les soins pour les populations vulnérables**;
- Renforcer la **prise en charge de proximité des comportements à risque**;
- Renforcer l'**intervention précoce pour les publics à risque**.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 5.2 : Agir au plus près de l'utilisateur :**

- Renforcer les réseaux de proximité ;
- Développer de nouveaux métiers pour améliorer l'accès à la santé pour tous ;
- Mettre en place, au sein de la population, des médiateurs de santé ;
- Réfléchir à la généralisation du **Médecin Référent**, pivot du système de santé, pour tous les patients.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 5.3 : Garantir l'accès à la promotion et l'éducation pour la santé pour tous :**

- Garantir l'accès à la **santé scolaire** et à la **santé au travail** pour tous.

Il s'agit ensuite de mettre en cohérence la promotion de la santé et l'organisation des structures judiciaires, sanitaires et sociales avec les aspirations des communautés.

*Par exemple, l'axe « Mettre en place, au sein de la population, des médiateurs de santé » pourrait traduire une demande répétée par les citoyens lors des séminaires de Lifou, Nouméa, Koné, de remettre en place les vigiles de santé.*

*Interview d'un cadre provincial :*

*« J'ai fait partie des formateurs des vigiles dans les années 89. Ils étaient très nombreux, soit une centaine aux îles, organisés en association. Ils étaient désignés par les chefferies. C'était des bénévoles, très courageux. Il y en avait un, par tribu, désigné par le chef de tribu. Leur association était subventionnée (mairies, les régions à l'époque, ..) pour l'acquisition de véhicule, matériel. Ils étaient notre référent lors de nos visites médicales en tribu. Rien ne nous échappait, aussi bien pour les cas sanitaires que sociaux. Leur association a implosé car le besoin se faisait crescendo mais les moyens ne suivaient pas. Les jeunes filles et garçons que j'ai connus à l'époque, se sont mariés, ont eu des enfants, et ont dû renoncer au bénévolat.*

*Voilà. Il faudra tout recommencer, et assurer le cadrage réglementaire et financier. »*



**Objectifs et leviers opérationnels n° 5.4 : Améliorer l'accès aux soins :**

- En rendant **l'offre de soins plus accessible** géographiquement ;
- En améliorant l'accès à une couverture sociale de qualité : **une caisse primaire unique** de base pour la gestion des cinq couvertures sociales, et un **régime d'assurance santé complémentaire obligatoire** pour tous (pas forcément unique) ;
- En garantissant le fonctionnement de l'offre de soins de proximité : mettre en place des conditions favorables à la stabilité des équipes soignantes. En améliorant les **conditions de vie des personnels et le développement d'un environnement professionnel sûr et favorable**.

*« L'objectif de la proximité est de maintenir le plus de services possibles auprès des citoyens. Dans le cadre des services sanitaires, la proximité implique un nombre élevé d'unités de production de soins, donc un niveau d'équipement et un volume d'activité « relativement réduits » pour chaque unité. A contrario, les soins de haute qualité technique nécessitent un niveau d'équipement élevé et un fort volume d'activité dans chaque unité de production, donc un nombre « relativement réduit » d'unités. »<sup>6</sup>*

La proximité, si elle participe à l'accessibilité aux soins, ne peut, à elle seule, la garantir. Différents freins et leviers d'amélioration de l'accès aux soins et d'optimisation du système doivent être approfondis. Ils concernent des contraintes préalables à l'offre et l'existence de l'offre de soins.

*Des contraintes préalables à l'offre...*

La distance qui éloigne une partie de la population des centres médico-sociaux, lorsqu'elle se cumule avec un faible niveau de revenus et l'absence de moyen de transport personnel, limite considérablement l'accès aux soins. Pour pallier à ces difficultés, la Province Nord a organisé dans certaines de ses communes, un système de navettes gratuites pour les ressortissants de l'Aide Médicale Nord entre les tribus les plus éloignées et le Centre Médical. Les bénéficiaires du RUAMM peuvent en outre bénéficier de cette offre à des tarifs qui, bien qu'ils restent importants pour certains foyers, sont de nature à améliorer l'accès au centre médical. Ces dispositifs pourraient faire l'objet d'une évaluation afin d'en envisager l'extension aux autres provinces.

Parallèlement, un autre préalable nécessaire à l'accès aux soins est l'accès à une couverture sociale de qualité. Le pays dispose de cinq couvertures sociales sans passerelles évidentes et automatiques entre elles. Cette situation favorise les risques de ruptures de couvertures qui entraînent systématiquement des ruptures dans la dynamique de prévention et de soins. Dans le contexte particulier des dépistages, le système du fonds de compensation en santé publique est montré en exemple de réussite

<sup>6</sup> LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., 2001, « Les soins de proximité : une exception française ? », CREDES, p.12.

évitant les écueils liés à la multiplicité des couvertures et aux délais de carence. En ce sens, certains acteurs des groupes de travail ont proposé **un régime unique**. Toutefois cela induit de nombreuses répercussions sur les modes de financement des structures de soin et de prévention et des questionnements sur le respect de la répartition des compétences. Une telle réforme ne peut être menée sans une étude approfondie préalable et une forte volonté politique en ce sens.

Par ailleurs, le reste à charge pour le foyer dans ses dépenses de santé et l'éventuel renoncement aux soins qu'il peut générer sont mal estimés. S'il est connu pour être important pour les soins ne bénéficiant d'un taux de remboursement avantageux, tels que les soins dentaires et d'optique, il peut également être conséquent pour les personnes ne bénéficiant pas de couverture complémentaire. C'est le cas des bénéficiaires du Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM) qui disposent de ressources à la fois insuffisantes pour compléter leur couverture sociale obligatoire par **une mutuelle complémentaire** et trop importantes pour bénéficier de l'aide sociale des provinces (carte B).

#### *L'existence de l'offre de soins...*

Si les trois provinces ont investi dans le maillage territorial de l'offre publique de soins de proximité, elles sont confrontées à des difficultés de recrutement et de pérennisation de leur personnel médical, particulièrement dans le nord et les îles.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis plusieurs **recommandations pour fidéliser les personnels de santé dans les zones isolées**<sup>7</sup>. Elles concernent, en premier lieu, l'amélioration des conditions de vie des personnels et le développement d'un environnement professionnel sûr et favorable. Cela passe notamment par l'animation d'un réseau professionnel et un soutien de proximité pour faciliter la coopération entre personnels de santé de zones mieux pourvues et personnels de zones mal desservies et, là où cela est possible, apporter un appui supplémentaire au moyen de la télésanté.

**Par exemple**, afin d'améliorer l'accès aux soins spécialisés en dehors du grand Nouméa, initier des actions de coopération avec les professionnels libéraux, les mutuelles, l'ASS-NC et les établissements hospitaliers de Nouvelle-Calédonie. C'est le cas, par exemple, en matière de gynécologie, des spécialistes libéraux intervenant dans les îles et des praticiens du CHT intervenant dans le nord. Grâce au concours de la Mutuelle du Nickel et de la Mutuelle des fonctionnaires, l'accès aux soins dentaires et d'ophtalmologie a été amélioré dans les îles. L'accès aux soins spécialisés de psychiatrie repose, quant à lui, sur une organisation décentralisée comprenant trois unités sur Poindimié, Koumac et Lifou et des vacations de psychiatre dans 13 autres communes.

Outre l'amélioration de l'accès aux soins spécialisés, ces actions permettent de limiter l'isolement des personnels des centres médicaux. Elles reposent essentiellement sur une bonne coordination des acteurs.

---

<sup>7</sup> OMS, 2010, *Recommandations pour une politique mondiale - Accroître l'accès aux personnels de santé dans les zones rurales ou reculées grâce à une meilleure fidélisation*, 76 p.



## **2.2 Des COMPORTEMENTS RESPONSABLES s'appuyant sur des MILIEUX DE VIE FAVORABLES à la santé et au bien-être**

### **2.2.1 Les savoirs des calédoniens pour des choix éclairés exploitant les schémas culturels**

Les conditions de travail, de vie, la qualité des liens sociaux, l'éducation sont autant de déterminants qui ont un impact sur la fréquence d'exposition des individus à des facteurs de risque. Ces inégalités sociales de santé justifient que des moyens plus importants soient mobilisés en faveur des individus qui cumulent des facteurs de risque, ceci afin de rétablir une égalité dans l'espérance de vie en bonne santé. Pour cela, il est nécessaire de rééquilibrer la répartition de l'offre de services au niveau des bassins de vie, mais surtout d'adapter ces services aux populations, à leurs difficultés, réalités (socioculturelles, socioéconomiques) et leurs ressources (psychosociales, matérielles).

Les connaissances nutritionnelles des calédoniens ont été évaluées, dans le cadre du « *Baromètre Santé* » effectué par l'Agence Sanitaire et Sociale, à partir de sept allégations pour lesquelles les personnes devaient répondre vrai ou faux. Les résultats font apparaître des différences significatives selon les communautés pour les connaissances nutritionnelles. En général, les mélanésiens et polynésiens sont plus nombreux que les autres à ne pas connaître les réponses justes. En ce sens, les actions en faveur de changements de comportements doivent être adaptées selon le public cible et prendre en compte les schémas culturels.

Le renforcement des aptitudes individuelles faisant partie intégrante de la promotion de la santé, les groupes de travail proposent de renforcer, au travers d'une approche culturelle, les savoirs, savoirs être et savoirs faire des calédoniens pour favoriser des choix éclairés de santé. La promotion de la santé s'appuie sur le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie.

**Axe stratégique n°6 : Soutenir, encourager les citoyens-usagers à adopter les COMPORTEMENTS SAINS.**

**Objectifs et leviers opérationnels n° 6.1 : COMPRENDRE le calédonien :**

- **Mieux comprendre les représentations et mécanismes de santé des calédoniens** avant de faire passer des messages;
- **Reconnaître les valeurs attachées aux soins de santé primaire et articuler les représentations et les approches de santé des océaniens** dans l'accès à ces soins.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 6.2 : SENSIBILISER le calédonien :**

- **Systematisation de campagnes de communication** (tout public et public ciblé comme vulnérable ou en difficultés) et travail de changement des normes et des représentations sociales.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 6.3 : Insister sur le DEBUT DE LA VIE :**

- **Éducation pour la santé à l'école**, en impliquant les familles, **chez la femme enceinte** et pour les jeunes déscolarisés;
- **Soutien à la parentalité**;
- **Développement des compétences psychosociales** (estime de soi et le don de soi).



**Objectifs et leviers opérationnels n° 6.4 : Améliorer l'accès aux soins :**

- Développement de l'éducation thérapeutique des patients et de leur entourage;
- Renforcer les connaissances des usagers pour leur permettre de mieux bénéficier des systèmes.

*Les femmes enceintes ont été identifiées par les groupes de travail comme un public cible à privilégier dans les actions d'éducation à la santé. En effet, « attendre un enfant » est un moment à privilégier pour apporter les connaissances nécessaires aux parents afin qu'ils contribuent le mieux possible à la santé de l'enfant, et par conséquent du citoyen en devenir.*

*Ainsi, un ensemble cohérent de promotion de la santé pourrait être organisé autour de la grossesse et de la première année de l'enfant. Cette action commune s'appuierait sur la participation de chaque acteur et sur des milieux de vie sains.*

### **2.2.2 Des milieux de vie favorables à la santé et au bien être**

*« La santé est engendrée et vécue dans les divers milieux de vie de la vie quotidienne :*

***Là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue  
et où l'on aime. »<sup>8</sup>***

Selon l'O.M.S., un milieu de vie en santé est un « *Lieu ou contexte social dans lequel les individus vaquent à leurs activités quotidiennes et où les facteurs environnementaux, organisationnels et personnels influent les uns sur les autres et ont ainsi des effets sur la santé et le bien-être.*

*Un milieu de vie est aussi un lieu où des personnes utilisent activement ou façonnent l'environnement et ainsi créent ou résolvent des problèmes relatifs à la santé. Normalement, les milieux de vie se caractérisent par des frontières physiques, diverses personnes ayant des rôles définis et une structure organisationnelle. »<sup>9</sup>*

Parce que les individus sont inextricablement liés à leur milieu, il est proposé de favoriser l'évolution des modes de vie, l'organisation du travail et des loisirs pour créer une société plus saine. L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population.

<sup>8</sup> OMS (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, p. 3

<sup>9</sup> Milieux de vie – OMS (1998) Glossaire de la promotion de la santé, p. 22

L'évaluation systématique des effets d'un environnement en évolution rapide est indispensable, et doit être suivie d'une action garantissant le caractère positif de ces effets sur la santé publique. La protection des milieux naturels et la conservation des ressources naturelles doivent être des parties intégrantes de toute stratégie de promotion de la santé.

## **Axe stratégique n°7 : Rendre les milieux de vie favorables à la santé et au bien-être.**

### **Objectifs et leviers opérationnels n° 7.1 : Agir sur les lieux d'apprentissage , « Là où l'on apprend » :**

- Systématiser les **actions d'éducation et de promotion à la santé à différents âges**;
- Favoriser la **qualité alimentaire en restauration scolaire** (produits locaux) ;
- **Promouvoir le développement des jardins communautaires et thérapeutiques.**

### **Objectifs et leviers opérationnels n° 7.2 : Intervenir sur les lieux de travail, « Là où l'on travaille » :**

- Rendre le **travail plus favorable à la santé**;
- **Intégrer les entreprises aux actions de promotion de la santé.**

### **Objectifs et leviers opérationnels n° 7.3 : Agir sur les lieux de jeux , « Là où l'on joue » :**

- Faciliter la pratique **d'activités physiques** ;
- **Réduire l'accessibilité aux produits psychoactifs.**



### Objectifs et leviers opérationnels n° 7.4 : améliorer la qualité de la vie en société , « Là où l'on aime » :

- **Lutter contre l'isolement social** et le repli sur soi;
- **Lutter contre les comportements à risque et favoriser les comportements exemplaires** chez les personnes ayant un rôle social (enseignants, coutumiers, religieux, ..);
- **Promouvoir l'équité** (approche genre, lutte contre les violences faites aux femmes, approche intégrée du handicap et la dépendance, accompagner la jeunesse);
- **Rendre bien traitants les milieux de vie des structures d'accueil** éducatives et sociales;
- **Faciliter l'accès des familles défavorisées à une alimentation de qualité;**
- **Protéger la qualité de l'air et la ressource en eau.**

**Par exemple**, un programme d'amélioration de la qualité de vie au travail dans un centre médical pourrait être accompagné méthodologiquement afin :

- De construire le projet à partir des aspirations de l'employeur mais surtout des employés ;
- De soutenir le projet au moyens de compétences professionnels (animateur sportif, diététicienne, écologie, communication managériale) en fonction du projet développé ;
- De permettre l'évaluation du projet par la mesure objective des améliorations et l'identification des leviers d'action.

Outre la contribution à la santé des employés, ce type de programme peut contribuer à la stabilisation des personnels et à l'amélioration du service rendu.

Ainsi, un programme mené en ce sens dans un hôpital au Canada a été considéré par les professionnels comme contribuant à fournir un excellent service aux patients<sup>10</sup>.

Par ailleurs, partir des aspirations des publics concernés, en faisant appel à une méthodologie participative est un bon moyen d'envisager la santé de manière globale. En effet, les projets peuvent ainsi refléter des attentes environnementales, sportives... qui obligent à faire appel à des compétences présentes au sein de services insuffisamment associés aux actions de promotion de la santé. Ce type d'action peut ainsi répondre à un autre objectif qu'est celui d'une meilleure coordination des services.

<sup>10</sup> Hospital News, Canada's Health-care Newspaper. (2006). Kailo : an award-winning approach to workplace wellness, Vol. 19, No 1, janvier 2006. Consulté sur : [www.hospitalnews.com](http://www.hospitalnews.com)

## 2.3 L'action collective au service du DO KAMO

### 2.3.1 Recueillir la parole des Calédoniens pour améliorer le système de santé :

Parler de système de santé revient à dialoguer sur ce qui « *fait société* », ce qui fait cohésion : c'est le cœur de **l'intérêt général**. La réalité sociale, culturelle, économique, administrative et politique de la Nouvelle-Calédonie incite de plus en plus les différents acteurs des politiques publiques (au niveau décisionnaire, stratégique et opérationnel) à mieux comprendre, gérer, se projeter et anticiper l'avenir ; mais surtout mieux « [...] *accompagner les dynamiques de changement nécessaires au processus d'amélioration.* »<sup>11</sup>

Dès lors, les démarches telles que la prospective et l'évaluation apparaissent comme essentielles dans la modernisation de l'action publique.

Plus que jamais améliorer le système de santé de la Nouvelle-Calédonie revient à mieux articuler l'action publique avec la réalité socio-économique, socioculturelle, socio-politique du pays.

Les Assises de la santé 2015 ont offert des espaces où « *la parole a été recueillie* » pour, d'une part, entendre toutes les voix et, d'autre part, pour replacer les usagers-citoyens au cœur du système de santé calédonien.

Cette approche vise à favoriser l'implication des acteurs et des citoyens aux différentes étapes du processus décisionnel :

- La définition du problème à résoudre, le diagnostic partagé ;
- La planification, l'élaboration de la politique pour résoudre la problématique ;
- La mise en œuvre de programme et de projets-actions ;
- L'évaluation, qui pourra informer à nouveau et inscrire le processus décisionnel dans une boucle d'amélioration continue.

Une méthodologie participative institutionnalisée permet de confronter de manière permanente la décision à ceux qu'elle affecte. C'est une démarche qui peut être développée dans l'élaboration des politiques publiques, mais également dans le processus de démocratie de proximité ; au plus près des populations, dans les communes, dans les quartiers.

C'est ainsi à la fois un élément de l'évaluation de l'action publique, mais également, lorsque la participation est recherchée au plus près des communautés, un levier de développement de l'action de santé en communauté.

---

<sup>11</sup> Dans La Revue Juridique, Politique et Économique de la N.C. n°24, Pascale DONIGUIAN, « *L'amélioration de l'action publique par l'évaluation* », p.27.



Ainsi, la participation des citoyens et de tous les acteurs de santé, au niveau local, poursuit plusieurs objectifs :

- accroître **la confiance** dans les institutions et la légitimité de l'action publique ;
- améliorer **l'implication, la participation et l'intégration** des acteurs opérationnels et citoyens-usagers dans la mise en œuvre (les personnes qui contribuent à trouver une solution ont plus de chances d'appuyer la décision) ;
- améliorer **la démocratie** par la prise en compte et l'échange de point de vue différents ; en premier lieu celui de ceux qui seront affectés par la décision ;
- partager des informations, des données et des expériences, afin d'**apprendre de l'action publique**.

« *La parole des usagers-citoyens et des acteurs opérationnels de santé ainsi recueillie* » offre la possibilité d'atteindre deux buts :

- l'amélioration des politiques publique, via une démarche qualité ;
- le développement d'action de santé en communauté.

La santé communautaire ou participative est une approche visant à améliorer la vie des habitants en faisant appel à leur mobilisation et à leur intervention. C'est en outre un moyen d'évaluer la pertinence des politiques publiques au regard des attentes des usagers.

Les messages diffusés en vue d'une amélioration des comportements ne suffisent pas par elles-mêmes à modifier les pratiques pour plusieurs raisons :

- La force de l'habitude, tout changement nécessite un effort ;
- Les messages contradictoires, l'opinion résulte de forces antagonistes (lobbying, leader d'opinion, pression de l'entourage, discours paradoxaux, ..).
- Les difficultés matérielles.

Il est possible de contrecarrer ces effets en accompagnant (en traduisant) les recommandations.

### 2.3.2 La sante en communauté

L'action publique puise insuffisamment dans les ressources humaines et matérielles de la « *communauté* ». Ici, le terme « *communauté* » s'entend au sens d'une population qui vit sur un territoire donné. Dans le cadre des projets de santé en communauté, il s'agit de **collectifs de citoyens-usagers**, qui n'ont pas nécessairement d'existence administrative (type associatif).

C'est pourtant une piste intéressante à envisager afin de stimuler, promouvoir ou préserver l'auto-assistance, le soutien social mais surtout le « *pouvoir d'agir* » (type *empowerment*), ceci en vue de maintenir une société solidaire et responsable.

Il est proposé de laisser aux populations toute la liberté d'agir pour leur propre bien-être en intégrant leur participation aux prises de décision et à la mise en œuvre des actions pour une meilleure santé. La promotion de la santé passe par la participation effective et concrète des collectifs à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé.

**Axe stratégique n°8 : Développer la PARTICIPATION DES COLLECTIFS de citoyens-usagers émanant des populations locales pour une meilleure santé.**

**Objectifs et leviers opérationnels n° 8.1 : INTEGRER LES COLLECTIFS DE CITOYENS-USAGERS pour la définition et la mise en place des programme et projets-actions, à travers :**

- L'utilisation des ressources humaines et matérielles locales ;
- Un état des lieux réguliers des besoins de santé et difficultés rencontrées ;
- La mise en place de programmes de développement des compétences psychosociales ;
- Le développement de programmes de soutien à la parentalité.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 8.2 : Favoriser la PARTICIPATION DES POPULATIONS EN PARTANT DE LEURS ASPIRATIONS, à l'éducation à la santé par :**

- Le développement des compétences psychosociales (estime et don de soi) ;
- L'éducation nutritionnelle et pratique d'activité physique à tout âge ;
- L'éducation à la santé sexuelle et relationnelle ;
- L'éducation à l'hygiène.



**Objectifs et leviers opérationnels n° 8.3 : Favoriser la PARTICIPATION DES POPULATIONS en développant plus de cohérence autour des actions de DEVELOPPEMENT LOCALES, qu'elles soient socioculturelles, socio-économiques, socio-éducatives, médico-sociales:**

- Favoriser le développement de l'agriculture informelle ;
- Favoriser la mutualisation des acteurs de santé en communauté ;
- Définir le rôle des coutumiers dans la santé;
- Finaliser les travaux sur la loi de pays relative à la sauvegarde du patrimoine immatériel autochtone ;
- Créer les conditions d'un espace de recherche pour améliorer la compréhension de la médecine traditionnelle, envisager les conditions de sa reconnaissance et d'une meilleure prise en compte dans le cadre de la régulation sociale et de la médecine conventionnelle.

**Objectifs et leviers opérationnels n° 8.4 : Favoriser la PARTICIPATION DES POPULATIONS par plus de RECONNAISSANCE DE LA COMMUNAUTE COMME LEVIER DE CHANGEMENT vers la santé et le bien-être :**

- Aborder de manière globale et décloisonnée les problématiques de santé ;
- Impulser la promotion du bien être ;
- Promouvoir la transmission intergénérationnelle des valeurs de vie ;
- Résoudre les problèmes liés à la consommation de produits psychoactifs ;
- S'appuyer sur les systèmes organisationnels existants (religieux, coutumiers) pour engager les actions de prévention et d'éducation à la santé ;
- Favoriser les comportements exemplaires au sein des communautés ;
- Renforcer la solidarité intergénérationnelle au sein des communautés ;
- Soutenir la participation des communautés à la prise en charge du vieillissement.

**Par exemple,** la transmission intergénérationnelle des valeurs de vie et le renforcement de la solidarité intergénérationnelle au sein des communautés pourrait être favorisés par le soutien de projets tels que :

- L'animation d'ateliers par les anciens au sein de l'école ;
- Un système de garde solidaire pour enfants laissant une part importante aux personnes âgées ;
- Des temps d'échanges privilégiés entre jeunes et anciens dans le cadre de jardins communautaires et thérapeutiques.

Afin de traduire la volonté de favoriser l'action communautaire, il ne s'agit pas ici de professionnels qui interviennent dans la communauté pour y proposer un programme à y développer. Il s'agit bien d'apporter un soutien extérieur à une action qui part de la communauté, à un processus où les personnes qui ont un problème commun travaillent ensemble pour le résoudre.



### 3 LES AXES STRATEGIQUES DU DO KAMO

3.1 Une **GOVERNANCE modernisée** : un pilotage renseigné par une évaluation *in itinere* avec le point de vue de l'utilisateur

**Axe stratégique n° 1 : Construire une GOUVERNANCE coordonnée en faveur de la santé, en s'appuyant sur des choix éclairés, des moyens mutualisés.**

**Axe stratégique n° 2 : Définir un modèle, une culture, une stratégie et une programmation de l'EVALUATION des politiques de santé (et l'institutionnaliser sur le long terme).**

**Axe stratégique n° 3 : Assurer la PERENNITE DU SYSTEME de santé, à travers :**

- Des financements qui s'inscrivent en cohérence avec les politiques développées ;
- Un contrôle coordonné de la maîtrise des dépenses ;
- Une optimisation de l'offre de soins ;
- Une responsabilisation des acteurs.

3.2 Une **STRATEGIE DE SANTE** : la santé du calédonien au cœur de l'action publique

**Axe stratégique n° 4 : Définir et STRUCTURER UNE ACTION PUBLIQUE pays en faveur de la santé (pour et par tous) : participer à l'évolution vers un nouveau modèle de société en tenant compte des moyens disponibles.**

**Axe stratégique n°5 : Réorienter l'action de santé AUTOUR DE L'USAGER.**

**Axe stratégique n°6 : Soutenir, encourager les citoyens-usagers à adopter les COMPORTEMENTS SAINS.**

**Axe stratégique n°7 : Rendre les MILIEUX DE VIE FAVORABLES à la santé et au bien-être.**

**Axe stratégique n°8 : Développer la PARTICIPATION DES COLLECTIFS de citoyens-usagers émanant des populations locales pour une meilleure santé.**



## 4 Développement du PLAN DO KAMO

Les Assises de la santé 2015 ont mis en évidence la nécessité d'inscrire l'élaboration des politiques publiques dans un schéma logique cohérent :

- Développer **une approche globale du pilotage** en articulant les différentes politiques et les différents niveaux de décision qui ont tous leur intérêt et légitimité dans une stratégie commune ;
- La nécessité de **connaître**, donc de disposer d'éléments d'information fiables pour guider la décision et **évaluer**, ce qui suppose, dès l'élaboration d'une politique, d'en définir les modalités, les objectifs et la programmation ;
- Enfin de **tendre vers un modèle soutenable, équitable et durable** par une optimisation de l'offre et la responsabilisation des acteurs.

*Des mesures immédiates pour assurer l'équilibre du RUAMM à court et moyen terme auraient pu être proposées :*

- *Revoir la cotation des actes de manière arbitraire sans concertation, par exemple, aurait généré des économies immédiates, mais n'aurait pas servi à l'objectif de responsabilisation des acteurs, ni de politique de santé concertée avec les acteurs ;*
- *Diminuer les dotations globales des établissements hospitaliers, part conséquente des dépenses de santé, aurait également généré des économies importantes, mais sans réflexion sur les contraintes pesant sur les établissements, dans une période de restructuration de l'offre, pourrait mettre en péril la qualité des soins.*

Pour inscrire le plan DO KAMO en cohérence avec les principes d'action qu'il énonce, il est essentiel de se donner le temps de mesurer les enjeux et impacts des propositions d'actions qui ont émergées des travaux des assises, mais surtout de se donner les moyens de notre ambition. Ainsi, il est proposé la mise en place *d'une équipe projet* qui aura pour mission de préparer la mise en œuvre des axes stratégiques dans un plan d'action détaillé.

### 4.1 Le COMITE DE PILOTAGE (COPIL)

Composition du COPIL : il serait composé des acteurs de la politique de santé : les présidents de collectivités, de l'Etat, des caisses et mutuelles, des établissements hospitaliers publics et privés, de l'ASS NC, de l'IFPSS, de l'ISEE, des syndicats d'entreprises et de salariés, du Sénat et des représentants de citoyens usagers.

### 4.2 L'Équipe projet DO KAMO

Cette équipe sera le reflet de l'ambition, des principes et des orientations stratégiques du DO KAMO, dans sa composition, son positionnement et ses compétences.

L'équipe DO KAMO aura pour mission d'élaborer le plan d'actions découlant du plan stratégique de santé calédonien.



### 4.2.1 Composition :

Le plan DO KAMO est un plan à l'échelle du pays pour une décennie. Son élaboration, bien que pilotée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, a associé les différentes institutions, services, acteurs du pays. Cette transversalité et ce partage est une richesse incontestable des Assises de la santé 2015 et doit rester une **valeur forte** dans la mise en œuvre du plan stratégique calédonien.

Il est donc proposé que chaque institution, établissement, acteur du pays consacre à la mise en œuvre les moyens qu'il est en mesure d'y consacrer. En effet, l'un des principes d'action répété tout au long des travaux des assises, est celui de :

#### FAIRE MIEUX AVEC CE QUE L'ON A.

Cette équipe et son fonctionnement seraient ainsi intégrés, pendant un an, dans les coûts actuels, il s'agirait donc de prioriser par rapport à d'autres actions susceptibles d'être reportées d'un an : 5 personnes à temps plein (1 pilote, 3 techniciens, 1 secrétaire).

### 4.2.2 Positionnement :

L'ambition est grande, le positionnement de cette équipe est stratégique. Il est impératif d'assurer :

- La *neutralité* : parce que le rôle de cette équipe est d'apporter des propositions cohérentes pour un plan d'action pour les 10 à 15 prochaines années, il doit s'agir de techniciens qui ne soient pas rattachés au niveau politique ;
- La *disponibilité* : cette équipe ne peut être composée de personnes accaparées par d'autres missions risquant de primer sur la mise en œuvre du plan DO KAMO ;
- La *légitimité* : cette équipe doit avoir la possibilité de s'appuyer sur l'expertise des différents services et professionnels, et de collaborer de manière simplifiée avec eux.

### 4.2.3 Des compétences complémentaires :

- *Connaitre* : l'organisation institutionnelle calédonienne, les systèmes d'informations, les statistiques et le droit ;
- *Piloter* : manager, gestion de projet ;
- *Evaluer* : évaluation des politiques publiques, ingénierie des politiques publiques ;
- *Maitriser* : les finances, l'économie, la protection sociale.

### 4.2.4 Recrutement :

Jury de recrutement composé des membres du COPIL.

### **4.2.5 - Missions :**

- Coordination des travaux de diagnostic à engager, commande d'études, recueil de données ;
- Coordination des acteurs du système de santé ;
- Elaboration d'un plan d'actions détaillé ;
- Pilotage d'expérimentations de terrain ;
- Rédaction des textes d'application du plan stratégique ;
- Installation de l'organisme d'évaluation.

### **4.2.6 - Moyens :**

- 5 postes à temps plein ;
- Locaux et outils de travail, moyens de communication et de déplacements, crédits d'étude.

### **4.2.7 - Fonctionnement :**

L'équipe fonctionnera en mode projet, un comité de pilotage sera mis en place, il sera constitué d'un représentant de chacune des entités contributives.

## **4.3 - Calendrier de mise en œuvre**

D'abord :

- Les mesures urgentes : accompagner l'adoption de mesures urgentes qui ne nécessitent pas de travaux complémentaires ;
- Les mesures identifiées comme prioritaires : les élus pourront prioriser l'action de l'équipe projet en définissant les axes du plan stratégique à approfondir prioritairement ;

Ensuite :

- Identifier les actions qui nécessitent un diagnostic plus approfondi ;
- Piloter des expérimentations (qui peuvent permettre d'étudier la faisabilité ou l'impact) d'actions innovantes avant d'envisager de les étendre ;

Puis rendre compte :

L'équipe « Do Kamo » devra rendre compte à son comité de pilotage des avancées de ses travaux (tous les 3 mois) et le convoquer exceptionnellement, en dehors de ces rendez-vous, en cas de nécessité d'arbitrage.

Des rencontres à mi-parcours avec les élus pourront être programmées.

L'équipe sera mise en place pour une durée de un an et présentera à l'issue de cette année de fonctionnement, un bilan évalué de son action.