

6.4 AMÉLIORER L'EFFICIENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

6.4.1 Le contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». L'OMS introduit la notion de bien-être pour définir la santé. Il faut que les besoins nutritionnels, sanitaires, éducatifs, sociaux et affectifs soient satisfaits.

La santé est aussi, d'un strict point de vue économique, un élément constituant du capital humain, susceptible, comme ce dernier d'interagir sur la croissance. L'état de santé d'un individu peut, en effet, influencer sa formation initiale (et donc l'acquisition de compétences), son accès au marché du travail comme sa productivité (absentéisme, qualité du travail, etc.).

En métropole, la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 précise que « *La politique de santé publique concerne la surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la lutte contre les épidémies, la prévention des maladies, traumatismes et des incapacités, l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes, l'information et l'éducation à la santé de la population et l'organisation de débats publics sur les questions de santé et les risques sanitaires, l'identification et la réduction des risques éventuels pour la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire, la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé, l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et handicaps, la démographie des professions de santé.* »

Le système de santé regroupe l'ensemble des activités et moyens qui concourent à la production de la santé avec trois finalités complémentaires : curative (restaurer la santé),

préventive (prévenir) et éducative (acquérir des savoirs et des compétences). En métropole, comme en Nouvelle-Calédonie, la prévention en matière de santé est l'un des défis majeurs d'une politique sanitaire très centrée sur le curatif⁽¹⁾.

a. Le développement de la prévention

La prévention a pour but « *d'améliorer l'état de santé de la population en évitant l'apparition, le développement ou l'aggravation des maladies ou accidents, et en favorisant les comportements individuels et collectifs pouvant contribuer à réduire le risque de maladie.*⁽²⁾ »

La prévention, confrontée auparavant à d'importantes difficultés de mise en œuvre faute de financements dédiés et d'instance décisionnaire unique, connaît depuis la création de l'ASS-NC en 2001 un développement considérable. La mission s'est transformée en véritable responsabilité d'organisation de la prévention pour la Nouvelle-Calédonie en 2006. L'augmentation des budgets dédiés à la prévention, qui passent de 100 millions XPF en 2005 (transfert de subventions aux associations) à plus de 700 millions XPF en 2012, a permis le développement d'importants programmes de prévention, tels ceux relatifs aux addictions, à la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, au rhumatisme articulaire aigu. D'autres offres de dépistage sont créées *de novo*, comme celle du dépistage organisé du cancer du sein.

De nouveaux projets de prévention sont mis en place, comme le programme de prévention des pathologies de surcharge, et celui de prévention bucco-dentaire. Cette évolution rapide n'a cependant permis qu'une partie du rattrapage nécessaire, compte tenu du retard pris par le développement de la prévention, particulièrement si on le compare aux évolutions des dépenses de soins pendant la même période 90-2010.

(1) Pour la métropole : Les enjeux de la prévention en matière de santé, avis du Conseil économique, social et environnemental, Jean-Claude Etienne Christian Corne, février 2012. Pourquoi et comment donner un nouvel élan, en France, à la politique de prévention.

(2) Selon l'article L1417-1 du Code de la santé publique.

b. Un programme de modernisation des équipements en cours

L'offre de soins quant à elle, se décline d'une part, dans le cadre de l'offre hospitalière, territoriale et extra territoriale (évacuations sanitaires), et d'autre part, au travers de l'offre de proximité.

S'agissant de l'offre hospitalière, la modernisation des équipements hospitaliers est en cours. Les soins nécessitant un plateau technique spécialisé sont actuellement dispensés à Nouméa par le centre hospitalier Gaston Bourret et les deux cliniques privées (sur trois sites). Un centre hospitalier spécialisé réalise l'accueil et le traitement des personnes atteintes de troubles psychiques et assure également la gériatrie. Une activité d'hospitalisation de proximité est assurée par un centre hospitalier sur deux sites dans le nord, qui comporte une capacité de moyen séjour polyvalent. Les projets de modernisation en cours (Médipôle de Koutio, hôpital de Koné, regroupement des cliniques, renforcement de l'offre de soins de suite et de réadaptation) compléteront progressivement ce dispositif.

La réalisation des différents projets de modernisation en cours (Médipôle de Koutio, hôpital de Koné, regroupement des cliniques, renforcement de l'offre de soins de suite et de réadaptation - SSR) auront pour conséquence :

- une augmentation de la capacité actuellement autorisée de 150 lits et 70 places dans les disciplines de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO.) ;
- une augmentation de 102 lits et 10 places dans les disciplines des SSR (47 lits de soins de suite, 55 lits et 10 places en réadaptation fonctionnelle), hors les lits potentiellement reconnus au sein des centres médico-sociaux provinciaux ;
- une augmentation de 35 lits de psychiatrie générale ;
- une diminution de la capacité en long séjour, du fait de la fermeture du Centre Raoul Follereau et de la transformation de lits de long séjour et lits de moyen séjour au CHS.

Concernant l'évaluation des besoins face aux projets en cours, plusieurs études ont été menées par le service du contrôle médical de la CAFAT et par la DASS-NC, afin d'estimer les besoins capacitaires futurs de la population calédonienne :

- une analyse prospective des besoins hospitaliers dans les disciplines MCO à partir d'une application aux

projections démographiques de la Nouvelle-Calédonie, des taux de recours par âge constatés en France (métropole et DOM-COM) en 2009 : globalement, 727 lits et 82 places seraient nécessaires en 2015, ces chiffres évoluant à 958 lits et 111 places en 2030 ;

- des indicateurs de population et résultats de différentes enquêtes et études ayant conduit à la modification de l'encadrement réglementaire des activités de SSR : ces travaux concluent à un besoin supplémentaire d'environ 150 lits et places, dont 50 de réadaptation fonctionnelle, le tiers de cette capacité pouvant être organisé par reconversion de lits de médecine et de chirurgie.

En confrontant les besoins estimés aux projets autorisés ou en cours d'élaboration par les différentes structures sanitaires l'on constate :

- des capacités en lits et places MCO dépassant les besoins estimés pour les années 2015 et 2020 ;
- une capacité en lits d'hospitalisation complète insuffisante en 2025 (déficit de 26 lits) et en 2030 (déficit de 103 lits) ;
- des projets actuellement envisagés en SSR insuffisants pour satisfaire les besoins estimés en 2016.

Ces constats valident le renforcement du dispositif hospitalier selon le dimensionnement envisagé.

Par ailleurs, les lits étiquetés « médecine » au sein des centres médico-sociaux provinciaux méritent une attention particulière, car leur localisation à distance des structures hospitalières permet le développement d'une prise en charge de proximité et pourrait plaider pour leur reconnaissance au sein de la carte sanitaire.

c. La diminution progressive des évacuations sanitaires

En matière d'offre hospitalière extra territoriale, le bilan des évacuations sanitaires montre une diminution progressive du nombre des évacuations sanitaires (-39,3 % sur la période 2004-2009), intéressant quasiment toutes les spécialités médico-chirurgicales, mais particulièrement flagrante pour celles ayant bénéficié du développement en Nouvelle-Calédonie de techniques diagnostiques ou thérapeutiques nouvelles (IRM et coronarographie notamment).

Les principales raisons d'évacuation sanitaire restent aujourd'hui le traitement des cancers et des

cardiopathies. Au vu des motifs d'évacuation sanitaire constatés, l'estimation du nombre futur d'évacuations sanitaires (les projections pour 2020 varient de 682 à 1 480 EVASANS) est étroitement liée à la mise en œuvre en Nouvelle-Calédonie de projets visant à diversifier l'offre de soins, et notamment de la suite qui sera donnée aux projets d'implantation d'une offre de radiothérapie et de médecine nucléaire.

d. Une situation préoccupante en matière de santé mentale

Il est estimé que plus de 72 000 personnes en Nouvelle-Calédonie souffrent d'au moins un trouble psychique. Entre 1991 et 2010 ont été comptabilisés 604 décès par suicide, dont 22 décès de mineurs. On observe que le suicide atteint proportionnellement presque 2 fois plus la population de la province des îles Loyauté. 12 500 jeunes âgés de 18 à 29 ans sont concernés par un trouble anxieux, de l'humeur ou lié à l'alcool.

Le conseil de santé a statué sur les arrêts de travail de 480 fonctionnaires en 2008. Les motifs psychiatriques et/ou troubles réactionnels y représentaient 50,8 % des causes d'arrêt de travail et concernaient 244 agents, les enseignants étant les plus touchés. Par ailleurs, 3 390 personnes bénéficient pour un trouble psychiatrique d'une prise en charge en longue maladie par la Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés (CAFAT).

Malgré les dispositifs qui se sont structurés et mis en place au cours des quinze dernières années, ainsi que les financements votés par les collectivités au service de la population, tous les représentants institutionnels et associatifs ayant participé à l'élaboration du schéma de santé mentale se sont accordés sur le constat du manque d'harmonisation du recueil de données relatives à la santé mentale entre les diverses institutions, ainsi que du manque de connaissance des missions de chacun, et de coordination entre les divers partenaires, ce qui est préjudiciable à la prise en charge des publics.

Le besoin de formation spécifique au repérage et à la prise en charge des personnes présentant un trouble ou une souffrance psychique, ainsi que l'accessibilité réduite à l'offre psychothérapeutique ont aussi été identifiés. Par ailleurs, l'insuffisance de moyens dédiés et l'augmentation considérable des mesures judiciaires

ne permettent pas de mener une réelle politique en terme de prévention de la maltraitance et de la délinquance.

On observe également une confusion entre maintien de l'ordre public et réponses possibles du CHS Albert Bousquet, ainsi qu'un sentiment de défaut de reconnaissance du rôle des familles et des proches du malade.

e. Une offre de proximité confrontée à de nombreux freins

■ Un manque de coordination institutionnelle et professionnelle

L'offre de proximité est portée par les centres médico-sociaux et les professionnels de santé libéraux. Elle concerne les soins de santé primaire et les programmes de protection maternelle et infantile, la surveillance des grossesses, le suivi et la vaccination des enfants. Elle est confrontée au manque de coordination institutionnelle et professionnelle. En effet, les centres médico-sociaux relèvent des provinces, les hôpitaux de la DASS-NC, les professionnels de santé libéraux et les cliniques de la CAFAT, alors que les actions de prévention relèvent de l'ASS-NC. La cohérence des actions pourrait être améliorée par la définition d'axes prioritaires communs.

La coordination des acteurs de santé est unanimement reconnue comme insuffisante. Le problème est encore plus critique, lorsque les ressources médicales et paramédicales sont faibles. L'exercice en milieu isolé fait peser sur les professionnels des contraintes importantes pour assurer la permanence des soins : 18 des 33 communes de Nouvelle-Calédonie sont dépourvues de médecin généraliste libéral. Ce qui fait peser sur deux, voire sur un seul médecin la contrainte de permanence des soins. Il en est de même pour les sociétés d'ambulance. Des évolutions se révèlent donc nécessaires pour optimiser les ressources disponibles et améliorer leur cohérence.

Dans le domaine de la santé scolaire, l'absence de réglementation et de référentiel fait que celle-ci est organisée de façon inhomogène selon les provinces, tant aux plans des niveaux scolaires visités que des objectifs de recherche de pathologies. L'ASS-NC est finalement la seule institution à mettre en

œuvre un dépistage organisé systématique sur un même niveau scolaire et sur l'ensemble des écoles du territoire (cardiopathies rhumatismales). Aujourd'hui, si la compétence est du ressort de la Nouvelle-Calédonie dans le cadre du transfert de compétence, elle est en cours de structuration. Les acteurs sont nombreux : provinces, associations, CLSPD dans certaines communes, ASS-NC.

■ Des difficultés liées à la démographie médicale en milieu rural

L'évolution de l'effectif des médecins en exercice suit une courbe superposable à celle de la démographie à partir de 2004. En 2011, la densité était de 110,3 médecins généralistes pour 100 000 habitants, contre 145,5 en métropole, et de 112,7 médecins spécialistes pour 100 000 habitants, contre 153 en métropole.

Il existe néanmoins de grandes disparités entre les provinces. L'installation libérale des professionnels de santé et les différentes spécialités médicales sont concentrées sur les communes du Grand Nouméa où la densité médicale par habitant rejoint celle de métropole. Cette disparité est encore plus marquée pour les médecins spécialistes du fait de leur installation en zone urbaine, où la densité est comparable à celle de la métropole. Parallèlement, 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.

Par ailleurs, en matière de soins spécialisés, le manque de disponibilité des médecins hospitaliers - occupés à leur mission première de prise en charge des malades hospitalisés - et, que ce soit en secteur public ou privé, la participation des médecins à des vacances reposant sur le volontariat posent de réelles difficultés.

En outre, l'absence d'incitation financière, les problèmes récurrents en matière de transports intérieurs, le manque de préparation des dossiers médicaux préalablement au déplacement du spécialiste, ou encore la difficulté à effectuer des actes médico-techniques sur le site des vacances constituent autant d'obstacles à la venue des spécialistes.

Néanmoins, la bonne coordination des acteurs permet parfois de surmonter ces difficultés. C'est le cas par exemple en matière de gynécologie, des spécialistes libéraux intervenant dans les îles et des assistants du CHT intervenant dans le nord. L'accès aux soins dentaires et d'ophtalmologie a été amélioré dans les îles grâce au concours de la Mutuelle du Nickel et de la Mutuelle des Fonctionnaires. L'accès aux soins spécialisés de psychiatrie repose sur une organisation décentralisée comprenant trois antennes médico-psychologiques sur Poindimié, Koumac et Lifou, et des vacances de psychiatre dans 13 autres communes.

En outre, les disparités de prise en charge selon la couverture sociale, les problématiques d'accès physique aux structures de soins - liées à celle des transports et de leur coût -, l'insuffisante prise en compte de la culture des patients, peuvent constituer un frein à l'accès aux soins.

f. Une augmentation structurelle des coûts de santé

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.

Par ailleurs, les classes d'âge des moins de 15 ans et des plus de 64 ans, qui représentaient respectivement 31 % et 4,8 % de la population il y a quinze ans, représentaient, en 2009, 25,5 % et 7,4 % des effectifs (recensement 2009). La baisse du taux de mortalité se traduit par un allongement de l'espérance de vie, qui révèle une amélioration globale de l'état de santé. L'espérance de vie a nettement progressé, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, passant de 67,9 à 74,4 ans pour les hommes entre 1990 et 2010, et de 73,2 à 80,7 ans pour les femmes. Or, les études statistiques montrent que, de manière générale, la consommation de soins est élevée dans les deux premières années de la vie, à un faible niveau jusqu'à l'âge de 20 ans environ, puis qu'elle s'accroît de façon constante avec l'âge. Ainsi, la consommation de soins ne devrait cesser d'augmenter.

La dépense globale de santé représentait en 2011 plus de 87 milliards XPF⁽³⁾ (dont 37 % pour le secteur hospitalier public et privé⁽⁴⁾). Ces dépenses sont financées à hauteur de 62,5 % par la CAFAT et 25 % par les pouvoirs publics, le reste relevant des organismes complémentaires (4,5 %) et des ménages (8 %).

Les dépenses hospitalières globales pour l'année 2012, estimées à 31,3 milliards XPF, s'élèveraient à 41 milliards XPF en 2016, en tenant compte du surcoût lié aux opérations de modernisation des plateaux techniques et de la modification de la tarification des activités de SSR prévue à compter du 1^{er} janvier 2013.

En l'absence de secteur à honoraires libres comme en métropole, les tarifs de l'ensemble des prestations prises en charge par le système sont règlementés en Nouvelle-Calédonie. Seuls les tarifs des soins à l'étranger ne sont pas règlementés. **Une action sur les prix a déjà été utilisée à diverses reprises sur :**

- les **médicaments** en 1994, 2005 et en 2011,
- les **appareillages, fournitures et analyses** en 1994,
- les **actes des professionnels de santé** en 2011,
- les **EVASAN** en 2011.

Le choix a été fait de mettre en place dès 1993-1994, un dispositif de maîtrise comptable des dépenses hospitalières :

- à travers le **financement des hôpitaux publics** par dotation globale dont le taux directeur d'évolution est fixé en amont par le Congrès,
- à travers la **fixation d'une enveloppe de dépenses** avec un ajustement tarifaire lié au respect de cette enveloppe pour les cliniques privées.

Concernant les dépenses dites « de ville », les deux types de mesures se côtoient :

- les mesures de **maîtrise comptable** : en 1994, avec le gel puis la régulation des conventionnements, les plafonds d'actes pour les infirmiers et les kinésithérapeutes avec un mécanisme de remboursement en cas de dépassement, complétées en 2006 par la fixation d'objectifs conventionnels pour les médecins, assortis d'incitations financières ;
- les mesures de **maîtrise médicalisée** : le dispositif du médecin référent et de suivi du patient en longue maladie posé en 1994 et réajusté en 2005.

Les dispositifs de maîtrise comptable ont été mis en œuvre en Nouvelle-Calédonie, mais avec un bilan nuancé :

- la **régulation des conventionnements a permis de maîtriser la démographie médicale**, et donc de contenir les dépenses, mais elle engendre des effets pervers, notamment un effet inflationniste sur les reventes de conventionnement. Des corrections doivent être mises en place en ce qui concerne les zonages au sein d'une même commune ;
- le **mécanisme prévu en 2006 dans la convention médicale a permis de contenir l'évolution des dépenses et d'assainir les relations avec les médecins**, mais l'incitation financière a été inflationniste ce qui atténue de fait l'impact sur les dépenses concernées ;
- enfin, le **dispositif du médecin référent et du suivi des patients en longue maladie n'a pas encore produit ses effets en matière de maîtrise des dépenses**, mais il a d'ores et déjà permis une meilleure prise en charge des patients.

(3) Tableaux de l'économie calédonienne, ISEE, TEC 2012.

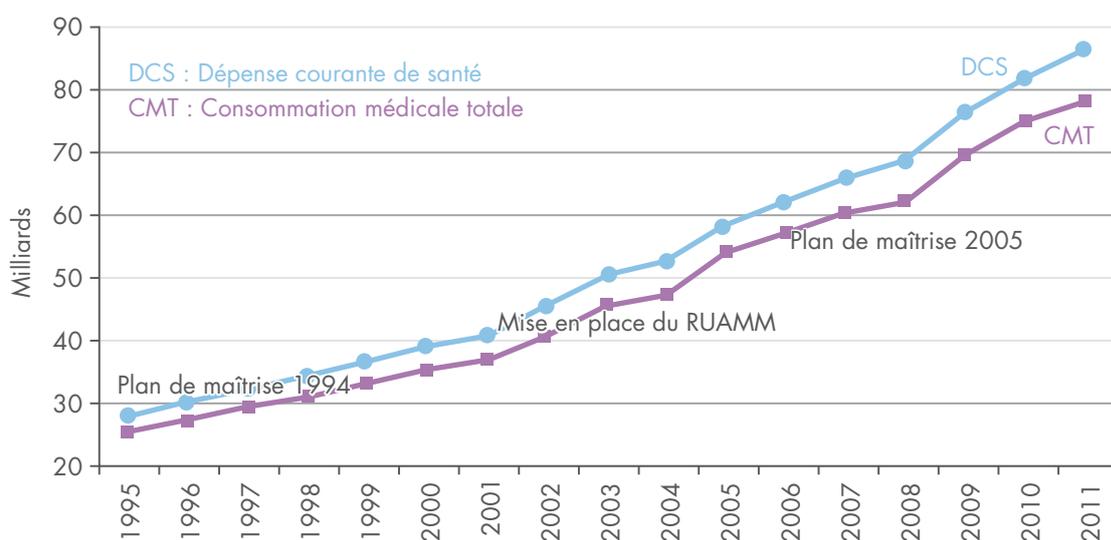
(4) ISEE, dépenses de santé.

6.4.2. Les indicateurs d'opportunité

Le coût de la santé est, de façon standardisée, appréhendé au travers de deux agrégats : la consommation médicale totale et la dépense courante de santé.

Le diagramme ci-dessous illustre la progression des deux agrégats depuis 1995.

1 TAUX D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES COURANTES DE SANTÉ ET DE CONSOMMATION MÉDICALE



Source : ISEE-DASS

Sur la période 1995-2011, la dépense courante de santé et la consommation médicale totale affichent un rythme de croissance annuel moyen respectif de 7 % et 7,3 %. À ce rythme, la dépense de santé double tous les 11 ans.

L'indice des prix santé enregistre une croissance annuelle moyenne (2,75 %) supérieure au taux de l'inflation annuel moyen (1,68 %) sur la même période.

2 DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ RAPPORTÉE AU PIB

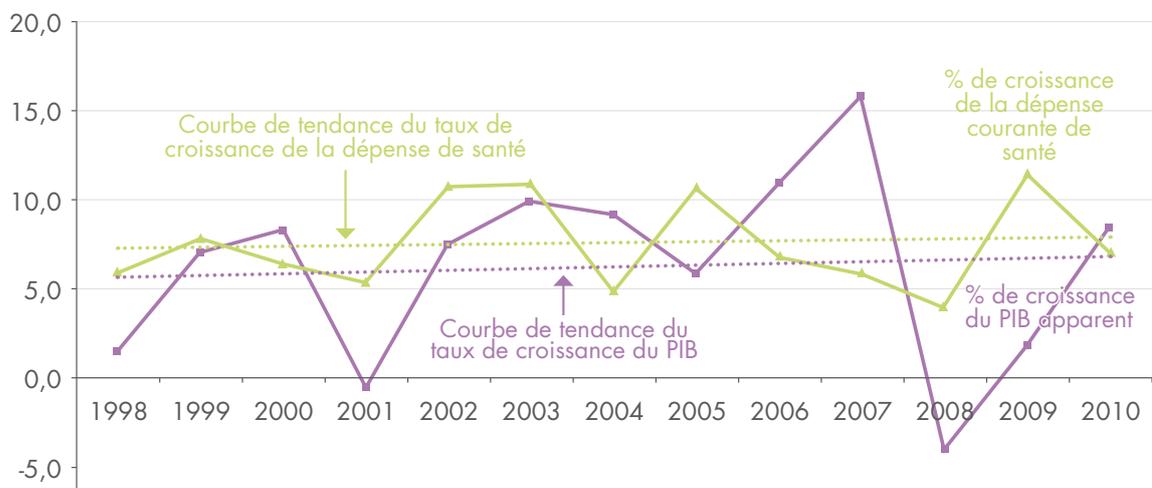
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
NOUVELLE-CALÉDONIE	9,77 %	9,38 %	8,57 %	9,34 %	10,2 %	10,1 %
MÉTROPOLE	11,4 %	11,3 %	11,2 %	11,4 %	12,1 %	12,1 %

Sources : Drees, Comptes de la santé, base 2005, Insee

Concernant la part des dépenses de santé dans le PIB, la Nouvelle-Calédonie se situe dans la moyenne des pays

de l'OCDE, mais en deçà de la métropole qui constitue le trio de tête avec les États-Unis et les Pays-Bas.

3 ÉVOLUTION COMPARÉE DU TAUX DE CROISSANCE DE LA DÉPENSE DE SANTÉ ET DU TAUX DE CROISSANCE DU PIB



Source : DASS, ISEE

Sur la période 1998-2010 on constate :

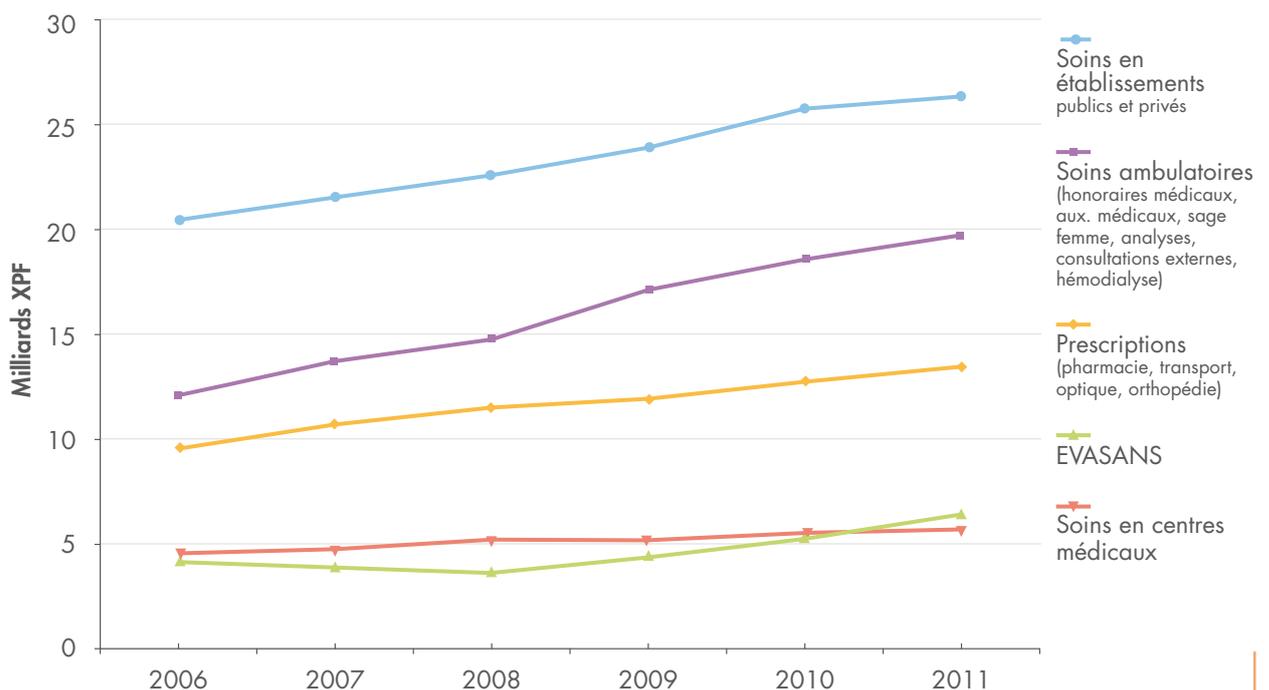
- un taux de croissance annuel moyen du PIB apparent de 6,2 % ;
- un taux de croissance annuel moyen de la dépense courante de santé de 7,5 %.

On observe ainsi que les dépenses de santé augmentent plus vite que la création de richesse. Cette situation est partagée par la plupart des pays de l'OCDE sur les 20 dernières années. Ce différentiel est visible au moyen des courbes de

tendance. **À moyen et long termes, un tel écart structurel génère inévitablement des difficultés de financement.**

La consommation de soins et de biens médicaux marchands comprend les soins en établissements de santé, les soins ambulatoires (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses), les soins prescrits (transports, médicaments et autres biens médicaux tels que l'optique, les prothèses, le petit matériel ou les pansements), ainsi que les EVASANS.

4 DÉPENSES DE SANTÉ PAR GRAND POSTE SUR LA PÉRIODE 2006 À 2011



Avec 26,27 milliards XPF, le secteur hospitalier (public et privé) représente près de 37 % de la consommation de soins et de biens médicaux marchands. Les établissements publics assurent la majeure partie des dépenses hospitalières (84,3 %). La consommation de soins ambulatoires est de 19,7 milliards XPF, dont 17,8 milliards XPF pour le secteur ambulatoire privé.

Par ailleurs, concernant les dépenses rattachées aux EVASAN, on constate :

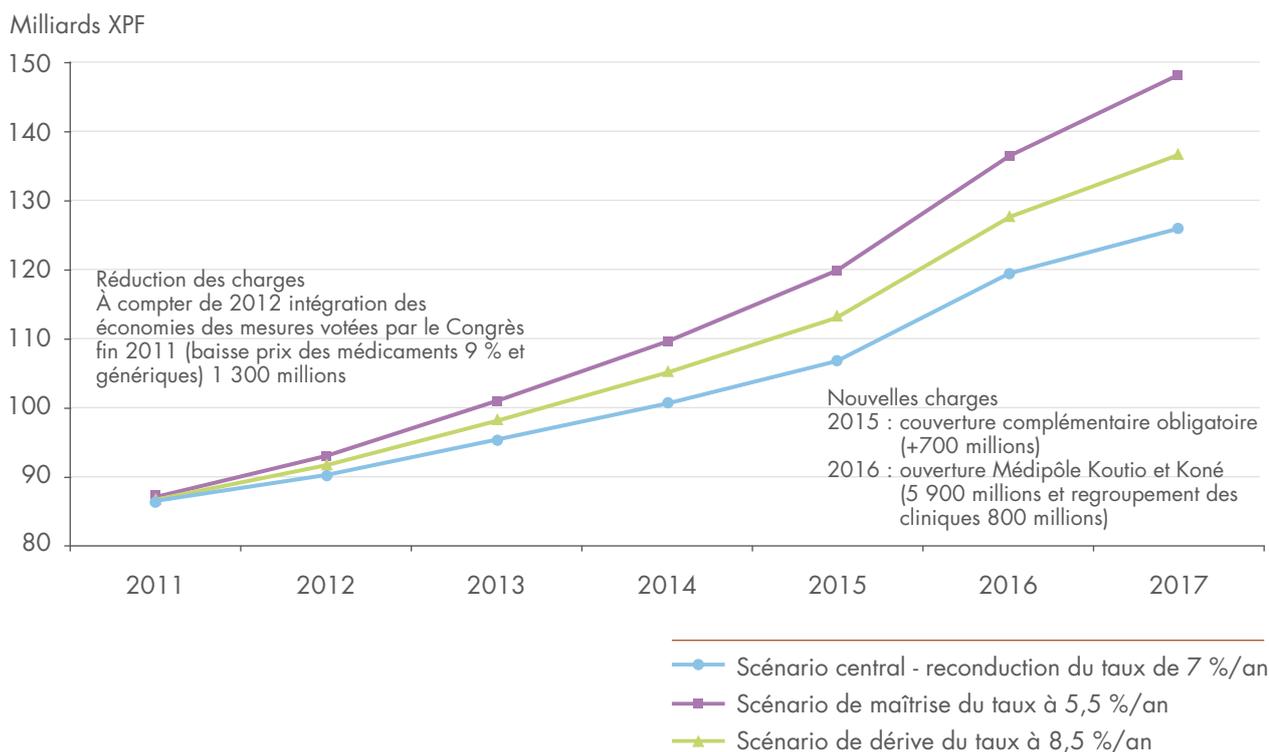
■ une évolution de +79 % du poste de dépenses EVASAN entre 2008 (3 620,8 millions XPF) et 2011 (6 497,5 millions XPF), un coût unitaire par EVASAN ayant augmenté de +54,1 % au cours de cette même période (passant de 2,70 à 4,16 millions XPF) ;

■ un coût moyen des seules dépenses de soins d'une EVASAN qui enregistre une hausse de +30,6 % entre 2007 et 2010 et de +55 % de 2008 à 2011.

L'analyse des dépenses engendrées par les seules EVASAN parties en cours d'année de facturation, permet de constater un coût unitaire progressant de +26,5 % en Australie, de -5,8 % en France. Une partie de cette progression est à rattacher à l'évolution du taux de change avec le dollar australien (+24 % en 2009, +22 % en 2010).

Les projections sur la période 2012 à 2017 permettent, à partir de ce taux moyen, de faire des simulations suivant un scénario pessimiste à 8,5 % de croissance annuelle, ou un scénario optimiste à +5,5 %.

5 PROJECTION DE LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ SUR 5 ANS



6.4.3 Les choix et priorités possibles

Face à un coût des soins qui augmente, à une population qui croît, qui vieillit et qui a des exigences nouvelles, il faudra réussir à maintenir l'efficacité du système de santé calédonien ce qui suppose éventuellement de :

- réorganiser l'offre de soins ;
- rendre l'offre de soins plus performante, c'est-à-dire plus économique, plus efficace et de meilleure qualité, sans dégrader son niveau de qualité.

Dans ce cadre, la question concernant la conception de la médecine que la Nouvelle-Calédonie souhaite retenir est essentielle. En effet, deux conceptions existent : celle en vigueur en métropole, où sont formés la plupart des médecins exerçant en Nouvelle-Calédonie, qui refuse de définir un seuil financier à partir duquel un traitement ne doit plus être pris en charge ; et celle en vigueur dans les pays anglo-saxons, inspirée de la démarche des économistes de la santé, qui fixe ce seuil par année de vie gagnée.

Par ailleurs, il conviendra de définir quel équilibre doit être trouvé entre la prévention et la prise en charge thérapeutique, ou encore de déterminer comment faciliter l'accès aux soins.

6.4.4 Les prérequis, conditions de réalisation

- La maîtrise des dépenses de santé ;
- la prise en compte de la dimension culturelle ;
- une meilleure connaissance de la santé (Observatoire de la santé) ;
- l'articulation avec les politiques de dynamisme des territoires ;
- la mise en adéquation des politiques d'aménagement (habitat, transport) avec la politique de santé (notamment diabète et surcharge pondérale).

6.4.5 Objectifs, résultats attendus et moyens

a. Renforcer la prévention

Pour le Conseil économique, social, environnemental :
« La prévention en matière de santé repose à la fois sur la sensibilisation et l'implication de chaque individu, la formation de l'ensemble des professionnels concernés, mais aussi la promotion par la collectivité

des conditions de vie et de travail propices à un bon état de santé de la population. »⁽⁵⁾ Il faut adapter ces recommandations aux pratiques locales et culturelles en matière de comportements, de diffusion de l'information, à l'histoire de la santé en Nouvelle-Calédonie, à son environnement économique et social.

■ Développer la transversalité professionnelle

Ceci passe notamment par :

- la définition d'articulations entre les collectivités, notamment provinciales, l'ASS-NC, les réseaux, les associations et les professionnels au sein des différents niveaux d'intervention en prévention, tant sur le terrain, qu'en terme de représentation dans l'ASS-NC et autres instances ;
- la mise en œuvre d'outils permettant d'associer tous les secteurs autres que le sanitaire et social, dans une politique globale de promotion de la santé.

■ Développer la prévention dans la formation initiale et continue

Le développement de la prévention dans la formation initiale et continue des professionnels de santé permettrait d'accentuer l'effort réalisé dans ce domaine. Par ailleurs, des formations spécifiques en direction notamment des acteurs du social et de l'enseignement pourraient être organisées (assistantes sociales, personnel de santé scolaire, enseignants, etc.).

■ Élaborer un cadre réglementaire pour la prévention

Afin d'organiser au mieux les moyens par rapport à la cible et aux objectifs, une clarification des compétences, des missions et de la complémentarité de chacun semble nécessaire. L'élaboration d'un cadre réglementaire en la matière permettrait de mettre en cohérence les actions menées.

Par ailleurs, la valorisation du développement des potentialités humaines (en partie le développement de l'estime de soi) par une approche socio-culturelle pourrait se décliner dans un programme de promotion de santé scolaire en intégrant le concept global et transversal de la santé, dans un but de valorisation de la personne.

(5) Les enjeux de la prévention en matière de santé, avis du Conseil économique, social et environnemental, Jean-Claude Etienne, Christian Corne, février 2012.

En outre, il est relevé l'absence d'outils communs et partagés entre les trois provinces et les professionnels de santé, permettant le suivi des femmes enceintes et des enfants, ou relatifs à la médecine de prévention ou à la médecine du travail des fonctionnaires que certaines provinces ont mis en place de leur propre initiative.

L'élaboration dans ces différents domaines d'un cadre réglementaire commun serait de nature à permettre une plus grande cohérence des actions.

■ Définir les modalités d'action des professionnels

Dans ce cadre, un parcours de prévention pourrait être défini. Il pourrait s'appuyer sur l'élaboration d'un carnet de prévention pour examens médicaux gratuits à certains âges de la vie, associé à des avantages pour ceux qui y participent, selon le principe du carnet de maternité ouvrant droit à des prestations sociales.

La mise en place d'interventions collectives ou individuelles de prévention (accompagnement de la personne au changement) pourrait être proposée à des personnes de certains groupes à risque, comme l'obésité par exemple, afin d'en reporter ou annuler les conséquences ; de même pour le développement de l'éducation thérapeutique, pour les personnes porteuses de pathologies chroniques.

La création d'actes de prévention dans la nomenclature pourrait également être envisagée.

En outre, l'encadrement, la coordination et l'appui des acteurs de la société civile (secteur associatif, coutumiers, religieux, organisations professionnelles pour les entreprises) pourraient être organisés dans le cadre global de promotion de la santé.

■ Renforcer la prévention dans la médecine du travail

Mettre en place systématiquement les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) là où ils sont obligatoires, dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés et dans les établissements de moins de 50 salariés avec les délégués du personnel. Renforcer l'action de la médecine du travail.

■ Mettre en place une ambitieuse politique de santé scolaire

L'école a une double mission : l'éducation à la santé des élèves et le suivi de leur santé. Le premier aspect est au mieux intégré dans les programmes scolaires et enseigné, le second est largement défaillant en Nouvelle-Calédonie. Il est également source d'inégalités entre les différentes pratiques institutionnelles, entre l'enseignement privé et public.

b. Améliorer l'accès à l'offre de soins de proximité

■ Mieux prendre en compte le patient et sa culture

Afin d'assurer leur mission de proximité, les soins de premier recours sont nécessairement centrés sur l'individu, la famille et la communauté. Des éléments culturels peuvent constituer un frein à l'accès aux soins, en particulier lorsqu'ils ne sont pas suffisamment pris en compte.

L'Institut de formation des professions sanitaires et sociales a intégré à la formation initiale des infirmiers un module relatif à l'approche culturelle de la maladie. En outre, l'Institut de formation à l'administration publique a développé une offre similaire dans son programme annuel de formation continue. Toutefois, le développement de la formation continue, afin de contribuer à la prise en compte des spécificités culturelles par les professionnels dans leur pratique, suppose une pérennisation des personnels.

Les facteurs culturels intervenant dans le recours tardif aux soins pourraient être approfondis afin d'améliorer la prévention et l'orientation des patients vers des soins appropriés.

Par ailleurs, le rôle de l'entourage familial, plus ou moins élargi selon les cultures, dans la prise en charge de la dépendance et du soin gagnerait également à être réfléchi afin de favoriser, dans nos politiques publiques, le maintien d'une solidarité familiale qui existe encore de manière privilégiée en Nouvelle-Calédonie.

■ Renforcer la coordination professionnelle

La coordination des acteurs de santé et les recherches de complémentarités entre le public et le privé sont indispensables pour assurer au patient un parcours de santé cohérent, ainsi que la permanence des soins ambulatoires. Il convient alors de définir plus précisément le rôle et la responsabilité que l'on peut attribuer à chaque spécialité ou à chaque professionnel selon son niveau de formation.

Un enjeu particulièrement important est la gradation des offres de soins, c'est-à-dire la capacité à dispenser le soin approprié à chaque patient, pour chaque pathologie. Cette coordination peut se concevoir à travers la définition de territoires de recours reflétant les mouvements de population et pouvant être indépendants des découpages communaux et provinciaux. Par ailleurs, le développement d'organisations cibles propres à chacun de ces territoires, selon l'offre de soins en présence, pourrait être envisagé. Cette action pourra dès lors s'appuyer sur des projets portés par les professionnels publics et privés de santé et associer l'ensemble des acteurs permettant une approche globale de la santé.

Il conviendrait par ailleurs d'organiser la permanence des soins et le schéma des urgences. Les principales difficultés à dépasser concernent la participation des professionnels libéraux à la permanence des soins et les mutualisations possibles dans les zones isolées. Les modes de rémunération de la permanence des soins, en particulier lorsqu'elle ne donne lieu qu'à un petit nombre d'actes, devraient également faire l'objet d'une réflexion.

■ Favoriser l'accès de la population aux médecins spécialistes

S'agissant des spécialistes hospitaliers, l'inscription des interventions en périphérie, dans les fiches de poste de tous les médecins recrutés au sein des hôpitaux publics, contribuerait à la réalisation de cet objectif. Des mesures incitatives pour les médecins hospitaliers participant aux activités périphériques peuvent également être envisagées. Par ailleurs, le financement des actions des projets d'établissement des hôpitaux publics qui s'inscrivent dans une démarche de collaboration, par l'intermédiaire d'un fléchage des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), serait privilégié.

Concernant l'accès de la population aux spécialistes libéraux, l'application aux cliniques privées de la procédure d'élaboration de CPOM pourrait permettre, à la place d'une revalorisation de forfaits, de cibler des allocations de crédits sur des missions que les cliniques s'engageraient à développer : ces missions pourraient relever de missions de service public (ces pistes seront approfondies dans le cadre de la réflexion sur le financement des hôpitaux). Il conviendra ainsi de discuter des liens entre les cliniques et les médecins y exerçant, notamment des modalités de transmission aux médecins libéraux des obligations imposées aux cliniques où ils exercent (conventionnements portés par les cliniques et non nominatifs, contrats liant les établissements et les médecins, etc.).

Des incitations financières peuvent également être envisagées, telles que la valorisation des lettres de la nomenclature pour des actes effectués hors du Grand Nouméa, l'incitation à l'installation en zone rurale, à la création de cabinets secondaires, à l'intervention des libéraux sur les plateaux techniques hospitaliers périphériques (clinique ouverte, etc.).

Par ailleurs, une obligation à participer à des vacations décentralisées pourrait être imposée comme condition d'octroi d'un conventionnement.

Enfin, l'amélioration de la préparation de la venue des spécialistes permettrait d'orienter les activités des vacataires vers les pathologies les plus complexes, afin d'apporter une réelle plus-value spécialisée.

■ Définir des nouveaux modes d'exercice et des professions adaptées

Les centres médicaux-sociaux, qui relèvent des provinces, parce qu'ils sont constitués d'équipes pluridisciplinaires, offrent des possibilités inédites d'exercices collectifs et de nouveaux modes d'intervention auprès du patient. Cela suppose de repenser les combinaisons de compétences entre professionnels de santé et de développer les coopérations permettant de faire évoluer le mode d'exercice des professionnels dans l'objectif d'utiliser au mieux les compétences disponibles.

Afin d'améliorer les conditions de travail des personnels isolés, il est proposé de mener une réflexion concertée sur les adaptations possibles des décrets de compétences des professions de santé existantes et sur le besoin en professions nouvelles. Ainsi, à partir d'une évaluation des organisations de travail des personnels isolés permettant de faire émerger les besoins d'évolution, un programme d'adaptation des réglementations relatives à l'exercice des professionnels de santé en vue de pallier les carences en personnel spécialisé pourrait être défini. De même, un référentiel des compétences, nécessaire à l'élaboration de programmes de formation aux professions nouvelles, pourrait être élaboré.

Le développement de professions dédiées à l'exercice en milieu isolé permettrait d'améliorer l'adaptation des formations aux besoins spécifiques des populations, ainsi que la pérennisation des personnels. Ces personnels pourraient également constituer des ressources indispensables au développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique dont les besoins ont déjà été mis en évidence.

Ce type d'adaptation doit nécessairement être concerté avec les professionnels de santé afin de permettre des compromis garantissant une complémentarité entre acteurs publics et privés. Il serait souhaitable de mener pour cela un programme d'évaluation approfondi des modes d'organisation.

■ Améliorer l'accès physique aux structures de soins

L'accès aux soins de proximité dépend de : la distance entre la population et les centres de soins, et de revenus suffisants⁽⁶⁾. L'existence d'un moyen de transport personnel ou de moyens de transport collectif à des prix abordables, voire gratuits, est une des conditions de cet accès.

Pour pallier 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.

À partir d'un état des lieux des lignes de transport public existantes et d'une évaluation des dispositifs de navettes développées par la province Nord, une réflexion commune pourrait être menée en lien avec le futur schéma des transports, pour pallier les difficultés d'accès aux structures de soins pour les populations qui en sont les plus éloignées. D'autre part, il convient de prévoir dès à présent, au vu des projets de réaménagement hospitalier, les modalités de transport qui seront nécessaires pour en permettre l'accès, notamment entre la côte est et ouest pour le CH de Koné.

c. Promouvoir la bonne santé mentale de la population

■ Optimiser la coordination des prises en charge des souffrances et troubles psychiques

La structuration du réseau de santé mentale, par le biais de la création d'une commission de concertation en santé mentale, ainsi que la mise en place de réseaux de proximité, devraient permettre une meilleure articulation entre les divers partenaires institutionnels, associatifs et libéraux. L'affectation de moyens humains spécifiques est nécessaire à la mise en œuvre et à l'évaluation de ces dispositifs.

L'amélioration des relations entre les partenaires passe par l'identification et la réalisation d'une vocation, par exemple mensuelle, d'un référent psychiatre dans chaque établissement médico-social, social et de protection de l'enfance. La formalisation d'outils et de procédures permet quant à elle de faciliter les transmissions, notamment en cas d'urgence, d'améliorer les prises en charge et de diminuer les délais d'attente.

(6) Pour mémoire, en 2008, la population vivant sous le seuil de pauvreté était estimée à 53 000 personnes, soit 17 % des ménages. La part de ménages vivant sous le seuil de pauvreté était 4 à 6 fois supérieure dans le nord et aux îles Loyauté qu'en province Sud. Synthèse n° 23, 53 000 personnes sous le seuil de pauvreté, p. 1, ISEE, 2008.

L'aide aux aidants naturels devra être développée par le biais de séances collectives ou de prises en charge individuelles. En effet, toute la subtilité du travail de réseau réside dans cette capacité à faire alliance avec le patient et son entourage familial et élargi, notamment dans les cultures océaniques où le réseau social naturel, voire confessionnel, doit être sollicité de façon privilégiée.

Par ailleurs, le tiers payant des actes de psychiatrie, voire de psychothérapie, réalisés par des psychologues pourrait être envisagé, ainsi que le développement de permanences de psychologues et le déploiement du N° vert unique dédié aux personnes vulnérables et en détresse.

Enfin, une nouvelle mission de prévention en matière de santé mentale pourrait être confiée à l'ASS-NC.

■ Permettre l'accès de tous aux dispositifs de soins adéquats

S'agissant de la petite enfance, l'identification du dispositif d'aide médico-sociale précoce (DAMSP), comme outil de dépistage des handicaps, d'accompagnement et d'orientation des familles, ainsi que l'élargissement de ses missions au suivi des enfants, pourraient être effectués.

Les moyens du centre d'accueil et de soins pour adolescents (CASADO) doivent être dimensionnés, notamment en équipe mobile et ateliers thérapeutiques, pour répondre à toutes les problématiques des adolescents et pour développer une attention particulière aux signes de mal-être des jeunes.

Le dimensionnement des centres et antennes médico-psychologiques (AMP), tant en pédopsychiatrie que pour les adultes, s'avère nécessaire, lui aussi, afin de permettre le travail de liaison, le suivi sur les lieux de vie et d'éviter les perdus de vue. Une réflexion sur l'équipement de la zone centre (Houaïlou, Thio, Boulouparis, Bourail) en AMP doit être menée avec tous les partenaires, pour doter la région centre d'un outil sanitaire en santé mentale.

Pour les adultes, les filières de réhabilitation et de réinsertion doivent être plus efficaces ou complétées, notamment en province Nord et dans les îles Loyauté.

Enfin, le manque de filières d'aval, notamment en secteurs social et médico-social, devra être comblé.

■ Partager une culture professionnelle commune

Dans cette perspective, la construction d'un plan institutionnel et coordonné de formation, multi partenarial et pluri-catégoriel, par zone de proximité, est préconisé, ainsi que l'organisation régulière d'un colloque sur la thématique santé mentale.

Par ailleurs, le financement d'une campagne médiatique annuelle permettrait de sensibiliser la population, les élus et les coutumiers aux problématiques de santé mentale.

d. Maîtriser les coûts de santé

■ Améliorer l'évaluation et la gestion des dépenses de santé

La dépense courante de santé, qui affiche un rythme de croissance annuel moyen de 7 %, a donc vocation à doubler tous les 11 ans.

S'agissant des EVASANS, l'orientation des patients vers les établissements les plus efficaces nécessite de pouvoir effectuer une comparaison des coûts de soins et du coût global (cf. transport, logement des accompagnants, etc.) entre les différents établissements australiens, français et néo-zélandais susceptibles de prendre en charge les patients calédoniens et de vérifier le niveau de qualité des soins prodigués. Ce travail soulève des difficultés méthodologiques importantes, compte tenu de la variabilité des profils des malades, de l'hétérogénéité des tarifications appliquées dans les pays de destination, du fonctionnement différent des hôpitaux et des systèmes de soins, de la difficulté à apprécier la qualité de soins. Sa réalisation implique l'attribution de moyens spécifiquement dédiés.

■ Agir sur les prix

Si les mesures de maîtrise des tarifs et des prix pratiqués par les professionnels de santé sont efficaces pour maîtriser les coûts, elles sont toutefois mal perçues par ces professionnels et mettent en exergue le sentiment de manque de transparence et de concertation sur la politique tarifaire. Une réflexion est à mener sur la construction de la politique tarifaire qui semble aujourd'hui reposer sur la seule commission santé de la CAFAT. Une réactivation du comité de gestion du risque pourrait être une réponse.

La maîtrise dite comptable des dépenses de santé repose sur la fixation d'un objectif de dépenses compatible avec les ressources du régime. Elle est conduite de manière autoritaire lorsque l'objectif est fixé règlementairement et que son non-respect est assorti de sanctions financières. Elle peut également faire appel à une politique d'incitation, en liant le maintien ou l'obtention d'un avantage à la réduction des dépenses. L'approche est dans les deux cas économique et collective.

La maîtrise dite médicalisée, quant à elle, prend en compte l'état de santé individuel du patient, mais vise à limiter les dépenses à celles médicalement justifiées au regard de règles de bonnes pratiques partagées. La démarche vise à lutter contre les gaspillages et les dépenses inutiles, en veillant à la juste dépense pour le juste soin.

Le financement des hôpitaux publics reposant très majoritairement sur la dotation globale de fonctionnement, ceci n'incite pas les services de court séjour à modifier leurs pratiques pour diminuer la durée moyenne de séjour, dans la mesure où quelle que soit la durée d'hospitalisation, le financement est le même. Ceci gèle les possibilités d'évolution apportées à l'offre hospitalière. C'est ainsi que le renforcement des capacités de SSR, prévu pour permettre le transfert des malades à partir des lits de court séjour, risque d'être inopérant si les organismes financeurs considèrent qu'il est plus « rentable » de maintenir leurs ressortissants dans un lit de court séjour, financé par la DGF à laquelle ils participent, bien que la prise en charge des malades y devienne inadaptée.

Le financement des établissements privés repose sur la fixation de multiples forfaits rediscutés individuellement avec la CAFAT, et sur le remboursement des actes médicaux réalisés. Le projet des établissements privés de se doter du PMSI⁽⁷⁾ laisse envisager une possible évolution vers l'adoption de modalités tarifaires communes avec le secteur public.

Il conviendrait d'étudier les possibilités de phasage des opérations de rénovation des plateaux hospitaliers au vu des besoins, que ce soit tant

en termes d'investissement (échelonnement des travaux), que de fonctionnement (activation progressive des lits installés).

Par ailleurs, une réflexion concernant la possible qualification des lits existant au sein des CMS, en qualité de capacité hospitalière au sens de la réglementation actuelle, pourrait être menée.

Le projet d'encadrement des activités de soins de suite et de réadaptation ouvre la possibilité de reconnaître tout ou partie de ces lits en qualité de lits de soins de suite, par une autorisation du gouvernement après avis du Comité d'organisation sanitaire et sociale (COSS), conformément aux délibérations 171 et 429 relatives à la carte sanitaire et à l'organisation de l'offre sanitaire. Concernant les autres missions (observation de malades ne nécessitant pas le recours à un plateau technique hospitalier, hébergement médico-social), un recueil de données sur le nombre et les motifs des séjours mérite d'être opéré avant de discuter de leur place dans l'organisation des soins.

Des modalités de tarification des activités hospitalières incitant les acteurs à rendre efficient le dispositif d'offre de soins pourraient être proposées. Dans ce cadre, deux possibilités se présentent :

- le retour à une tarification des activités de court séjour au prix de journée, incitant les financeurs à promouvoir le transfert de leurs ressortissants vers les structures d'aval *a priori* moins coûteuses (SSR, par exemple). Outre l'impression d'une gestion comptable des filières de soins, qui risque de générer le mécontentement des soignants, la difficulté est de fixer des prix de journée MCO suffisamment précis pour tenir compte des moyens consommés, sans déboucher sur une multiplicité de tarifs ;
- la mise en place d'une tarification à l'activité (T2A) sur le modèle métropolitain. Ceci nécessite un programme de médicalisation du système d'information (PMSI). Déjà implanté au CHT et au CHN, il permet une tarification adaptée à la lourdeur des prises en charge, indiscutable médicalement.

Il convient donc de poursuivre la réflexion concernant l'impact financier des modifications prévues à l'organisation de l'offre hospitalière

(7) PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information.

(renforcement des capacités, modification des modalités de tarification), pour chacun des financeurs (CAFAT et les provinces en qualité d'organismes principaux de protection sociale, organismes mutualistes pour la part des dépenses non prise en charge par les financeurs principaux, usagers).

L'harmonisation des modalités de financement entre les secteurs hospitaliers public et privé (PMSI et CPOM étendus au privé, mode de tarification identique) devrait être envisagée.

Une réflexion doit être menée sur l'absence de dispositif de maîtrise des dépenses des cliniques. Les dispositifs de maîtrise des soins de ville sont à ajuster pour les uns (régulation des conventionnements), à repenser ou à moderniser pour les autres (plafond d'actes et convention médicale). Le dispositif de suivi des patients en longue maladie doit être amélioré, notamment pour faciliter la coordination entre praticiens et pour favoriser une plus grande implication des médecins publics.

e. Renforcer la gouvernance en matière de santé

■ Améliorer le contrôle des dépenses et la communication sur les comptes de la santé

Le plan de 1994 a posé les bases d'une nouvelle gestion du risque maladie devant associer l'ensemble des acteurs, notamment au travers du comité de gestion du risque. Il ressort que ce comité n'a pas pris la dimension souhaitée par manque d'implication des partenaires. La commission santé élargie de la CAFAT est devenue petit à petit le lieu des discussions, sans satisfaire pleinement les partenaires, notamment les mutuelles. Le plan de 1994 a également posé les bases d'une transparence sur les comptes de la santé et l'état sanitaire de la population. Si les comptes sont établis et le bilan sanitaire réalisé, les modalités de communication de ces études n'ont pas été mises en œuvre (présentation au COSS et au Congrès).

Les missions du comité de gestion du risque pourraient être étoffées pour lui donner un rôle d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé avec

la possibilité de saisir le COSS en cas d'évolution préoccupante. L'ajout à ses membres d'un représentant du contrôle médical unifié et d'un représentant de l'ISEE serait, tant pour ses missions relatives à la régulation des professionnels, que pour l'analyse des dépenses de santé, opportun.

En matière de contrôle, l'unification du contrôle médical est reconnue par l'ensemble des participants comme une bonne mesure qui a simplifié et clarifié les actions de contrôle. Il ressort cependant que les missions du contrôle médical pourraient être revues. L'allègement du mécanisme des avis obligatoires et le renforcement du contrôle auprès des professionnels de santé pourraient lui permettre d'être davantage présente dans l'analyse des dépenses, afin d'éclairer les décisions des organismes et des pouvoirs publics.

■ Améliorer la cohérence et la coordination

Concernant les politiques publiques de santé, la provincialisation a apporté des possibilités d'adaptation et des capacités d'animation territoriale en lien avec les besoins des populations. Une réflexion est néanmoins à mener sur les modes de coordination des politiques territoriales et provinciales pour définir :

■ **un diagnostic partagé** par l'ensemble des acteurs du système de santé ;

■ **des priorités et des objectifs** stratégiques partagés ;

■ **la mise en œuvre** de ces axes stratégiques. Ce projet global comprendrait des axes communs à la Nouvelle-Calédonie et à ses établissements publics, aux provinces, à la CAFAT et aux mutuelles, en concertation avec les professionnels de santé.

■ Améliorer l'observation de la santé

Le développement de l'e-santé devrait permettre de récolter et d'exploiter des indicateurs (à définir), permettant le suivi de l'état de santé de la population. Ces données devraient être accessibles en temps réel aux acteurs de santé et aux décideurs.

Par ailleurs, il conviendrait de définir les missions et modalités de fonctionnement d'un observatoire de la santé qui mutualiserait les moyens actuellement

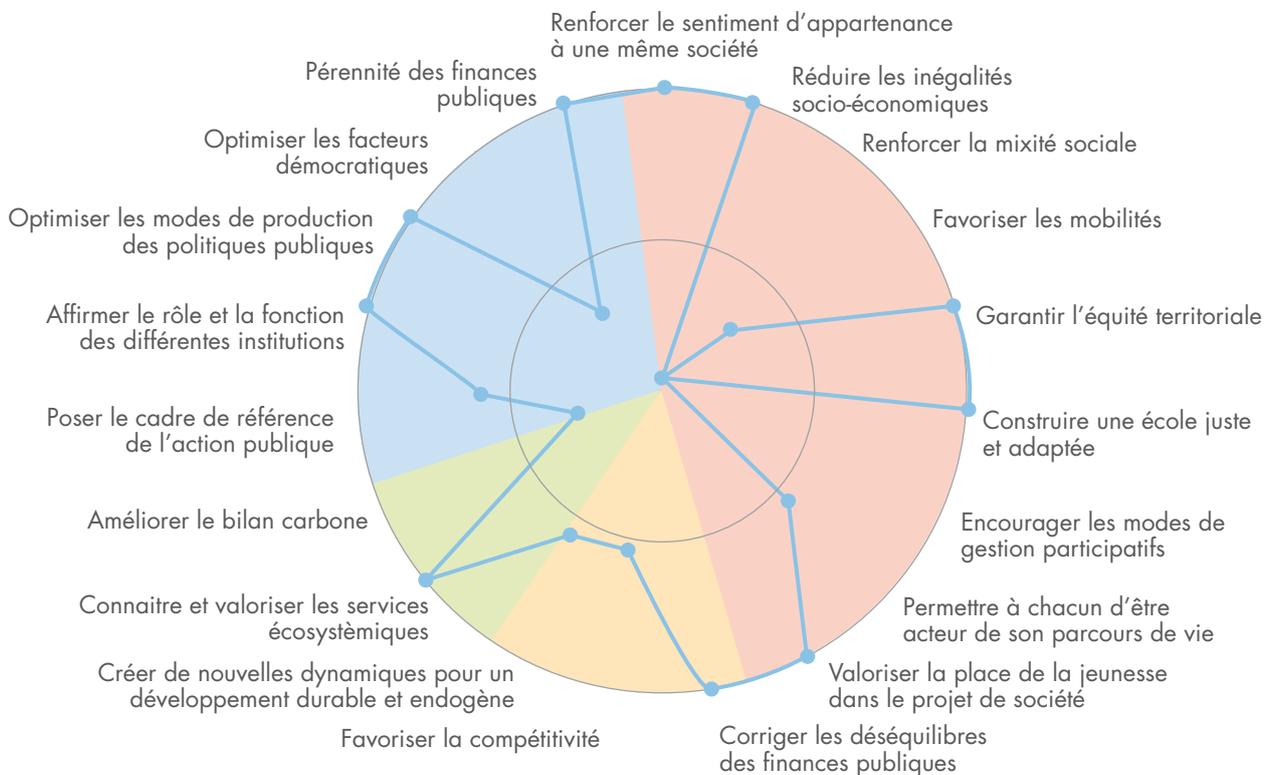
dispersés entre les services du gouvernement, les organismes de prestation sociale et les provinces.

Enfin, la réalisation d'études, notamment concernant la perception de la santé par la population, devrait permettre de mieux comprendre les freins aujourd'hui rencontrés à l'adoption de conduites considérées par les professionnels comme plus saines.

L'apport de cette politique aux orientations

C'est un droit fondamental. Dans l'optique du capital humain la politique de santé contribue à la réussite scolaire, à l'emploi et à la productivité, à l'autonomie de l'individu ; elle permet de réduire les inégalités dans la société, mais elle a un coût croissant, qui pèse et pèsera sur les finances publiques. L'offre curative va fortement s'améliorer avec l'ouverture de nouvelles structures (Médipôle, centre hospitalier de Koné, clinique). Cela oblige les pouvoirs publics à mettre en place des outils afin d'en maîtriser l'évolution, à fixer le niveau de couverture de la population, à développer une politique davantage axée sur la prévention. Dans ce domaine de la santé, la coordination des politiques provinciales devient impérative.

5 AMÉLIORER L'EFFICACITÉ DE LA SANTÉ PUBLIQUE



Plus on s'éloigne du centre du diagramme, plus la politique publique contribue à l'orientation fondamentale.

- Vers une société cohésive basée sur la confiance et la solidarité
- Vers un éco-territoire
- Vers un modèle de développement pérenne
- Vers une nouvelle gouvernance