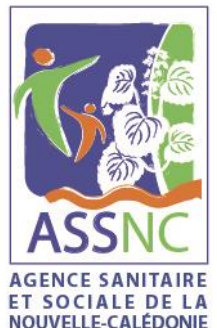


CAHIER DES CHARGES
de l'évaluation du programme
« mange mieux bouge plus »
coordonné par l'ASSNC

Pour tous renseignements :
Tél : 25.07.72
preventionsurcharge@ass.nc
mangemieuxbougeplus
www.mangemieuxbougeplus.nc



I CONTEXTE DE L’EVALUATION

1-1 La situation géographique et démographique de la Nouvelle-Calédonie

1-2 L’organisation administrative

1-3 La répartition des compétences sanitaires

1-4 L’offre de soins

1-5 Le système de protection sociale

1-6 Le contexte épidémiologique

II EXPOSE DES MOTIFS

III FINALITES ET ENJEUX DE L’EVALUATION

IV CHAMPS DE L’EVALUATION

V OBJECTIFS DE L’EVALUATION

VI QUESTIONS EVALUATIVES

VII ÉLÉMENTS METHODOLOGIQUES

VIII SOURCES DOCUMENTAIRES

IX ACTEURS DU DISPOSITIF DE SUIVI DE L’EVALUATION

X PHASAGE ET CALENDRIER

XII RENDU DES TRAVAUX

XII DISPOSITIONS DIVERSES

12-1 Attendus pour la présentation de l’offre

12-2 Critères de jugement de l’offre

12-3 Confidentialité

12-4 Propriétés de l’étude

I CONTEXTE DE L'EVALUATION

1-1 La situation géographique et démographique de la Nouvelle-Calédonie

La Nouvelle Calédonie est un archipel de 18 750m² constitué de la Grande Terre, des Iles Loyauté (Maré, Ouvéa, Lifou), de l'Île des Pins, et des Iles Bélep.

Le territoire est divisé en 3 provinces : la Province des Iles Loyauté, la Province Nord et la Province Sud. Chacune se distingue par ses spécificités en termes de densité de population, de composition ethnique et culturelle et de développement économique.

La Nouvelle-Calédonie compte 269 000 habitants¹. La population calédonienne est jeune et multiculturelle. Les moins de 20 ans représentent 32% de la population.

1-2 L'organisation administrative

La Nouvelle Calédonie est une collectivité d'outre-mer dont l'organisation institutionnelle a été déterminée par l'accord de Nouméa de 1998, rendu applicable par la loi organique du 19 mars 1999. Celui-ci fixe notamment le cadre d'évolution progressive du territoire vers son autodétermination, à travers le transfert d'un certain nombre de compétences de l'Etat Français vers le Gouvernement Calédonien.

La Nouvelle Calédonie offre donc une architecture institutionnelle très spécifique avec un Gouvernement, un Sénat Coutumier, un Congrès (assemblée délibérante de la Nouvelle Calédonie votant le budget, les lois de pays...), un Conseil Economique et Social, et trois Assemblées provinciales. Les Provinces et les communes sont des collectivités territoriales qui s'administrent librement. Chaque Province dispose d'une organisation spécifique avec des instances qui lui sont propre. L'Etat, quant à lui, est représenté par le Haut-Commissariat de la République.

1-3 La répartition des compétences sanitaires

Les compétences en matière de santé sont réparties entre la Nouvelle-Calédonie et les provinces.

A l'échelle territoriale, la Nouvelle-Calédonie a investi la Direction des Affaires Sanitaires et sociales (DASS-NC) de la mise en œuvre de la politique de la Nouvelle- Calédonie en matière de protection sociale, d'hygiène publique, de santé et de prévention de la santé, d'hospitalisation publique, de contrôle sanitaire aux frontières, de protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse.

L'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC), quant à elle, est un établissement public de la Nouvelle-Calédonie, sous l'autorité directe de l'un des membres du gouvernement chargé de la santé. Elle a été créée en 2001 pour remplir les missions de financement hospitalier et la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et de

¹ ISEE recensement de la population 2014 [En ligne] <http://www.isee.nc/population/recensement/structure-de-la-population-et-evolutions>

prévention. A cette fin, elle coordonne neuf programmes thématiques : la santé orale, la santé sexuelle et affective, la prévention et le soin en addictologie, le dépistage des cancers féminins, le diabète et l'éducation thérapeutique, la prévention de la surcharge pondérale, l'étude baromètre santé, la tuberculose et le rhumatisme articulaire aigu.

A l'échelle des provinces, les directions des affaires sanitaires et sociales gèrent l'aide médicale, certains dispositifs de prévention ainsi que les centres médico-sociaux (CMS). On compte 17 circonscriptions médicales et centres médicaux secondaires ou infirmeries en province nord, 13 en province sud, et 20 en province des îles loyauté. Chaque CMS a mis en place un système de référence pour le suivi des maladies chroniques. Ainsi, l'interlocuteur privilégié du programme au niveau opérationnel est l'infirmier référent RAA de chaque CMS.

1-4 L'offre de soins

Les soins de santé primaire et les programmes en matière de protection maternelle et infantile, de surveillance des grossesses, de suivi et vaccination des enfants sont assurés par les CMS et le secteur libéral dans des proportions différentes selon les provinces.

En Provinces Nord et Îles Loyauté, ce sont les CMS qui assurent essentiellement ces soins, tandis qu'en Province Sud la situation est inversée.

En 2015, le secteur libéral représentait 47,3% (N=271) de l'activité généraliste curative et offrait une densité égale à 100,5 pour 100 000 habitants sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie. La médecine libérale est surreprésentée en province sud. Celle-ci regroupait, en 2015, 90,8% des médecins libéraux du territoire, pour une densité de 128,8 pour 100 000 habitants, contre respectivement 25,4 et 9,7 en Provinces Nord et Îles loyauté.

Le secteur hospitalier privé est exclusivement implanté à Nouméa, tandis que le secteur hospitalier public dispose de deux établissements en Province Nord².

1-5 Le système de protection sociale

Conformément à l'article 22-4 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999, la Nouvelle-Calédonie est compétente en matière de protection sociale et dispose de ce fait de son propre système de protection sociale distinct du système métropolitain.

La Nouvelle-Calédonie a confié, depuis 1958, la gestion du régime obligatoire, tout en assurant le suivi et la tutelle, à la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie (CAFAT), pour les risques maladie, invalidité, maternité, vieillesse, chômage et famille. La CAFAT est un organisme privé ayant le statut de société de secours mutuels.

Les mutuelles et les assurances privées proposent des couvertures complémentaires maladie, maternité et invalidité.

L'aide sociale, est, quant à elle de gestion provinciale.

La délibération n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales prévoit :

- un dispositif d'aide médicale, de base et complémentaire, au profit des personnes qui ne peuvent bénéficier de l'assurance obligatoire et ayant de faibles revenus,

² DASS-NC Situation sanitaire 2015

- un dispositif de prestations sociales aux publics dit fragiles (personnes âgées, en situation de handicap, enfants secourus ou assistés). Ces dispositifs sont gérés et adaptés par les provinces pour leurs résidents et par la Nouvelle-Calédonie pour les personnes sans résidence de rattachement³.

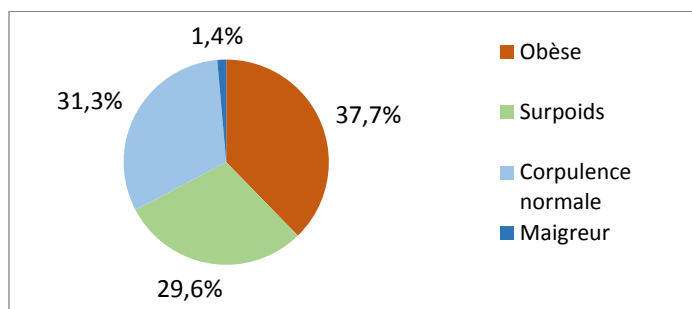
A cette aide sociale générale, s'ajoute l'action sociale des provinces et des communes à travers le soutien facultatif sous forme de secours financiers ou de prestations en nature.

1-6 Contexte épidémiologique

Selon le «baromètre santé» 2015 : 67,3 % des adultes de l'échantillon (18 à 67 ans) ont un IMC supérieur à 25, dont 37,7 % d'obèses (IMC >30).

Par comparaison, selon l'OMS, en France métropolitaine, 22 % des adultes sont obèses. Plus proche de la Nouvelle-Calédonie, 28 % des adultes vivant en Australie sont obèses (2014).

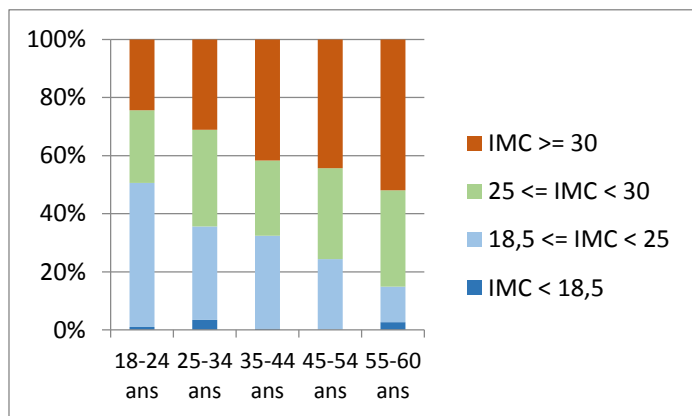
Epidémiologie (baromètre santé de la NC (BSNC) 2015) :



Statut pondéral :

La prévalence de l'excès de poids est de 67.3 % dans la population, soit plus de deux calédoniens sur trois.

Nous n'observons pas de différence significative selon le sexe ou la province de résidence



Par contre, le statut pondéral varie en fonction des classes d'âge.

Le nombre de calédoniens de corpulence normale diminue lorsque l'âge augmente.

Près d'une personne sur deux âgée de 45 à 60 ans est obèse.

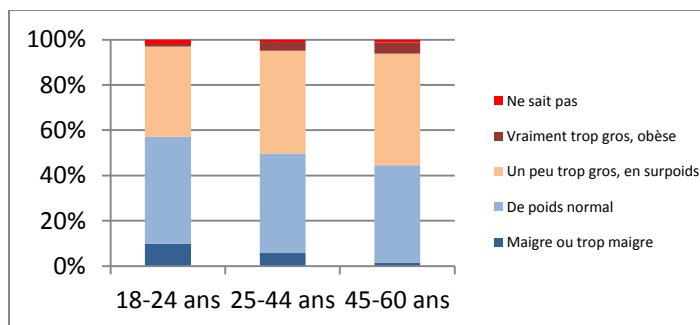
La prévalence de l'obésité abdominale est de 54 %, plus élevée chez les femmes que chez les hommes (69 % chez les femmes vs 38 % chez les hommes).

C'est un facteur de risque majeur de pathologies associées à l'obésité.

Perception de la corpulence :

La comparaison entre la perception déclarée de la corpulence et l'IMC effectivement mesuré montre une perception largement décalée de la réalité.

En 5 ans, la perception a néanmoins évolué. De plus en plus de calédoniens se perçoivent en surpoids (34 % en 2010/ 46 % en 2015). A l'inverse, ils sont moins nombreux à se considérer comme obèses.



³ DASS-NC [en ligne] ; page consultée le 18/04/2017

http://www.dass.gouv.nc/portal/page/portal/dass/protection_sociale/systeme_protection_sociale

L'évaluation de la santé orale et des paramètres associés à l'état bucco-dentaire chez les enfants de 6, 9 et 12 ans pour un échantillon représentatif de 2734 enfants (ASS-NC, 2012-2013) a permis de préciser le statut pondéral des enfants Calédoniens.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que l'obésité infantile est déterminante pour l'avenir. En effet, 40 à 60 % des enfants obèses à l'âge de 8 ans le restent à l'âge adulte.

Données issues de l'enquête santé orale (ASS-NC 2012-2013) :

18,6 % des enfants sont en surcharge à **6 ans** (7,8 % obèses)

29,5 % en surcharge à **9 ans** (11,4 % obèses)

42,7 % en surcharge à **12 ans** (20 % obèses)

II EXPOSE DES MOTIFS

En décembre 2007, le Territoire, via l'ASS-NC, s'est doté d'un programme de prévention primaire des pathologies de surcharge (PPS 2008-2012), issu du programme «diabète» suite à une demande accrue des partenaires pour augmenter les actions de prévention primaire. Dans la continuité de ce premier programme (évalué en 2012), le programme 2013-2017, coordonné par l'ASS-NC, s'inscrit dans un processus participatif, et multisectoriel. Les acteurs de la santé, de l'éducation, du sport, les consommateurs, les acteurs associatifs, économiques et de la société civile deviennent des acteurs du programme.

Depuis fin 2013, les actions du programme «mange mieux bouge plus» s'articulent autour de 4 axes prioritaires :

- La promotion d'une alimentation équilibrée (14 actions)
- La promotion d'une activité physique et sportive régulière (en partenariat avec le Comité Territorial Olympique et Sportif) : 18 actions
- Les actions sur l'environnement pour le rendre plus favorable à adopter un mode de vie sain (15 actions)
- La coordination des professionnels de santé autour du dépistage et de la prise en charge de la surcharge pondérale des adultes et des enfants (en partenariat avec le chef du programme de santé orale de l'ASS-NC) : 12 actions.

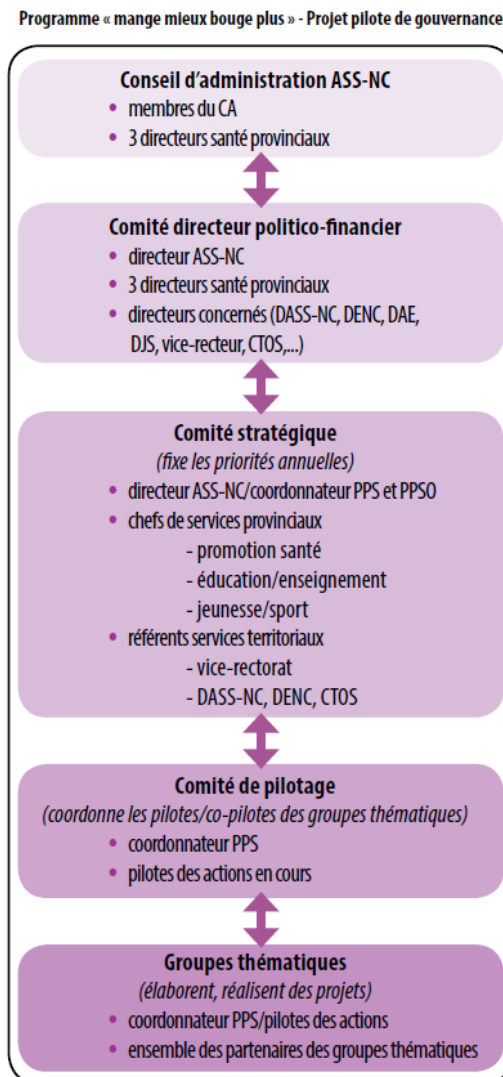
Le plan d'actions du programme 2013-2017 est annexé.

La vocation du programme est d'informer et permettre à la population d'acquérir des connaissances pour faire des choix judicieux en matière d'alimentation et d'activité physique, dans un environnement plus favorable à adopter un mode de vie sain.

Les enfants sont la cible prioritaire du programme depuis sa création ; Les femmes, mères ou futures mères de famille, ont été identifiées depuis 2013 comme nouvelle cible stratégique du programme

Le mode opératoire vise à coordonner une démarche multisectorielle et multidisciplinaire.

Le système de gouvernance (choisi par les partenaires en 2013 au vu de l'évaluation faite en 2012, et mis en place à partir de 2014) vise à permettre une meilleure coordination du plan d'actions et une implication mieux organisée de l'ensemble des partenaires, amenés à piloter d'avantage d'actions.



Au terme du programme 2013-2017, et dans la perspective d'un ajustement de la mise en oeuvre du prochain plan, l'ASS NC a souhaité lancer une démarche d'évaluation, et la confier à un prestataire externe, indépendant

III FINALITES ET ENJEUX DE L'EVALUATION

L'évaluation vise à fournir des informations permettant d'établir les forces et faiblesses du programme, notamment en termes de coordination, d'articulation et de mobilisation partenariale, et de proposer des perspectives pour le programme 2018-2022.

Cette évaluation a une triple visée :

Cognitive : il s'agit de mieux comprendre comment ont été élaborés et comment sont perçus aujourd'hui par les acteurs les éléments fondateurs de la stratégie, les modalités de la coordination, les champs d'intervention de chacun et leur adéquation aux objectifs poursuivis.

Stratégique : l'évaluation doit permettre de guider le choix des objectifs à poursuivre (redéfinition des enjeux, réorientation des objectifs existants, définition de nouveaux objectifs...) et des actions.

Opérationnelle : l'évaluation doit permettre de définir les modes opératoires les plus propices au partenariat souhaité par la démarche : répartition des interventions de chacun, modalités de coordination entre acteurs, modalités d'animation et de suivi.

IV CHAMPS DE L'ÉVALUATION

Le champ de l'évaluation recouvre l'ensemble de la stratégie développée et des activités déclinées par le programme à l'exception des projets pilote de prise en charge de l'obésité infantile (Axe 4) qui font l'objet d'une évaluation qualitative menée par ailleurs.

Les investigations menées dans le cadre de l'évaluation devront s'adresser principalement aux partenaires du programme.

V OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation vise à :

- Faire un bilan des actions mises en œuvre entre 2013 et 2017 au regard du plan d'actions
- Analyser l'organisation mise en place pour gérer et animer le programme, la perception des partenaires et les effets liés à cette organisation.
- Analyser les points forts et les points faibles du programme, en termes de pertinence et de cohérence entre acteurs et politiques.
- Emettre des recommandations sur l'évolution des orientations stratégiques et opérationnelles, ainsi que sur le pilotage du programme

VI QUESTIONS EVALUATIVES

Les questions évaluatives suivantes sont proposées :

- Dans quelle mesure les actions mises en œuvre permettent-elles d'atteindre les objectifs du programme ? (**Pertinence** du déploiement par public du programme, identification de besoins non couverts).
- Comment fonctionne la coordination du programme en termes de pilotage, de relations entre les partenaires du programme, de relations entre le programme et les autres interventions sur le même thème ? (notion de **cohérence**)

- Quel est le degré **d'adhésion** des partenaires au programme ? (acceptabilité, reconnaissance de sa dimension fédératrice, difficultés et points forts identifiés, suggestions amenées par les partenaires).
- Quelle est **l'efficacité** du programme (écart entre ce qui est attendu et ce qui est obtenu en termes d'activités réalisées, en s'intéressant aux activités directement liés aux objectifs du programme).
- Quel est **l'impact** du programme sur les partenaires ? (analyse des effets obtenus du point de vue des partenaires)
- La mise en œuvre des interventions du programme touche-t-elle l'ensemble de la population cible ? (notion **d'équité**)
- Quel est le rapport entre les ressources (humaines, matérielles, financières) mise en œuvre et les effets du programme (notion **d'efficience**).

VII ÉLÉMENTS METHODOLOGIQUES

Le chargé d'évaluation aura à définir et proposer l'approche méthodologique la plus à même de réaliser les objectifs de l'évaluation.

Il procèdera à une analyse documentaire et à des entretiens avec les acteurs concernés sur l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie (3 provinces).

Le chargé d'évaluation présentera clairement les méthodes d'investigation et d'analyse utilisées. Les procédures de collecte de données décrites garantiront la qualité et la fiabilité de l'investigation.

Les étapes entre les observations (données brutes), les constatations (indicateurs élaborés), les jugements portés (qui font référence à son expérience) et les conclusions auxquelles il aboutit seront établies.

Il fournira un calendrier prévisionnel de la démarche envisagée.

La démarche d'évaluation devra prévoir des réunions de travail :

- au cours desquelles le chargé d'évaluation travaillera avec les responsables opérationnels à la formulation des recommandations,
- au cours desquelles le chargé d'évaluation présentera le bilan de l'évaluation aux partenaires du programme.

VIII SOURCES DOCUMENTAIRES

Le programme d'actions 2013-2017 et les plans d'actions annuels peuvent constituer un cadre de référence à l'évaluation.

Ces éléments ne sauraient toutefois constituer une base suffisante pour réaliser l'évaluation. Le chargé d'évaluation mènera donc toutes les investigations qu'il jugera utiles pour obtenir des informations complémentaires et répondre aux objectifs posés. Il aura notamment des entretiens approfondis avec des partenaires du programme et les acteurs impliqués dans sa mise en œuvre.

L'ASS-NC, s'engage envers le chargé d'évaluation :

- à mettre à sa disposition le coordonnateur du programme pour toute l'assistance nécessaire à la bonne réalisation de l'évaluation
- à faciliter ses prises de contact avec les partenaires et les acteurs concernés par l'évaluation
- à fournir les rapports et documents nécessaires à l'évaluation.

IX ACTEURS DU DISPOSITIF DE SUIVI DE L'EVALUATION

✓ **Commanditaire** : ASS-NC

✓ **Comité de pilotage** : ASSNC

+ représentants de la DASS et des directions provinciales de l'action sanitaire

+ représentants du Vice-Rectorat, de la DAFE, de la DENC, des directions provinciales de l'enseignement public et des directions de l'enseignement privé.

+ représentants de la DJS NC, et des directions provinciales du sport

Pour contribuer à élaborer le cahier des charges, suivre les travaux, discuter et valider les travaux et les rapports de l'évaluation. Le nombre et la fréquence des réunions seront déterminés par les phases du processus d'évaluation.

✓ **Chef de projet** : Isabelle CAPART (isabelle.capart@ass.nc)
en charge de la conception et du pilotage de l'évaluation

✓ **Chargé d'évaluation** désigné par le directeur de l'ASS-NC suite au choix issu de l'analyse des propositions techniques et financières des offres.

X PHASAGE ET CALENDRIER

L'évaluation commencera durant le deuxième trimestre 2018.

Le rapport final devra être produit dans un délai de 4 mois après le début de l'évaluation.

XI RENDU DES TRAVAUX

11-1 Documents attendus

Un rapport d'étape sera établi en milieu de la période d'évaluation. Il sera remis au chef de projet en charge de l'organisation de l'évaluation, qui le transmettra au comité de pilotage pour validation.

Le rapport final sera remis à la fin de l'évaluation sous forme de rapport et de diaporama. Une note de synthèse sera également établie.

Rapport final, note de synthèse et diaporama seront livrés en version numérique.

11-2 Structure et présentation des travaux

La présentation des travaux comprendra une partie orale avec un support de type diaporama, ainsi qu'une partie écrite sous la forme de rapport et note de synthèse.

Les limites de l'évaluation en termes de portée de méthodes et de conclusion feront l'objet d'un exposé spécifique.

Les rapports d'évaluation seront formulés de manière adaptée aux décideurs non spécialistes et leur structure devra être logique. Les rapports partiels et les chapitres les plus volumineux seront introduits par un résumé.

Une note de synthèse de 5 pages maximum présentera l'ensemble des travaux d'évaluation, en présentant explicitement les conclusions, leurs enjeux et les recommandations qui en découleront.

La partie de l'évaluation consacrée à la présentation des recommandations respectera les indications suivantes :

- ✓ Les conclusions de l'analyse seront rappelées (problèmes repérés par l'évaluateur)
- ✓ Les enjeux associés seront décrits (conséquences des problèmes repérés et raisons pour lesquelles il y a lieu d'intervenir)
- ✓ Les recommandations qui en découlent seront articulées explicitement. Une recommandation qui ne serait articulée à aucune conclusion ou inversement ne seraient pas recevable. La hiérarchisation des recommandations sera motivée.
- ✓ Une répartition entre les acteurs et des modalités de mise en œuvre seront proposées
- ✓ Des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces recommandations seront proposés

En annexe figureront :

- ✓ Le cahier des charges de l'évaluation
- ✓ La liste des personnes rencontrées
- ✓ Le compte rendu des études de terrain
- ✓ Les instruments de collecte de l'information
- ✓ Les données générales et chiffrées complémentaires pour la compréhension des travaux
- ✓ Le glossaire des termes techniques

XII DISPOSITIONS DIVERSES

12-1 Attendus pour la présentation de l'offre

L'offre devra contenir les éléments suivants :

=> Propositions techniques :

- Analyse du cahier des charges faisant apparaître la compréhension du sujet à évaluer, et la compréhension du contexte calédonien
- Proposition méthodologique d'investigation et d'analyse explicitant la démarche d'évaluation
- Présentation des références du bureau d'études le cas échéant
- CV du chargé d'évaluation précisant les compétences techniques, en matière d'évaluation de programmes de santé publique. Dans le cas d'une équipe d'évaluateurs, préciser les CV et la répartition des tâches de chacun.
- Calendrier
- Répartition des moyens entre les différentes phases de l'évaluation

- => Proposition financière :
 - o Devis prévisionnel

12-2 Critères de jugement de l'offre

L'examen des offres se fera sur la base des critères suivants :

=> Compréhension du sujet et présentation générale de la proposition, notamment capacités de synthèse et de rédaction	2/10
=> Qualité technique de la proposition méthodologique relative au processus d'investigation et d'analyse	2/10
=> Références du cabinet d'étude dans le domaine de l'évaluation des programmes de santé publique	3/10
=> Compréhension du contexte calédonien	
=> Qualification et expérience du chargé de l'évaluation, ainsi que des experts associés	3/10
=> Calendrier et organisation générale	
=> Prix	

12-3 Confidentialité

Le bureau d'étude chargé de l'évaluation s'engage à respecter les règles de discrétion professionnelle en vigueur, notamment en ce qui concerne le secret des entretiens réalisés au cours de l'étude

12-4 Propriétés de l'étude

Le chargé d'évaluation ne divulguera aucune information exclusive ou confidentielle collectée au cours de l'évaluation sans avoir obtenu au préalable l'autorisation écrite de l'ASS-NC.

Tous les rapports, études ou autres produits que le chargé d'évaluation préparera pour le compte de l'ASS-NC au titre de l'évaluation deviendront et demeureront la propriété de l'ASS-NC. Le chargé d'évaluation pourra conserver un exemplaire desdits documents.

Le contrat liant l'ASS-NC et le chargé d'évaluation sera soumis au droit applicable en Nouvelle-Calédonie. Tout différend que les parties ne pourraient régler à l'amiable sera soumis à arbitrage/conciliation conformément au droit du pays de l'ASS-NC.