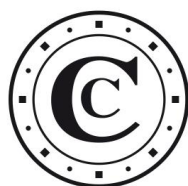


Cour des comptes



Chambres régionales
& territoriales des comptes

ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ORGANISATION TERRITORIALE DES SOINS DE PREMIER RECOURS

Cahier territorial
de la Nouvelle-Calédonie

Rapport public thématique

Mai 2024

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Introduction	13
Chapitre I Des tensions dans l'accès aux soins de premier recours, amplifiées par la répartition de l'offre	15
I - Le poids élevé des soins chroniques	15
A - Une prévalence élevée des maladies chroniques	15
B - Un phénomène appelé à croître avec le vieillissement de la population	17
II - Une répartition territoriale de l'offre de soins qui accentue les déséquilibres entre les provinces	18
A - La concentration de la population et de l'activité de soins sur la province Sud et le grand Nouméa	19
B - Une répartition très polarisée des médecins généralistes selon leur statut, aggravée par les difficultés de recrutement	20
III - Des difficultés multiformes dans l'accès aux soins de premier recours	21
A - Des données déclaratives confirment la persistance de difficultés d'accès aux soins	22
B - Des soins peu efficaces, selon les médecins, pour l'éducation thérapeutique	23
C - Une réponse insuffisante aux soins non programmés	24
D - Un « aller vers » insuffisant vers les populations les plus fragiles.....	25
Chapitre II Des interventions insuffisamment orientées sur l'accès aux soins et l'éducation thérapeutique	27
I - Au niveau des provinces, un réseau maillé de centres médico-sociaux	27
A - Un réseau maillé de centres médico-sociaux	27
B - Un réseau fragile.....	29
II - Au niveau du territoire	30
A - Les outils de planification de l'offre.....	31
B - Un plan qui vise à intégrer l'ensemble des interventions publiques	32
C - Un levier plus opérationnel, le recours à des outils de télésanté	33
Chapitre III La nécessité d'une démarche ciblée sur les soins de premier recours et d'une mise sous tension des résultats	35

I - Un pilotage <i>ad hoc</i> à mettre en place, pour une meilleure organisation des soins de premier recours	35
II - Des leviers opérationnels à déployer.....	37
III - Un partenariat à construire dans le financement et la gouvernance	37
Annexes	39

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Ces travaux et leurs suites sont réalisés par l'une des six chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

L'enquête a été pilotée par la formation interjuridictions (FIJ) relative à « l'organisation territoriale des soins de premier recours ». Elle a associé la sixième chambre de la Cour des comptes et onze chambres régionales et territoriales des comptes : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Corse, Centre-Val de Loire, Grand Est, Île-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Nouvelle-Calédonie, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Des monographies territoriales, complémentaires des analyses nationales, ont été établies sur le périmètre de la Communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) de Châteaubriant, en Loire Atlantique, sur le département de l'Aveyron et sur le territoire de Nouvelle-Calédonie. Dans chacun de ces cas, les observations provisoires ont été soumises à la contradiction des responsables des politiques analysées.

Le présent cahier territorial a été délibéré en même temps que le cahier national, le 19 janvier 2024, par la formation interjuridictions présidée par Mme Hamayon, présidente de la sixième chambre, et composée de M. Colcombet, conseiller maître, Mme Daussin-Charpantier, Mme Bonnafoux, présidentes de chambre régionale des comptes, MM. La Marle, Pagès et Landais, présidents de section de chambre régionale des comptes, Mme Jagot, première conseillère de chambre régionale des comptes, ainsi que de M. Rabaté, conseiller maître, rapporteur général, Mme Mazuir, première conseillère de chambre régionale des comptes, rapporteure générale adjointe, et en tant que contre-rapporteur, M. Colcombet, conseiller maître.

Il a été examiné le 27 février 2024 par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, M. Rolland, rapporteur général du comité du rapport public et des programmes, Mme Démier, M. Bertucci, M. Meddah et Mme Mercereau, présidentes et présidents de chambre, M. Soubeyran, M. Glimet et M. Machard, présidents de section représentant les présidentes et président des première, quatrième et sixième chambres, conseillers maîtres, M. Lejeune, M. Serre, Mme Daussin-Charpantier, Mme Renet et Mme Bonnafoux, présidentes et présidents de chambre régionale des comptes et M. Gautier, Procureur général, entendu en ses avis.

*

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

La chambre territoriale des comptes de la Nouvelle-Calédonie a participé à une enquête pilotée par une formation commune à la Cour des comptes et aux chambres régionales et territoriales des comptes relative à l'organisation territoriale des soins de premier recours. Le territoire de la Nouvelle-Calédonie a ainsi fait l'objet d'une analyse s'inscrivant dans le cadre général de l'enquête. Malgré les évidentes spécificités de la demande et de l'offre de soins de premier recours sur le territoire, on retrouve en effet des problématiques en partie communes :

- les évolutions respectives sur ce territoire de la demande et de l'offre de soins de premier recours se conjuguent pour expliquer les tensions déjà ressenties par les patients dans l'accès à ces soins et le risque de tension encore accrues à l'avenir ;
- en faveur de l'accès aux soins de premier recours, différentes interventions publiques sont réalisées ou engagées dans le territoire, mais elles demeurent cloisonnées et limitées ;
- pour une action publique mieux ciblée et plus efficace, il convient donc de prolonger les évolutions engagées en diffusant les pistes les plus prometteuses.

L'écart entre les besoins de soins de la population et l'offre de soins de premier recours

L'espérance de vie, inférieure à celle de la métropole, a augmenté de près de neuf années en trente ans et atteint 77,8 ans en 2019. Selon les projections de l'institut de la statistique et des études économiques (ISEE), les plus de soixante ans devraient constituer en 2030 plus d'un cinquième de la population. La prévalence de maladies chroniques est élevée, alors même que l'effet du vieillissement sur la structure par âges de la population calédonienne devrait encore l'aggraver. En effet, le taux de personnes déclarant des maladies chroniques est de 22 % en Nouvelle-Calédonie, alors qu'il n'était en 2021 que de 17,7 % pour la métropole. Près des deux tiers des adultes de 18 à 64 ans sont considérés comme étant en surpoids.

Or l'offre de soins de premier recours est inégalement répartie, ce qui accentue les difficultés à répondre aux demandes. Cette offre de soins est en effet concentrée sur le sud de la Nouvelle-Calédonie, en particulier autour de Nouméa, et ce encore plus fortement que la population. La province Sud, qui accueille 75 % de la population, regroupe ainsi 86 % des professionnels de santé, 86 % des infirmiers, 81 % des médecins généralistes, 96 % des médecins spécialistes. Le secteur libéral est développé surtout en province Sud, les soins étant principalement assurés, en province Nord et province des Îles par des centres médico-sociaux qui peinent à recruter les professionnels salariés nécessaires à leur gestion.

Peu nombreuses, les données disponibles confirment la persistance de difficultés d'accès aux soins. Les délais de rendez-vous sont jugés élevés par les usagers-patients, la possibilité même d'obtenir un accès aux soins est assez souvent réduite : 20 % des adultes limitaient en 2021 leurs visites auprès de professionnels de santé en raison des difficultés d'accès aux soins.

Les différentes fonctions des soins de premier recours connaissent de fait des tensions repérées, notamment des reports de soins non programmés sur les urgences, en raison des horaires d'ouverture trop limités des centres médico-sociaux. Les soins programmés, c'est-à-dire le suivi dans le temps des patients chroniques, sont eux aussi impactés. Selon l'appréciation qu'en faisaient en 2016 les médecins généralistes, leurs actions d'éducation thérapeutique se révéleraient très inégalement efficaces : 82 % des médecins généralistes déclaraient qu'ils sont peu (75%) ou pas du tout (7%) efficaces dans leur pratique de l'éducation thérapeutique des patients obèses. Pourtant, les équipes pluridisciplinaires, intégrant des infirmières de santé publique ou des diététiciens, sont rares. Enfin, la fonction « d'aller-vers », c'est-à-dire la capacité des professionnels de santé à proposer un suivi aux populations les plus éloignées du soin, paraît très variable selon les territoires. Plus d'un tiers des habitants n'avait pas consulté un médecin en 2021, dans les deux provinces Nord et des Îles, contre moins de 20 % dans la province Sud. Cet écart constitue un indicateur significatif de l'insuffisance des démarches proactives en direction des patients éloignés du soin, pour des examens périodiques des patients et des actions de prévention.

L'offre de soins de premier recours est ainsi insuffisante par rapport aux demandes, alors même que l'évolution prévisible de la démographie va, à relativement brève échéance, aggraver cet écart, dans le contexte de pathologies chroniques qui caractérise la Nouvelle Calédonie.

Des interventions diversifiées quant à leurs objectifs mais encore peu abouties

Face à ce risque, le territoire dispose de deux atouts : il bénéficie d'un réseau dense de centres médico-sociaux, reconnu des professionnels, en premier lieu. Cette offre permet en partie de compenser les inégalités de répartition territoriale des médecins généralistes. En outre, une stratégie globale d'évolution de l'offre sanitaire a été adoptée, avec le plan « Do Kamo » pour la décennie 2018-2028, plan qui intègre les soins de premier recours et implique les différents financeurs et décideurs publics. Se dessine ainsi une forme de mobilisation des leviers publics, afin de transformer l'offre de soins.

Mais cette démarche est encore insuffisamment affirmée et pilotée. La gradation des centres médico-sociaux, selon leur rôle dans l'offre de soins, n'est pas encore clarifiée et certains éléments clés doivent faire l'objet d'un examen tels que le rôle des centres médico-sociaux en matière d'urgence, leurs horaires d'ouverture afin de garantir une amplitude accrue d'accueil, et enfin le fonctionnement de leurs antennes supervisées par des médecins sans leur présence permanente.

Les 86 actions du plan stratégique de 2018 sont ambitieuses, mais peu hiérarchisées. En outre, elles ne sont pas inscrites dans un calendrier réaliste de mise en œuvre. Le déploiement des actions portées par le territoire, par l'intermédiaire de la direction de l'action sanitaire souffrait en 2023, au moment de l'enquête de la chambre territoriale, de retards importants dans la mise en œuvre. Le socle qui devrait constituer la « première ligne », ou l'offre de soins de premier recours, n'a pas fait l'objet d'une identification suffisante et d'une priorisation particulière.

Des interventions coordonnées à mettre sous tension de résultat

Une politique ciblée sur l'organisation des soins de premier recours est donc nécessaire. Elle devrait reposer, au niveau du territoire, sur la détermination d'objectifs opérationnels et de cibles précises, fondés sur des indicateurs robustes et disponibles, quant aux soins non programmés, (par exemple la réduction des passages aux urgences peu justifiés), aux soins programmés, (par exemple la part des pathologies chroniques prises en charge par des équipes référentes), ou à « l'aller-vers », (par exemple, la réduction de la part des personnes sans soins dans l'année).

Pour chaque segment des soins de premier recours, des actions spécifiques, parfois déjà envisagées ou programmées dans le plan stratégique « Do Kamo », doivent être prévues et leurs responsables clairement désignés. S'agissant des soins programmés, en complément de l'orientation inscrite en faveur du médecin traitant, et dans la continuité de

ce qui était déjà prévu pour les patients souffrant de pathologies chronique, des équipes référentes doivent être déployées, en lien avec les centres médico-sociaux. Dans ces équipes doivent figurer des diététiciens et des infirmières de santé publique, formés pour traiter dans la durée et dans leur complexité les habitudes alimentaires et la surcharge pondérale. Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé des populations les plus éloignées des soins, ces équipes doivent, dans les territoires les plus carencés, être élargies à des médiateurs en santé ou à des assistantes sociales, capables de soulager les médecins généralistes et les autres professionnels de santé pour les questions de littéracie et ou de prise en charge administrative des patients. Une gestion mutualisée de ces professionnels, incluant le cas échéant des psychologues, peut être organisée au niveau des provinces.

S'agissant des soins non programmés, une réflexion devrait être engagée afin de structurer au niveau du territoire un « service d'accès aux soins », adossé aux principaux sites des urgences, le centre hospitalier territorial et le centre hospitalier Nord, et outillé pour gérer une régulation téléphonique médicalisée vers les urgences hospitalières mais aussi vers des consultations libérales ou les centres médico-sociaux

Introduction

La chambre territoriale de la Nouvelle-Calédonie a conduit en 2023 un contrôle de la direction des affaires sanitaires du territoire¹. Précédemment avait été mené en 2022 un contrôle sur la gestion par la province Nord des centres médico-sociaux² suivi lui aussi de plusieurs recommandations. Dans le prolongement de ces enquêtes, la chambre territoriale de la Nouvelle-Calédonie a participé aux travaux conjoints des juridictions financières sur « *l'organisation des soins de premier recours* »³. Ont notamment été organisés trois « *ateliers d'acteurs* », pour interroger les professionnels de santé sur leurs constats sur les perspectives d'évolution de l'organisation des soins de premier recours.

Malgré les évidentes spécificités calédoniennes, par rapport à la métropole, tenant aux données démographiques et socio-économiques du territoire ou encore au contexte juridique et institutionnel qui régit les interventions publiques dans le domaine sanitaire, des enseignements en large partie communs peuvent être mis en évidence. Un premier trait commun tient à l'écart croissant entre les demandes de soins de premier recours et l'offre disponible, ce qui se traduit par des difficultés d'accès accrues à ces soins (I). Un deuxième trait, là encore analogue, tient au caractère trop peu ciblé et trop limité des interventions, par rapport aux enjeux, et donc à la nécessité d'une réorientation partielle des aides, vers le déploiement d'équipes pluriprofessionnelles intégrant une offre adaptée d'éducation thérapeutique (II).

¹ Rapport d'observations définitives sur la Nouvelle-Calédonie – gestion sanitaire et sociale, délibéré le 11 mai 2023, <https://www.ccomptes.fr/fr/documents/66628>

² Rapport d'observations définitives relatif à la province Nord- soins de premiers recours, délibéré le 26 janvier 2023, <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/province-nord-soins-premiers-recours>

³ Ces travaux ont conduit dans un premier temps à une intervention sur les interventions des collectivités territoriales en faveur de l'accès aux soins 2023 intitulé « Mieux coordonner et hiérarchiser les interventions des collectivités territoriales dans l'accès aux soins » (voir le chapitre 7 du rapport public annuel de la Cour des comptes de mars 2023). Dans un deuxième temps, une enquête a porté en 2023 sur les politiques nationales et sur leur mise en œuvre par les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie.

Chapitre I

Des tensions dans l'accès aux soins de premier recours, amplifiées par la répartition de l'offre

Le rappel des principales données épidémiologiques et démographiques (I) met en évidence le risque de tensions croissantes dans l'accès aux soins (II), risque démultiplié par les fortes inégalités dans la répartition territoriale de l'offre de soins (III).

I - Le poids élevé des soins chroniques

La prévalence de maladies chroniques est élevée, et l'effet du vieillissement sur la structure par âge de la population calédonienne devrait encore l'aggraver.

A - Une prévalence élevée des maladies chroniques

Selon le dernier « baromètre de la santé », le taux de personnes avec des maladies chroniques déclarées est élevé en Nouvelle-Calédonie, puisqu'il dépasse 22 %, contre environ 18 % dans l'hexagone.

Tableau n° 1 : prévalence déclarée des maladies chroniques selon le sexe, la province et l'âge

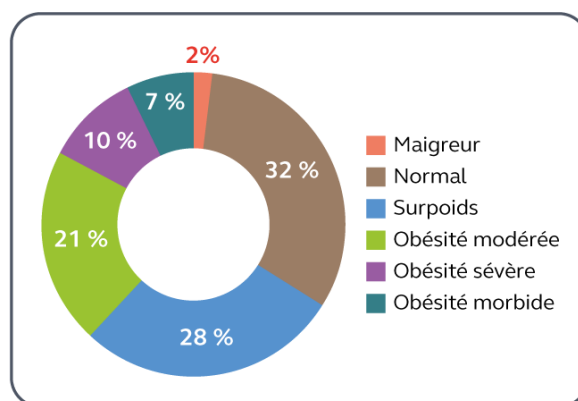
	Effectif total	Pourcentage pondéré
Hommes	1 578	21 %
Femmes	2 127	23,2 %
Sud	1 244	22,5 %
Nord	1 372	20,4 %
Îles Loyauté	1 089	22,5 %
18-24 ans	370	13,9 %
25-44 ans	1 668	13,1 %
45-64 ans	1 667	36,5 %

Source : baromètre de santé annuel 2021, agence sanitaire et sociale

Ces taux étaient en 2021 élevés pour les différentes pathologies chroniques identifiées. Un diabète a été retrouvé chez 10,8 % des personnes ayant bénéficié d'un prélèvement sanguin et un prédiabète chez 5,7 % des personnes. En ce qui concerne le cholestérol, 20,5 % des personnes avaient un cholestérol total supérieur ou égal à 2,2 g/l, sans différence selon le genre. La prévalence totale de l'hypertension s'élevait à 29 % de la population adulte de 18-64 ans. Plus précisément, 14 % avait une tension élevée, 7 % une tension très élevée et 8 % était sous traitement⁴.

⁴ Ces prévalences sont du même ordre de grandeur que celles obtenues en 2015 sur les données mesurées.

Graphique n° 1 : répartition des adultes de 18 à 64 ans selon leur indice de masse corporelle en 2021



Source : baromètre de santé annuel 2021, agence sanitaire et sociale

Une des causes repérées de ces pathologies tient aux problèmes de poids, en particulier en raison des comportements alimentaires. Selon les données consolidées à partir des indices de masse corporelle (IMC), « un peu plus de deux tiers des adultes, de 18 à 64 ans, étaient en excès de poids : 28 % sont en surpoids et 38 % sont obèses ». 47 % des personnes de 45 à 64 ans sont obèses. C'est presque la moitié de cette tranche d'âge⁵.

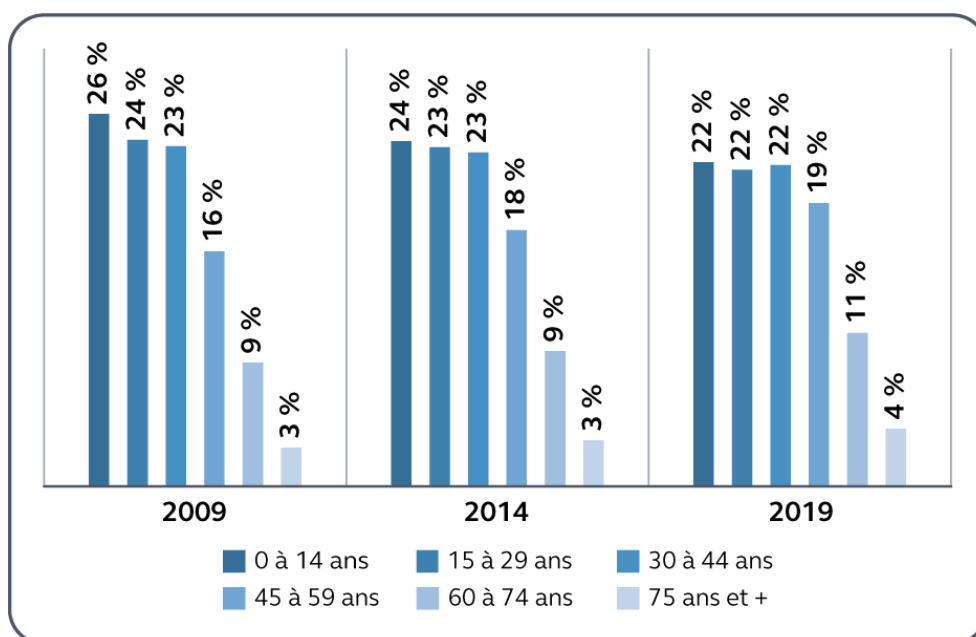
B - Un phénomène appelé à croître avec le vieillissement de la population

La prévalence de l'obésité et des diverses pathologies chroniques, souvent associées, augmente avec l'âge : 36,5 % des personnes de 45 à 64 ans déclarent des maladies chroniques. Or les données issues du recensement de 2019 font apparaître un processus de vieillissement caractérisé, plus récent et moins prononcé que dans l'hexagone, mais aux effets inéluctables à terme. La population calédonienne est en effet au début d'un processus de vieillissement démographique⁶ avec un taux de personnes de plus de 60 ans encore peu élevé (15 % en 2019 contre 12 % en 2014 et 2009) en comparaison avec la part que représentent les personnes de plus de 60 ans dans l'hexagone (26 % en 2019).

⁵ Le taux d'obésité est plus élevé chez les femmes (42 %) que chez les hommes (34 %).

⁶ La fécondité baisse et l'espérance de vie augmente, symptomatique de la transition démographique que traverse le territoire depuis le milieu des années 1990.

Graphique n° 2 : répartition de la population calédonienne par grandes tranches d'âges entre 2009 et 2019



Source : données de l'ISEE issues des recensements 2009, 2014 et 2019

L'espérance de vie a gagné près de neuf années en trente ans pour atteindre 77,8 ans en 2019 : 75,3 ans pour les hommes et 80,4 ans pour les femmes. Nettement supérieure à celles des pays voisins insulaires, elle demeure moins élevée que la moyenne française (82,8 ans). Pour autant, selon les projections de l'ISEE, les plus de 60 ans constitueront en 2030 plus d'un cinquième de la population totale et on notera un triplement des plus de 80 ans en province Sud.

II - Une répartition territoriale de l'offre de soins qui accentue les déséquilibres entre les provinces

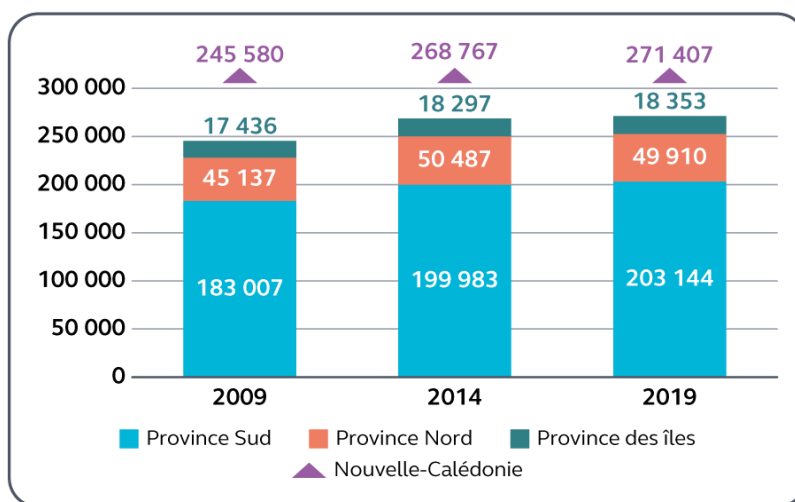
Dans le contexte de déséquilibres démographiques marqués entre la province sud et les deux autres provinces, Nord et Iles (A), la répartition de l'offre de soins accentue les inégalités : les professionnels libéraux sont concentrés dans la province Sud sans que la répartition des professionnels salariés ne corrige véritablement les déséquilibres (B).

A - La concentration de la population et de l'activité de soins sur la province Sud et le grand Nouméa

La concentration de la population sur la province Sud et tout particulièrement sur le grand Nouméa est un autre trait caractéristique qui induit une contrainte forte pour le système de soins et en particulier pour sa capacité à garantir un accès suffisant aux soins.

La majorité de la population est concentrée en province Sud (75 % de la population), contre 18 % en province Nord et 7 % en province des Îles. Plus spécifiquement, Nouméa et le grand Nouméa (Dumbéa, Païta et Mont-Dore) réunissent 67 % de la population totale : plus de deux calédoniens sur trois habitent dans l'une des quatre communes de l'agglomération du grand Nouméa, contre un sur deux cinquante ans auparavant.

Graphique n° 3 : évolution de la population de la Nouvelle-Calédonie entre 2009 et 2019 par province



Source : chambre territoriale des comptes, à partir des données ISEE issues des recensements de la population de 2014 et 2019

Cette concentration de la population s'accompagne d'une concentration encore plus marquée de l'offre de soins, y compris de soins de premier recours.

Tableau n° 2 : nombre de professionnels de santé par province en 2018 (population 2019)

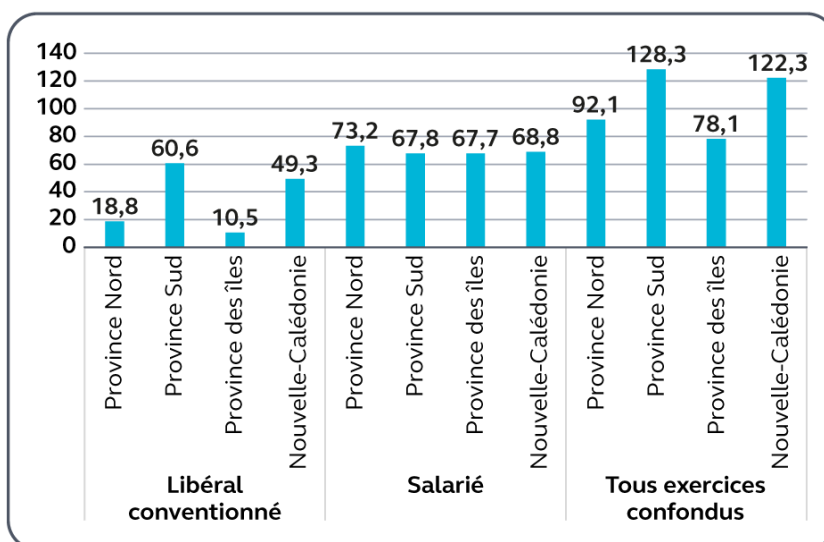
	Province des Îles	Province Nord	Province Sud	Nouvelle Calédonie
<i>Population 2019 (en milliers d'habitants)</i>	18,4	49,9	203,1	271,4
<i>Répartition</i>	6,7 %	18,4 %	74,8 %	100 %
<i>Infirmiers</i>	69	172	1 522	1 763
<i>Répartition</i>	4 %	10 %	86 %	100 %
<i>Médecins généralistes</i>	15	49	281	345
<i>Répartition</i>	4 %	14 %	81 %	100 %
<i>Médecins spécialistes</i>	0	14	309	323
<i>Répartition</i>	0 %	4 %	96 %	100 %
<i>Chirurgiens-dentistes</i>	5	18	103	126
<i>Répartition</i>	4%	14 %	82 %	100 %
<i>Masseurs-kinésithérapeutes</i>	7	25	168	200
<i>Répartition</i>	4 %	13 %	84 %	100 %
<i>Sages-femmes</i>	5	24	111	138
<i>Répartition</i>	4 %	17 %	80 %	100 %

Source : ISEE

B - Une répartition très polarisée des médecins généralistes selon leur statut, aggravée par les difficultés de recrutement

Le secteur libéral est développé en province Sud. En province Nord et Îles, les soins de premier recours sont essentiellement assurés par les centres médico-sociaux, qui restent marqués par une tradition centrée sur les médecins généralistes, ce qui contribue à y expliquer le déficit marqué en personnel de santé spécialistes, ou en chirurgiens-dentistes, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers.

**Graphique n° 4 : densité des médecins généralistes
pour 100 000 habitants au 30 juin 2019**



Source : chambre territoriale des comptes d'après les informations fournies par la direction des affaires sanitaires et sociales

S'agissant des médecins généralistes, l'importance relative des médecins salariés, notamment par les provinces dans les centres médico-sociaux, limite un peu les inégalités de répartition territoriale, qui demeurent notables. Cependant, du fait de difficultés de recrutement, dans les centres médico-sociaux de la province Nord, au 1^{er} janvier 2022, sur les 30 postes prévus de médecins, seulement 11 sont pourvus (et neuf au 30 mai 2022). Concernant les postes d'infirmiers, seulement neuf postes sont pourvus sur les 24 prévus.

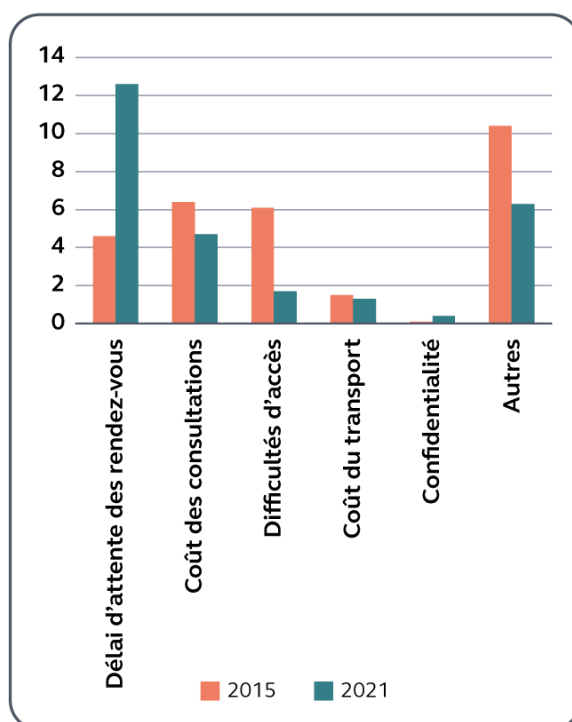
III - Des difficultés multiformes dans l'accès aux soins de premier recours

Des difficultés multiformes sont constatées dans l'accès des patients aux soins : pour les soins programmés (A), notamment face aux pathologies liées à l'obésité, faute de moyens adaptés (B) ; pour les soins non programmés (C) ; et pour les actions « d'aller vers » les populations les plus vulnérables (D).

A - Des données déclaratives confirment la persistance de difficultés d'accès aux soins

Les données relatives aux difficultés d'accès aux soins sont lacunaires, mais celles disponibles font apparaître des difficultés notables, dans les délais de rendez-vous mais aussi dans la possibilité même d'accéder aux soins. Selon les résultats de la dernière enquête dite « Baromètre Santé Adulte », réalisée en 2021-2022 par l'agence sanitaire et sociale 25 % des adultes avaient déclaré limiter leurs visites auprès de professionnels de santé, faute d'accès aux soins. Ils sont un peu moins nombreux en 2021⁷.

Graphique n° 5 : raisons invoquées parmi ceux qui disent rencontrer des difficultés d'accès aux soins (en %)



Source : agence sanitaire et sociale, bilan social 2021 et 2015

⁷ Les adultes de 18-64 ans sont 20 % à déclarer rencontrer des difficultés pour consulter des professionnels de santé autant qu'ils le voudraient. Il n'y a pas de différence entre provinces ou tranches d'âge. Les femmes sont quant à elles un peu plus nombreuses à avoir ce type de difficultés : 23 % contre 18 % des hommes.

Les motifs, quant à eux, ont évolué entre 2015 et 2021 et diffèrent selon les provinces. Le délai d'attente pour obtenir des rendez-vous est plus souvent cité en 2021 en province Sud (15 %) qu'en province Nord (7 %) ou îles Loyautés (5 %). Le coût des consultations, peu cité, concerne surtout les plus jeunes (7 % des 18-24 ans, 6 % des 25-44 ans et 2 % des 45-64 ans), tout comme les problèmes de couverture sociale (2 % des 18-24 ans, 0,5 % des 25-44 ans et 0,4 % des 45-64 ans). Les difficultés d'accès sont à l'inverse plus souvent citées par les habitants des province Nord (9 %) et îles Loyauté (7 %) par rapport au Sud (2 %). Il en est de même pour le manque de médecins et de spécialistes, qui concerne plus particulièrement les provinces îles Loyauté (6 %) et Nord (5 %) que le Sud (2 %) ainsi que le coût du transport (4 % dans le Nord, 2,5 % dans les Îles et 1 % dans le Sud).

B - Des soins peu efficaces, selon les médecins, pour l'éducation thérapeutique

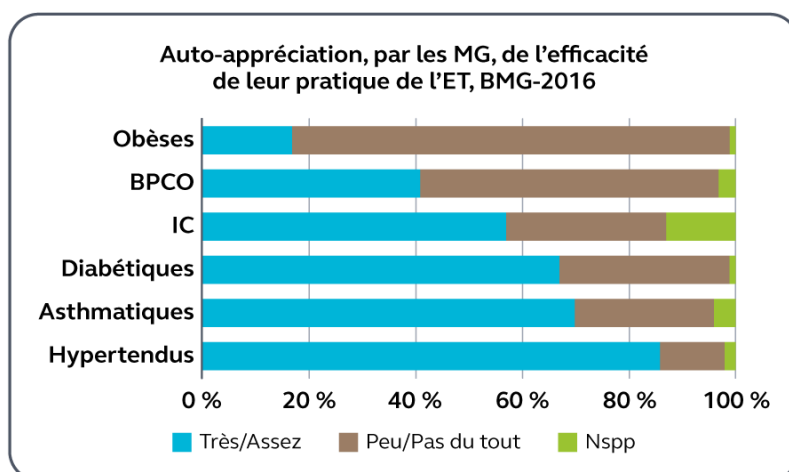
L'analyse de l'offre de soins de premier recours par type de fonctions, permet d'identifier des insuffisances significatives pour les diverses fonctions, en premier lieu pour les soins programmés, c'est-à-dire le suivi dans le temps des patients chroniques.

Le dispositif de « médecin traitant » n'existe pas en Nouvelle-Calédonie, ce qui rend moins facile le suivi spécifique de l'efficacité de l'offre de soins programmés. Cependant, le baromètre des médecins généralistes peut constituer un indicateur partiel, un peu ancien mais adapté au contexte calédonien, sur l'efficacité des soins médicaux du point de vue des médecins généralistes quant à l'éducation thérapeutique des patients.

Le baromètre des médecins généralistes (de 2016⁸) met en évidence que le suivi des patients n'aurait qu'une efficacité très variable et limitée en ce qui concerne les conduites alimentaires, pourtant repérées comme une cause dominante de morbidité. Les médecins généralistes concernés pensent que leurs activités d'éducation thérapeutique sont d'une certaine efficacité auprès des patients hypertendus, asthmatiques et diabétiques. À l'opposé, 82 % des médecins généralistes déclarent qu'ils sont peu (75 %) ou pas du tout (7 %) efficaces dans leur pratique de l'éducation thérapeutique des patients obèses.

⁸ Réalisé au sein d'une population de 220 médecins généralistes éligibles, l'enquête a bénéficié de la participation de 54 % des professionnels sollicités : les réponses émanaient de médecins généralistes : aux deux tiers d'hommes pour un tiers de femmes, d'un âge médian de 53 ans, professionnellement installés, pour moitié, depuis plus de 10 ans en Nouvelle-Calédonie. Pour deux tiers ils exerçaient dans le périmètre urbain du grand Nouméa et en brousse pour le tiers restant, dans le secteur libéral pour deux tiers encore, et en tant que salarié pour le dernier tiers.

Graphique n° 6 : efficacité jugée de l'éducation thérapeutique par les médecins généralistes



Source : baromètre des médecins généralistes de 2016 établi par l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie

Lorsque les médecins peuvent à eux-seuls en assurer la transmission, les messages d'éducation thérapeutiques sont jugés efficaces. A l'inverse, lorsque pour être entendus et surtout mis en œuvre par les patients, leurs messages doivent être relayés par d'autres professionnels, qui souvent font défaut dans leur environnement, leur action est jugée moins efficace (conduites alimentaires et arrêt du tabac, cause principale des bronchopneumopathies chroniques obstructives).

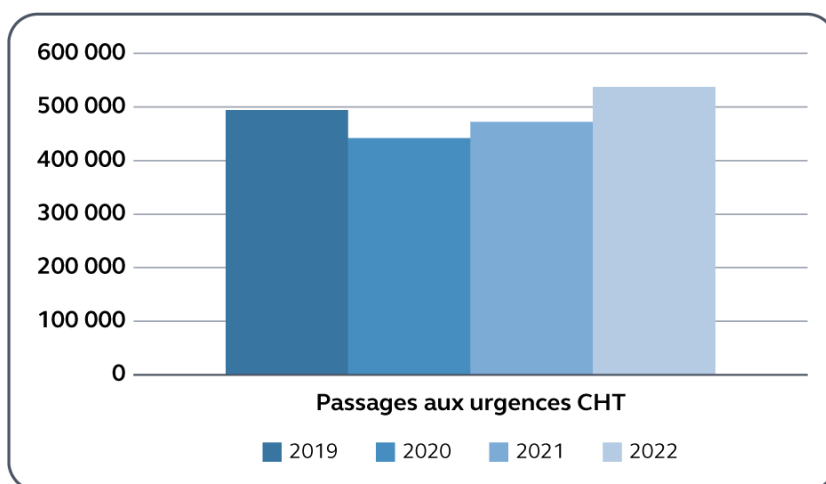
C - Une réponse insuffisante aux soins non programmés

Il n'existe pas d'étude sur les délais d'obtention des rendez-vous médicaux, *a fortiori* distinguant selon les motifs, entre les soins ressentis comme urgents et ceux qui relèvent d'un suivi au long cours. Mais certains signaux sont connus. Comme l'indique le plan de santé « Do Kamo », de 2018, ainsi, « en Nouvelle-Calédonie, à partir de 16h30, de nombreux cabinets médicaux privés, les dispensaires, les centres de santé (de la CAFAT par exemple), sont fermés au public. Les citoyens-usagers n'ont donc d'autres alternatives que de faire appel à « SOS médecin » ou de se rendre aux urgences hospitalières publiques. Cela se traduit par une embolisation des services concernés et des délais de prise en charge souvent longs pour les patients. En matière de service public, cela représente autant une perte de la qualité dans la prise en charge qu'un

surcoût financier important ». La chambre territoriale des comptes l'a aussi mis en évidence dans son rapport d'observations définitives concernant la province Nord et la prise en charge des soins de premiers recours⁹.

Le nombre de passages aux urgences au centre hospitalier territorial, après avoir baissé du fait de la crise sanitaire, a augmenté rapidement ensuite (l'augmentation est de 8,7 % entre 2018 et 2022, passant de 49 398 en 2018 à 53 694 en 2022).

Graphique n° 7 : évolution du nombre de passages* aux urgences au centre hospitalier territorial



Source : chambre territoriale des comptes à partir des données du centre hospitalier territorial
* Le nombre de passages agrège les urgences adultes et pédiatriques.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hausse qui traduit notamment un moindre recours aux centres médico-sociaux et aux professionnels libéraux.

D - Un « aller vers » insuffisant vers les populations les plus fragiles

Pour ce qui concerne la fonction « d'aller vers », c'est-à-dire la capacité des professionnels de santé à proposer un suivi aux populations les

⁹ Rapport d'observations définitives relatif à la province Nord- soins de premiers recours, délibéré le 26 janvier 2023, disponible à la page <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/province-nord-soins-premiers-recours> page 35.

plus éloignées du soin, un éclairage au moins partiel existe au travers de l'indicateur concernant la part de la population qui déclare consulter dans l'année, faisant apparaître en creux la part de ceux qui n'ont pas consulté. En moyenne, plus de trois calédoniens sur quatre (77 %¹⁰) ont déclaré avoir consulté un médecin ou un professionnel de santé au cours de l'année écoulée. Ces proportions varient de manière forte selon les provinces : 82 % dans le Sud contre 64 % dans le Nord et 62 % dans les Îles Loyauté.

Plus d'un tiers des habitants n'a pas consulté un médecin en 2021, dans les deux provinces Nord et des Îles, contre moins de 20 % dans la province Sud. Cet écart constitue un indicateur significatif, sur l'insuffisance des démarches de prévention et d'examens périodiques des patients.

Au total, les indicateurs disponibles, même limités, traduisent une offre de soins de premier recours insuffisante par rapport aux demandes, pour les soins programmés, non programmés et l'effort d'« aller vers », et ce alors même que l'évolution prévisible de la démographie devrait à relativement brève échéance aggraver cet écart, dans le contexte de pathologies chroniques qui caractérise la Nouvelle Calédonie.

¹⁰ Cette proportion augmente avec l'âge : 72 % chez les 18-24 ans, 75 % chez les 25-44 ans et 82 % chez les 45-64 ans.

Chapitre II

Des interventions insuffisamment orientées sur l'accès aux soins et l'éducation thérapeutique

Diverses mesures ont été engagées, pour consolider ou renforcer l'offre de soins de premier recours et, en amont, mieux structurer les interventions publiques. Au niveau des provinces (I), ces mesures visent à renforcer un réseau maillé de centres médico-sociaux, mais se heurtent à la difficulté de recruter ou de fixer les professionnels de santé et de consolider leur fonctionnement. Au niveau du territoire (II), de nombreux outils sont disponibles, cartes, schémas, plans stratégiques, actions des agences ou administrations territoriales, mais ils n'ont que peu de portée sur les soins de premier recours.

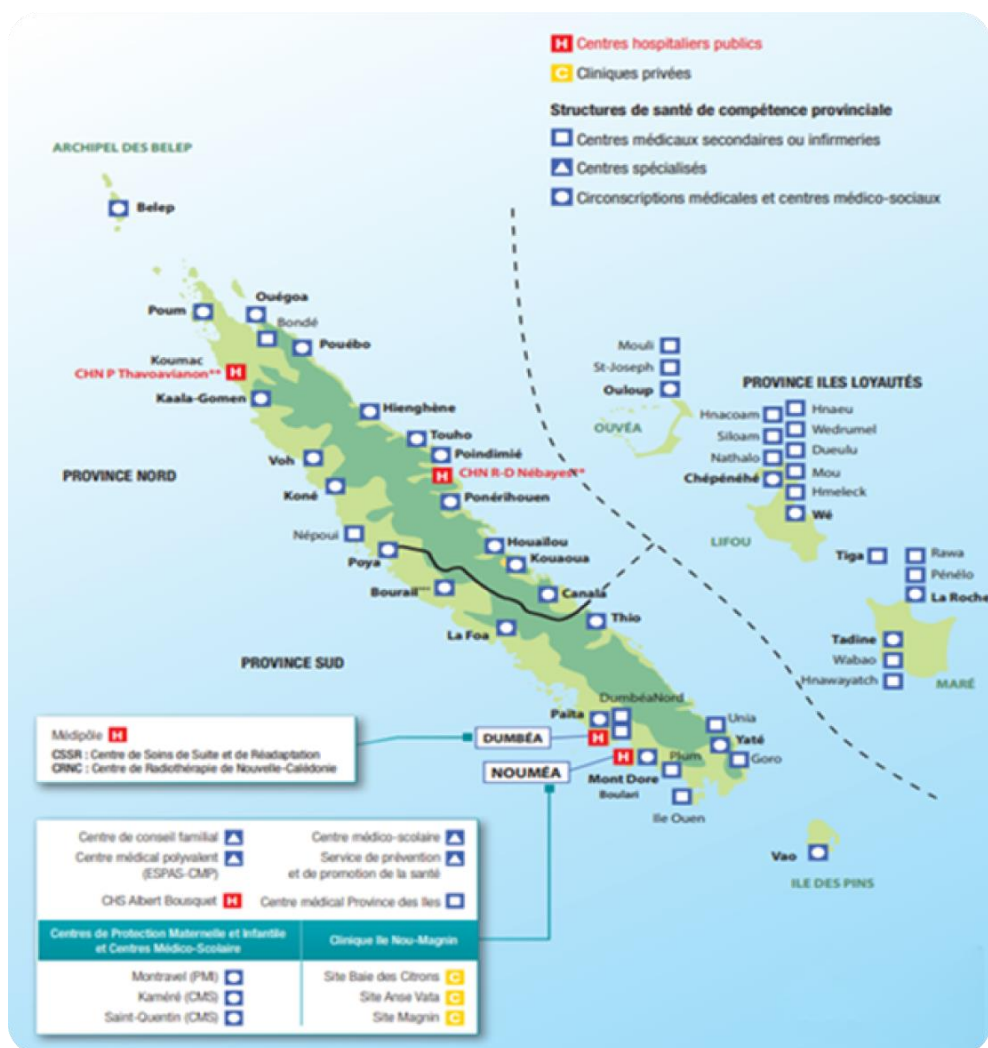
I - Au niveau des provinces, un réseau maillé de centres médico-sociaux

Le territoire dispose d'un outil, avec le réseau des centres médico-sociaux (A), même si ce réseau connaît des difficultés récurrentes pour faire face à l'étendue de ses missions (B).

A - Des implantations multiples sur le territoire

Les soins de santé de premier recours et les programmes en matière de protection maternelle et infantile, de surveillance des grossesses, de suivi et vaccination des enfants, sont assurés par les centres médico-sociaux, en lien avec le secteur libéral quand il est présent, très développé en province Sud, mais limité en province Nord et dans les Îles.

Carte n° 1 : implantation des centres médico-sociaux en Nouvelle-Calédonie



Source : direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie, 2017

Le territoire compte 27 centres médico-sociaux, mais aussi 23 antennes ou « infirmeries ». Certains centres médico-sociaux, plus importants, disposent de lits d'observation, étiquetés « lits de médecine et

d'obstétrique »¹¹. Les particularités géographiques de la Nouvelle-Calédonie ont en effet contraint les provinces à équiper leurs structures de soins de lits physiques à vocation multiple, pour éviter des transports longs lorsqu'ils ne sont pas indispensables.

**Tableau 1 : structures de santé de compétence provinciale
(hors centres spécialisés)**

	Circonscriptions médicales et centres médico-sociaux	Centres médicaux secondaires ou infirmiers	Total
<i>Province Sud</i>	7	6	13
<i>Province Nord</i>	15	2	17
<i>Province des Iles</i>	5	15	20
Total	27	23	50

Source : direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, situation sanitaire en Nouvelle-Calédonie, 2017

Les moyens de ces centres sont inévitablement comptés et diverses observations critiques sont faites sur leur capacité à répondre aux demandes de soins, en particulier du fait de leurs horaires de fonctionnement. Le coût de la permanence de soins dans les dispensaires est également relevé comme un point d'attention, signalé dans le plan « Do Kamo » qui a pour objectif d'étendre les plages horaires d'ouverture des centres en journée et reporter l'accueil d'urgence vers des centres plus importants après 18 heures.

Quelles que soient les évolutions éventuellement nécessaires, ce réseau constitue un atout, reconnu des professionnels interrogés pour l'enquête lors des ateliers d'acteurs (voir annexe n° 1). Ils soulignent la pertinence de l'organisation des coopérations pluriprofessionnelles, notamment des « équipes soignantes » au sein des centres.

B - Un réseau fragile

Pour autant, le contrôle mené par la chambre sur les actions de la province Nord en matière d'accès aux soins de premier recours a montré les limites des interventions menées. Sur les 30 postes de médecins prévus,

¹¹ En 2018, il y avait 72 lits dans les centres médicosociaux, 57 de médecine et 15 d'obstétrique.

seuls neuf étaient pourvus au 30 mai 2022 et sept centres médico-sociaux¹² n'avaient pas de médecins. Les centres médico-sociaux qui disposent de médecins n'en avaient souvent qu'un seul, qui pouvait légitimement être absent durant ses congés ou pour raison de santé.

Ces observations confirmaient un constat plus systématique et plus ancien. La province Nord avait en effet mené une enquête en 2014 auprès des professionnels de santé, qui avait mis en avant une surcharge de travail, du fait d'astreintes et de gardes importantes, un taux de rotation du personnel conséquent, un risque élevé d'isolement professionnel, du fait du manque de communication entre professionnels de santé et avec la direction, de l'absence de réunions de service, d'un accueil jugé globalement insatisfaisant par les médecins. Le cadre de travail était jugé imprécis, du fait de l'absence de description précise du poste, des missions et des responsabilités du personnel médical. L'audit relevait en outre le manque de formation continue portant notamment sur les aspects culturels de la maladie, sur les urgences, l'obésité, le diabète et les divers aspects de santé publique.

À la suite de cette enquête, un plan d'action a été élaboré, reposant sur plusieurs axes de travail : amélioration du recrutement, de l'accueil et de l'accompagnement professionnel du personnel, amélioration des conditions de vie et sécurisation des centres médico-sociaux et des logements des personnels, amélioration des cadres locaux dans le domaine médical, renforcement du partenariat avec le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Si certaines actions ont été engagées (recrutement d'une personne chargée du recrutement des soignants et de leur intégration par exemple), le suivi de sa mise en œuvre reste rudimentaire.

L'atout potentiel que constituent les centres médico-sociaux est donc réduit, du fait des insuffisances de leur fonctionnement qui n'ont plus été documentées de manière précise depuis près de dix ans, mais qui apparaissaient encore marquées en 2022, selon les observations de la chambre territoriale des comptes.

II - Au niveau du territoire

Sous réserve des compétences exercées par les provinces sur les centres médico-sociaux, l'organisation et le financement des soins relèvent de la Nouvelle-Calédonie, qui a successivement déployé dans le domaine

¹² Voh, Kaala-Gomen, Belep, Ouégoa, Pouébo, Ponérihouen et Kouaoua.

des soins primaires, trois formes d'actions : des outils de planification sanitaire (A), une stratégie globale (B), et un appui à la télésanté et à la télémédecine (C).

A - Les outils de planification de l'offre

La Nouvelle-Calédonie dispose d'une carte sanitaire et d'un schéma d'organisation sanitaire¹³. La carte sanitaire détermine les indices permettant de répondre à l'évolution des besoins médicaux de la population calédonienne notamment dans les domaines de la périnatalité, des urgences, de l'insuffisance rénale chronique et de la santé mentale. Elle détermine par exemple le nombre de lits ou de places autorisables et le nombre global d'appareils pour les équipements matériels lourds. La carte sanitaire est pertinente pour la structuration des centres hospitaliers et des équipements lourds.

L'outil de programmation qu'est le schéma d'organisation sanitaire peut jouer un rôle de structuration et de gradation de l'offre, puisqu'il a pour objectif d'assurer aux usagers l'accessibilité et la continuité des soins, la proximité et la gradation des soins, la qualité et la sécurité des soins, ainsi que d'encadrer l'offre de soins en veillant à promouvoir la flexibilité et la mise en réseau de l'offre de soins, la maîtrise des dépenses de soins, l'aménagement du territoire. Cet outil n'a pas été utilisé pour structurer l'offre de soins de premier recours malgré sa pertinence.

Ni la carte sanitaire, ni le schéma d'organisation sanitaire n'ont fait l'objet d'une mise à jour¹⁴ depuis 2016. Dans son rapport d'observations définitives relatif à la Nouvelle-Calédonie et à la gestion sanitaire et sociale, la chambre territoriale des comptes a préconisé de rendre ces outils réellement opérationnels. Pour les soins de premiers recours, cela permettra de mieux garantir la correspondance entre l'organisation de l'offre et les niveaux de services attendus par la population.

¹³ Délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 modifiée relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

¹⁴ Cependant, le gouvernement de Nouvelle-Calédonie annonce lancer en 2024, avec l'AFD, un projet de refonte de la carte sanitaire.

B - Un plan qui vise à intégrer l'ensemble des interventions publiques

Un deuxième levier a consisté dans l'engagement d'une démarche stratégique, valant référence partagée pour l'ensemble des acteurs publics, à la suite des « assises de la santé », organisées en 2015, se traduisant par un plan stratégique intitulé « Do Kamo, être épanoui ». Adopté par le congrès en mars 2016 pour la période 2018-2028, ce plan se décline en trois axes et 86 actions. Les deux premiers axes¹⁵ visent des objectifs de rééquilibrage financier et de meilleure coordination entre les différents opérateurs chargé à un titre ou un autre, de la définition ou de la mise en œuvre des politiques publiques de santé. L'axe 3 « *assurer une offre de santé efficiente, grâce à une offre de prévention renforcée et coordonnée avec l'offre de soin* » entre plus précisément dans le détail des mesures, dont plusieurs concernent les soins de premier recours.

Les actions n° 71 à 75, notamment, prévoient la montée en charge progressive d'une démarche d'identification des risques et d'adaptation du fonctionnement des équipes, en fonction des ressources existantes dans les différents bassins de vie. Plusieurs actions (voir une présentation résumée de chacune de ces actions en annexe n° 2) sont notamment ciblées sur la détection et le suivi des personnes en surcharge pondérale, avec l'objectif d'intégrer des interventions pluridisciplinaires d'accompagnement (éducation thérapeutique) et de prévention. Les actions n° 77 à 82 sont encore plus directement destinées à répondre aux insuffisances constatées dans l'offre de soins de premier recours : l'action n° 77 retient l'objectif de généraliser le système du « médecin traitant », à la place d'un dispositif de « médecin référent », jusqu'ici déployé pour les seuls patients chroniques.

Toutes ces actions paraissent pertinentes et utiles. La crise sanitaire, notamment, en a retardé certains volets, comme la chambre territoriale des comptes l'a constaté en 2022 (voir le rapport d'observations définitives précité). Les outils permettant en outre de faire le point sur l'avancement des actions ne semblent pas encore opérationnels, même s'il est prévu dans le plan de « *créer un dispositif d'observation de l'état de santé des calédoniens et les outils indispensables à son fonctionnement* ». Il est donc en l'état difficile de savoir dans quelle mesure les orientations prévues, notamment par les actions 71 à 75, sont mises en œuvre. Il en va de même, *a fortiori*, pour les actions plus structurelles relatives à l'organisation de l'offre de soins de premier recours (actions n° 77 à 82), notamment pour ce qui concerne le développement des coopérations entre professionnels de santé.

¹⁵ Soit l'axe 1, « construire le nouveau modèle économique du système de santé calédonien » et l'axe 2 « construire une nouvelle gouvernance du système de santé calédonien ».

C - Un levier plus opérationnel, le recours à des outils de télésanté

D'autres actions sont plus avancées, parce qu'elles reposent sur une collaboration entre le niveau territorial et les provinces. C'est le cas notamment du télé conseil et de la télé médecine, prévues dans l'action 82 du plan « Do Kamo ». Ces deux formes d'intervention sont complémentaires. Leur développement permet en effet aux professionnels de santé d'avoir accès à l'avis médical de leurs confrères ou de réaliser un diagnostic précoce susceptible d'éviter d'éventuelles complications, tout en réduisant les déplacements pour les patients, qui peuvent bénéficier par ailleurs d'une meilleure prise en charge. C'est un levier d'action utilisé par la province Nord ou la province des Îles.

La médecine itinérante permet également d'améliorer l'offre de soin, en assurant une présence médicale physique dans les zones confrontées à une pénurie de médecins. Les provinces peuvent, par exemple, mettre à disposition des locaux permettant le passage d'un médecin, une ou plusieurs demi-journées par semaine. Ces locaux doivent garantir le respect du secret professionnel et être équipés du matériel médical et informatique nécessaire pour assurer des consultations.

Chapitre III

La nécessité d'une démarche ciblée sur les soins de premier recours et d'une mise sous tension des résultats

La « première ligne » de prise en charge que constitue l'offre de soins de premier recours doit permettre de générer des économies, par un moindre report sur les soins de niveau plus importants, sollicités en cas de réponse insuffisamment rapide aux demandes relevant du premier niveau ou par une prise en charge plus précoce, limitant les complications. C'est pourquoi il est nécessaire d'organiser un pilotage et un suivi distinct des objectifs relevant de cette partie de l'offre de soins (I). En complément aux actions déjà engagées, certaines mesures peuvent utilement compléter celles déjà envisagées ou engagées (II). Leur pleine efficacité suppose que des concertations et des partenariats soient engagés entre les différents acteurs publics, pour mieux organiser les soins de premier recours (III).

I - Un pilotage *ad hoc* à mettre en place, pour une meilleure organisation des soins de premier recours

L'organisation des soins de premier recours implique des mesures diversifiées et souvent complexes, qui dépendent de niveaux d'expertise et de décision variés. Ainsi, pour le développement des interventions de professionnels de santé comme les infirmiers de pratique avancée, le congrès a adopté en 2020 un avant-projet de loi du pays. D'autres leviers d'action peuvent dépendre de décisions du gouvernement, notamment pour élargir la possibilité de coopérations entre les professionnels, sans créer de nouvelle

catégorie. D'autres actions peuvent relever de la sphère d'action de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de la prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT), par exemple le niveau de rémunération des consultations complexes en vue d'une prise en charge des patients polypathologiques ou en affection de longue durée¹⁶. Enfin, de nombreux leviers dépendent des provinces, notamment l'organisation et le financement des centres médico-sociaux.

Les leviers de coordination existants paraissent trop limités, pour permettre la mise en cohérence attendue des soins de premier recours. Une politique ciblée sur l'organisation de ces soins est donc nécessaire. Elle doit reposer, au niveau du territoire, sur la détermination d'objectifs opérationnels fondés sur des indicateurs robustes et disponibles relatifs aux soins non programmés, par exemple la réduction des passages aux urgences peu justifiés, aux soins programmés, par exemple la part des pathologies chroniques prises en charge par des équipes référentes, ou à « l'aller-vers », par exemple, la réduction de la part des personnes sans soins dans l'année.

Les orientations complémentaires à étudier, suggérées lors des ateliers d'acteurs, devraient concerner plusieurs volets. Premièrement, face à la saturation de l'offre médicale, un allègement des tâches administratives incombant aux médecins doit être recherché, notamment s'agissant des certificats de scolarité ou des arrêts de travail. Deuxièmement, une politique plus volontariste doit être rapidement engagée en matière de coopération entre professionnels de santé. Les participants aux ateliers avaient notamment signalé la possibilité de faire valider par des infirmiers ou des pharmaciens l'utilisation de certains produits (Ventoline, vitamine D, etc.), ou le renouvellement des ordonnances pour les patients chroniques qu'ils suivent déjà. L'orientation consistant à développer les coopérations entre professionnels de santé suppose une dotation plus importante, notamment en infirmiers de pratiques avancées, en assistants médicaux, ou en infirmières de santé publique.

Les responsables du contrôle médical unifié, au sein de la Cafat, ont confirmé dans la réponse adressée par cet organisme l'acuité des difficultés mais, aussi, la diversité des pistes de d'évolution susceptibles d'apporter un progrès. Ils suggèrent notamment de mieux profiter « *du maillage officinal efficient* » existant. Il serait possible ainsi, selon eux, de s'appuyer davantage sur ces professionnels de santé dans la prise en charge des patients, notamment dans le cas des traitements chroniques (équipe pluridisciplinaire de proximité par zone géographique). Des protocoles pourraient être mis en place avec les médecins définissant les contrôles que pourraient réaliser les pharmaciens (comme la prise de tension par

¹⁶ Ce point a été signalé comme sensible par certains participants lors des ateliers d'acteurs.

exemple...) permettant la poursuite de traitements lorsque le patient est bien équilibré ou, dans le cas contraire, l'orienter vers un médecin.

II - Des leviers opérationnels à déployer

Pour chaque segment des soins de premier recours, des actions spécifiques, parfois déjà envisagées ou programmées dans le plan stratégique, doivent être prévues et leurs responsables clairement désignés.

S'agissant des soins programmés, en complément de l'orientation en faveur du médecin traitant, et dans la continuité de ce qui était déjà prévu pour les patients souffrant de pathologies chroniques, des équipes référentes peuvent être déployées, en lien avec les centres médico-sociaux. Dans ces équipes doivent figurer des diététiciens et des infirmières de santé publique, formés pour traiter dans la durée et dans leur complexité les habitudes alimentaires et la surcharge pondérale.

Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé des populations les plus éloignées des soins, ces équipes doivent dans les territoires les plus carencés être élargies à des médiateurs en santé ou à des assistantes sociales, capables de soulager les médecins généralistes et les autres professionnels de santé pour faciliter la compréhension des traitements ou la prise en charge administrative des patients. Une gestion mutualisée de ces professionnels, incluant le cas échéant des psychologues, peut être organisée au niveau des provinces.

III - Un partenariat à construire dans le financement et la gouvernance

En réponse aux observations provisoires des juridictions, la présidente de la province sud a souligné que l'offre de soins de premier niveau repose largement sur les provinces à travers leurs centres médico-sociaux lorsque l'offre libérale est faible ou inexistante, alors qu'elles ne sont en rien compétentes en matière de santé. Aussi, un rôle éventuel des provinces « *en matière de coordination des soins ou d'équipes pluridisciplinaires* » [impliquerait que] *ces tâches supplémentaires soient correctement compensées financièrement* ».

Un décalage s'est instauré entre les compétences des acteurs au sens institutionnel et leur exercice sur le terrain comme le relève dans sa réponse

la présidente de la province Sud. Les provinces et le territoire doivent donc échanger pour définir les voies et moyens de développer le rôle des centres médico-sociaux en tant que support adéquat du déploiement d'une offre coordonnée pluriprofessionnelle en Nouvelle-Calédonie.

S'agissant des soins non programmés, une réflexion doit être engagée, pour structurer au niveau du territoire un « service d'accès aux soins », adossé aux sites principaux des urgences, le centre hospitalier territorial et le centre hospitalier Nord, et outillé pour gérer une régulation téléphonique médicalisée vers les urgences hospitalières mais aussi vers des consultations libérales ou les centres médico-sociaux.

Annexes

Annexe n° 1 : principaux enseignements des ateliers d'acteurs organisés en Nouvelle-Calédonie	40
Annexe n° 2 : extraits des actions du plan de santé « Do Kamo » de septembre 2018, relatives aux soins de premier recours	44

Annexe n° 1 : principaux enseignements des ateliers d'acteurs organisés en Nouvelle-Calédonie

Trois ateliers d'acteurs ont été organisés, dans chacune des provinces, regroupant à chaque fois une dizaine de professionnels de santé. Durant ces ateliers, trois thèmes ont été abordés : les soins programmés, les soins non-programmés et « l'aller-vers ». Un questionnaire préalable a permis d'introduire les débats et de recueillir des premiers constats, ensuite enrichis par les échanges et complétés par les suggestions d'évolutions.

Soins programmés :

La moitié des répondants ont confirmé les difficultés qu'ils rencontraient, compte tenu de leur charge de travail, pour respecter les règles de bonnes pratiques visant une bonne prise en charge des patients chroniques dans leur quotidien. Le recours à des assistants médicaux pour améliorer la récupération des documents nécessaires à la facturation et leur déléguer des tâches protocolisées, le regroupement des cabinets infirmiers, des locaux et du matériel de qualité ainsi que le développement de la médecine libérale semblent aux professionnels interrogés de nature à améliorer à la fois la qualité de la prise en charge et le nombre de patients suivis.

70 % des répondants ont considéré qu'ils avaient pour mission de répondre aux demandes provenant de nouveaux patients complexes. Pour certains professionnels, le flux de nouveaux patients s'équilibre avec les anciens patients. Les 30 % restant considèrent qu'il est nécessaire de bénéficier d'une équipe soignante accessible et indiquent qu'ils n'acceptent pas d'autres patients par manque de temps. Selon eux, cela pourrait compromettre la qualité de leur prise en charge.

Plusieurs actions sont considérées comme étant de nature à améliorer le temps médical utile. La proposition la plus plébiscitée est le développement du recours aux psychologues de ville, dont la consultation serait prise en charge par la CAFAT. Le renforcement de la place des travailleurs sociaux au plus près des équipes soignantes (médiateurs en santé, assistants sociaux), l'augmentation du nombre d'assistants médicaux sont considérés comme les propositions les plus utiles pour permettre un gain de temps médical. Autre recommandation retenue : le transfert de certaines tâches administratives au patient lui-même (notamment s'agissant des certificats de scolarité ou des arrêts de travail) et la validation par des infirmier diplômés d'État ou des pharmaciens de l'utilisation de certains produits (Ventoline, vitamine D, etc.), ou pour le renouvellement

des ordonnances des patients chroniques car ils les connaissent très bien. Cela allègerait le rôle de prescription des ordonnances habituelles ou de renouvellement.

Pour mieux garantir l'égalité territoriale d'accès aux soins, est préconisée une dotation plus importante en infirmiers de pratiques avancées et en assistants médicaux, qui pourrait être accompagnée d'un audit pour adapter et uniformiser les pratiques selon les besoins et les provinces. Le développement de la téléconsultation associée à la médecine itinérante est une deuxième orientation proposée. Sous-utilisée en Nouvelle-Calédonie, cette technologie pourrait pallier momentanément la pénurie de soignants et compléter la médecine itinérante impossible à assurer sur tout le territoire.

S'agissant du rôle des pharmaciens dans la prise en charge des soins, 40 % des répondants ont affirmé que ces derniers pourraient prendre en charge ponctuellement les patients les plus fragiles dans le traitement des maladies chroniques grâce à leurs bonnes connaissances physiopathologiques et médicamenteuses et pour faciliter la continuité des soins. Le maillage obligatoire des pharmacies permet d'avoir un professionnel de santé sur toute l'île et la polyvalence de ses compétences en font un professionnel de santé de premier recours particulièrement sollicité.

Soins non programmés :

Les avis des professionnels interrogés sont partagés sur la capacité de l'organisation actuelle à répondre aux demandes des soins non programmés. Pour certains, cette mission, jugée essentielle, serait correctement assurée. Pour d'autres la réalité du terrain serait aléatoire, du fait de la fermeture des cabinets le week-end et d'effectifs insuffisants. Les sollicitations seraient surtout prises en compte par les centres médicosociaux, qui ont une place importante dans la prise en charge des soins non programmés et seraient les seuls lieux de recours de soins sur les îles et en brousse. Pour plus de la moitié des professionnels qui se sont exprimés sur ce point, en tout cas, le modèle actuel de visites à domicile (SOS médecin, etc.) et dans les centres médico-sociaux ne fonctionne pas. En Nouvelle-Calédonie, SOS médecins n'intervient que dans l'agglomération du grand Nouméa (avec des quartiers non couverts) et les centres médicosociaux font des visites à domiciles à condition d'avoir suffisamment de personnels soignants.

Selon la majorité des participants, la permanence des soins ambulatoires et la régulation (Service d'accès aux soins) seraient organisées de manière insatisfaisante : disparate selon les provinces, il manquerait au dispositif plusieurs éléments : un schéma des urgences

(processus commun), la participation de la médecine libérale et des pharmacies à cette permanence, une coordination et une communication renforcées et des moyens de transport améliorés (un seul hélicoptère est disponible, qui ne peut voler la nuit et les transports sanitaires terrestres sont à améliorer). Le financement de ces soins (actes et organisation) et du service d'accès aux soins paraît peu pertinent à plus des deux tiers des professionnels interrogés : la tarification à l'acte entraînerait des écarts de tarifications, des inégalités et des incohérences dans la prise en charge.

Certains participants ont souligné que les évolutions concrètes leur paraissaient limitées, depuis l'adoption du plan Do Kamo. S'agissant de la permanence des soins ambulatoires, en plus de créer le réseau précédemment évoqué, une proposition de copier le modèle de Lifou est proposée : créer un mixte dispensaire/libéral (ce qui suppose de rémunérer correctement les professionnels libéraux disposés à participer à cette mission).

« Aller-vers » :

Selon les professionnels interrogés, les personnes les plus éloignées du soin, pour lesquelles un accompagnement spécifique serait nécessaire, sont les personnes ayant des difficultés à se déplacer pour des raisons psychologiques ou physiques et les personnes âgées, isolées à leur domicile. Les raisons évoquées sont multiples : difficultés de mobilité et/ou de compréhension (ou méconnaissance) du réseau de soins, pénuries de professionnels de santé, particulièrement dans les centres médicosociaux, absence de soutien familial et isolement avec un problème de transport récurrent et un entourage familial insuffisant.

Chaque professionnel de santé a son importance dans l'organisation de la prise en charge du patient et la polyvalence est une nécessité, selon les participants. Mais tous affirment que les infirmières diplômées d'Etat sont les professionnels les plus pertinents pour « aller vers » ces personnes et les prendre en charge, car elles sont les plus à même de prendre en compte tous les besoins de santé de la personne. Elles font d'ailleurs partie déjà des équipes traitantes dans les centres médicosociaux, avec les médecins, formule bien adaptée en brousse.

Trois dispositifs existants dédiés aux politiques visant à aller vers ces personnes éloignées du soin paraissent aux participants efficaces : l'équipe mobile de gériatrie/de psychiatrie, les équipes médicales dans les centres médicosociaux – assistantes sociales, enfin l'équipe de soins primaire (équipe soignante ne partageant pas les mêmes locaux mais réunie autour d'un projet de santé commun). Pour autant, afin de mieux prendre en compte les besoins spécifiques des personnes éloignées du soin, une meilleure prise en charge financière des consultations complexes serait

nécessaire, de même qu'une organisation différente, privilégiant la stabilité des professionnels (on note un turn-over important et des pénuries) et la connaissance des besoins de la population, dans la durée. Est suggérée la création d'équipes traitantes structurées autour des patients complexes, composées d'une infirmière diplômée d'État, d'un médecin et d'un pharmacien, utilisant un logiciel commun et capable de protocoliser des délégations d'actes (comme c'est déjà le cas dans les dispensaires).

Est également avancée l'idée d'une dotation spécifique aux territoires carencés, gérée au niveau provincial, dans un objectif d'égalité d'accès territorial, qui pourrait permettre une dotation supplémentaire d'assistants médicaux, d'infirmières en pratique avancée, ou d'infirmières de santé publique et qui pourrait financer des projets innovants d'organisation de soins (cabinets de consultation mobiles par exemple). La géographie de la Nouvelle-Calédonie nécessite une plus grande mobilité des soignants auprès des patients les plus éloignés ; ou à l'inverse, de meilleures conditions de transport sanitaire, pour un transport à la demande gratuit vers les lieux de soins (les transports vers les centres médicosociaux sont trop chers pour certains patients ou parfois inexistants. Le manque de transport serait un frein aux soins). Un recours accru à la téléconsultation ou aux cabines de téléconsultation dans ces territoires carencés permettrait de pallier la carence dans l'offre médicale et apporterait un soutien aux infirmiers de pratiques avancées, ces dernières constituant déjà un levier pour une délégation accrue des pratiques.

Annexe n° 2 : extraits des actions du plan de santé « Do Kamo » de septembre 2018, relatives aux soins de premier recours

Deux volets sont particulièrement pertinents, du point de vue du déploiement d'une stratégie de soins de premier recours plus adaptée aux demandes : les actions n° 71 à 75 qui entendent développer les actions de prévention de proximité, assurées par les équipes soignantes ; et les actions n° 77 à 82 qui entendent mieux structurer l'organisation des soins et le suivi gradué des patients.

Exemples d'actions du plan ciblées sur une prise en charge d'équipe préventive

Action n° 71 : La surcharge pondérale est une problématique de santé publique en Nouvelle-Calédonie. Elle ne fait actuellement pas partie des priorités de santé publique définies par la Délibération n°490 du 11 août 1994. Pourtant, la morbidité et la qualité de vie des citoyens-usagers sont largement impactées, tandis que les impacts sociaux et de santé s'avèrent importants. Les facteurs déterminant la surcharge pondérale sont nombreux (sédentarité, stress, alimentation, réseau social, sommeil, etc.) rendant sa prise en charge complexe et donc nécessairement pluridisciplinaire.

L'évaluation réalisée à l'initiative de l'ASS-NC en décembre 2017 a permis de mettre en évidence l'existence de fortes disparités (qualitatives et quantitatives) en termes de prise en charge du surpoids et de l'obésité de l'enfant au sein de l'offre de santé* de niveaux 2 et 3, à l'échelle du Pays. Il s'avère aussi que la répartition géographique des moyens humains est très hétérogène et que les compétences en termes d'Éducation Thérapeutique du Patient des professionnels de santé et du sport, sont inégales.

Action n° 72 : L'élaboration de la prise en charge pluridisciplinaire du parcours de santé du Calédonien devra tenir compte de la pénurie de moyens humains sur certains bassins de vie et de la rareté des ressources financières. À cette fin, une mutualisation des moyens des différents partenaires des trois bassins de vie de l'expérimentation, doit être organisée.

Action n° 73 : Identifier les référents par bassin de vie, les équipes pluridisciplinaires de prise en charge et les dispositifs existants dans le cadre de l'expérimentation. Le nombre et la diversité des professionnels de santé et des éducateurs sportifs dans chaque bassin de vie sont très hétérogènes. Certains territoires bénéficient de l'ensemble des professionnels de santé nécessaires tandis que d'autres d'une partie seulement.

