

Chambre territoriale des comptes
de Nouvelle-Calédonie

Le Président

Nouméa, le 2 décembre 2010

RECOMMANDE AVEC A.R.

N° 386

Monsieur le directeur,

Par lettre du 21 octobre 2010, j'ai porté à votre connaissance, sous la forme d'un rapport d'observations, les observations définitives de la chambre territoriale des comptes de Nouvelle-Calédonie concernant la gestion de l'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie à partir de l'année 2005.

Conformément aux dispositions de l'article L. 262-50 du code des juridictions financières, vous disposiez d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre territoriale des comptes de Nouvelle-Calédonie une réponse écrite à ce rapport d'observations, à compter de sa réception. Par courrier en date du 24 novembre 2010, vous avez informé la Chambre que vous n'aviez pas d'observations à formuler.

Le rapport d'observations doit désormais être communiqué par vos soins à votre assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à son ordre du jour, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

En vertu de l'article R. 262-72 du code des juridictions financières, ce rapport d'observations deviendra communicable aux tiers dès qu'aura eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante suivant sa réception. En conséquence, je vous serais obligé de bien vouloir me faire connaître la date de cette réunion.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

François MONTI

Monsieur le directeur de
L'agence sanitaire et sociale
de Nouvelle-Calédonie
16 rue du Général Galliéni BP4
98851 Nouméa cedex.



Chambre territoriale des comptes
de Nouvelle-Calédonie

ROD 10/08/NC du 11 octobre 2010

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES ETABLI A LA SUITE
DE L'EXAMEN DE LA GESTION DE
L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE DE NOUVELLE-CALEDONIE**

-=oOo=-

Exercices : 2005 et suivants

SOMMAIRE

1	PRESENTATION DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE	6
1.1	LA PRESENTATION DE L'ORGANISME.....	6
1.2	LA COMPETENCE EN MATIERE DE SANTE PUBLIQUE	6
1.2.1	<i>L'historique et le partage des compétences en matière de santé.....</i>	<i>6</i>
1.2.2	<i>La place de l'agence sanitaire et sociale dans le contexte institutionnel calédonien.....</i>	<i>7</i>
1.3	LES MISSIONS DE L'AGENCE	8
1.3.1	<i>Le financement des infrastructures.....</i>	<i>9</i>
1.3.2	<i>La prévention et la recherche.....</i>	<i>9</i>
1.3.3	<i>Des missions à développer.....</i>	<i>10</i>
1.3.3.1	<i>Le volet social de l'agence sanitaire et sociale.....</i>	<i>10</i>
1.4	LES STATUTS DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE	11
1.4.1	<i>Le conseil d'administration.....</i>	<i>11</i>
1.4.2	<i>Le règlement intérieur.....</i>	<i>12</i>
2	FIABILITE DES COMPTES	13
3	LA SITUATION FINANCIERE DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE. 13	
3.1	LE BUDGET DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE ENTRE 2005 ET 2008	13
3.2	LES DONNEES FINANCIERES DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE	14
3.2.1	<i>La capacité d'autofinancement.....</i>	<i>14</i>
3.2.2	<i>Le fonds de roulement de l'établissement.....</i>	<i>14</i>
3.3	LES RESSOURCES DE L'AGENCE	15
3.3.1	<i>La taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S).....</i>	<i>15</i>
3.3.2	<i>La taxe de solidarité sur les services (TSS).....</i>	<i>16</i>
3.3.3	<i>Les autres ressources.....</i>	<i>17</i>
3.4	LES DEPENSES DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE	18
3.4.1	<i>Les dépenses globales.....</i>	<i>18</i>
3.4.2	<i>Les dépenses du pôle de direction de l'agence.....</i>	<i>19</i>
3.5	LES PREVISIONS / REALISATIONS EN RECETTES ET DEPENSES	20
4	L'ORGANISATION INTERNE DE L'AGENCE ET SES EFFECTIFS.....	21
4.1	LE PERSONNEL DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE	21
4.2	LES CONTRACTUELS ET LES PRESTATAIRES DE SERVICES	22
4.3	LE MANAGEMENT DU PERSONNEL AU SEIN DE L'AGENCE SANITAIRE ET SOCIALE.....	22
5	LE FINANCEMENT DES INFRASTRUCTURES HOSPITALIERES.....	23
5.1	LE MEDIPOLE DE KOUTIO.....	24
5.2	LA RENOVATION DU CHT GASTON BOURRET ET DU CHT DE MAGENTA	26
5.3	LA MAISON ENFANCE POLYHANDICAPEE.....	26
5.4	LES CENTRES HOSPITALIERS DU NORD	26
5.5	L'AIDE AU RENOUELEMENT DU MATERIEL MEDICAL	26
6	LES PROGRAMMES DE PREVENTION DE L'AGENCE	26
6.1	PRESENTATION GENERALE DE LA PREVENTION EN NOUVELLE-CALEDONIE.....	27
6.1.1	<i>Situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.....</i>	<i>27</i>
6.1.2	<i>Financement de la prévention</i>	<i>27</i>

6.1.3	<i>Evaluation des programmes</i>	29
6.2	ANALYSE DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE PREVENTION	31
6.2.1	<i>Programme de prévention et de soins en addictologie</i>	31
6.2.1.1	La pathologie et le public concerné.....	31
6.2.1.2	Les moyens financiers affectés au programme.....	32
6.2.1.3	Les moyens humains du programme « addictologie »	34
6.2.1.4	L'évaluation 2009 du programme addiction.....	35
6.2.2	<i>Programme de prévention bucco dentaire</i>	36
6.2.2.1	La pathologie et le public concerné.....	36
6.2.2.2	La mise en place du programme.....	37
6.2.2.3	Les moyens affectés au programme	37
6.2.2.4	L'extension de la prévention à l'ensemble des enfants scolarisés	38
6.2.3	<i>Programme de dépistage des cancers féminins</i>	39
6.2.3.1	La pathologie et le public concerné.....	39
6.2.3.2	La mise en place du programme.....	39
6.2.3.3	Les moyens affectés au programme	39
6.2.3.4	Le fichier des personnes à dépister.....	41
6.2.3.5	Les autres cancers	41
6.2.4	<i>Programme de prévention du diabète</i>	42
6.2.4.1	La pathologie et le public concerné.....	42
6.2.4.2	Les moyens financiers affectés au programme.....	42
6.2.4.3	L'application informatique du programme diabète.....	44
6.2.4.4	Le poids économique du diabète	44
6.2.5	<i>Programme de prévention des pathologies de surcharge pondérale</i>	45
6.2.5.1	La pathologie et le public concerné.....	45
6.2.5.2	Les moyens affectés au programme	45
6.2.6	<i>Programme de prévention du rhumatisme articulaire aigu</i>	47
6.2.6.1	La pathologie et le public concerné.....	47
6.2.6.2	Les moyens affectés au programme	48
6.2.6.3	Le recensement des patients.....	48
6.2.6.4	L'évaluation menée par la DASS.....	49
6.2.7	<i>Programme de prévention de la tuberculose</i>	50
6.2.7.1	La pathologie et le public concerné.....	50
6.2.7.2	Les moyens affectés au programme	50
6.2.8	<i>Programme de prévention du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST)</i> 51	
6.2.8.1	La pathologie et le public concerné.....	51
6.2.8.2	Les moyens affectés au programme	51
6.2.8.3	Les moyens affectés aux infections sexuellement transmissibles (IST)	53
6.3	LE BAROMETRE SANTE	54
	ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS	55
	ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	60
	ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	60

RESUME

La chambre territoriale des comptes examine pour la première fois la gestion de l'agence sanitaire et sociale à partir de 2005. Il s'agit d'un établissement public administratif créé en 2001 par la Nouvelle-Calédonie, pour servir à l'origine d'instrument de financement des infrastructures hospitalières et équipements médicaux du territoire.

Sur le plan financier, l'établissement a connu une progression importante de son budget sur la période contrôlée : les recettes de l'agence sont en effet passées, entre 2005 et 2008, de 1 168 MF à 2 012 MF, soit une hausse de + 72 %. Au 31 décembre 2008, l'agence sanitaire et sociale disposait d'un fonds de roulement très confortable, de 2,5 milliards de francs. A compter de 2010, avec l'affectation à l'agence de la taxe sur les services, le budget de cet organisme connaîtra une hausse considérable de ses recettes d'environ 18 milliards de francs.

Le financement des infrastructures hospitalières

A ce jour, la situation financière de l'établissement est satisfaisante. Ses ressources lui permettront de contribuer en partie au financement des investissements hospitaliers du territoire, et notamment à la construction du médipôle de Koutio dont le coût, réévalué en 2009, s'élève à 44 milliards. La participation de l'agence à ce projet devrait se situer à hauteur de 27,8 milliards, et nécessitera un recours à l'emprunt à compter de 2013.

L'amélioration de la prévision des dépenses de l'agence paraît dès lors nécessaire. Elle passe, selon la chambre, par des échanges d'informations plus systématisés avec le gouvernement sur l'état d'avancement des travaux hospitaliers.

La mission de prévention sanitaire

Au-delà du financement des infrastructures hospitalières, l'agence possède une mission de prévention sanitaire, qui a été renforcée à compter de 2006, puisqu'environ 500 MF par an sont désormais consacrés au développement de ce secteur.

Il est généralement observé que l'état sanitaire de la population calédonienne s'est globalement amélioré avec une espérance de vie qui augmente régulièrement. Cependant, certaines maladies infectieuses, telles la tuberculose ou le rhumatisme articulaire aigu, sont encore bien présentes. En outre, les maladies liées aux modes de vie et aux comportements, telles les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'hypertension artérielle, les conduites addictives (tabac, alcool, cannabis) et les accidents de circulation, constituent aujourd'hui les préoccupations majeures de santé publique sur le territoire.

En matière de prévention, le rôle de l'agence sanitaire et sociale est de coordonner les différentes actions existantes en Nouvelle-Calédonie. Cette mission mérite cependant d'être renforcée en agissant encore plus sur les éventuelles inégalités territoriales de santé qui persisteraient entre les différentes provinces, par exemple en matière de politique de dépistage ou d'équipements médicaux, ou en développant des contrats de financements pluriannuels (notamment avec les associations de santé partenaires) afin d'assurer la continuité et l'efficacité des projets déjà mis en place et en lançant de nouveaux programmes de recherche en matière de prévention sanitaire.

En ce qui concerne les 8 programmes de prévention existants (addictologie, santé bucco-dentaire, cancer du sein, diabète, surcharge pondérale, rhumatisme articulaire aigu, tuberculose, VIH/SIDA), l'effort entrepris depuis 2006 par l'établissement doit être poursuivi et pourrait être complété selon différents axes :

- mettre en place des objectifs associés aux programmes de prévention et procéder à des évaluations régulièrement ;
- effectuer de nouvelles études et enquêtes dans certains domaines sanitaires afin de mieux adapter les moyens dédiés à chacun des programmes, ce qui nécessiterait une étude générale sur les comportements addictifs de l'ensemble des calédoniens et une estimation des coûts en matière de dépenses de santé liés à ces comportements . De même, une amélioration de la connaissance statistique de la population en surpoids serait sans doute utile (la dernière étude datant de 1992).
- conforter les moyens de certains programmes qui peuvent apparaître insuffisamment dotés au regard des défis déjà identifiés en matière de santé. Il peut s'agir d'élargir les campagnes de dépistage à d'autres cancers, de renforcer la couverture de soins et la prise en charge précoce des personnes souffrant du diabète, ou de réévaluer le programme de prévention bucco-dentaire.
- décliner au sein de certains programmes de prévention le volet social par le biais de dispositifs de réinsertion et prendre en compte les facteurs environnementaux et leurs répercussions sur la santé humaine pour adapter les stratégies de prévention des risques sanitaires sur le plus long terme.

L'organisation interne de l'agence

Pour développer la mission de prévention sanitaire, les effectifs se sont fortement accrus depuis 2008 pour atteindre 32 personnes. En outre, l'agence rémunère un grand nombre de prestataires de services. La chambre estime que compte tenu de la forte progression du budget de l'établissement qui atteindra plus de 18 milliards en 2010 et de son effectif (près de 40 personnes), un renforcement du dispositif d'encadrement (personnel de gestion et contrôle financier) paraît aujourd'hui nécessaire.

Si, à partir de 2008 également, la direction de l'agence sanitaire a élaboré un rapport d'activités annuel et a procédé à un audit interne sur son organisation pour prendre en compte la nouvelle dimension de l'établissement (nouvelles attributions, hausse du budget, renforcement des effectifs), il apparaît que des perfectionnements pourraient encore être apportés en matière statutaire, en matière de gestion des ressources humaines et en matière de fonctionnement du conseil d'administration par la mise en place d'un règlement intérieur.

Principales recommandations de la chambre

Parmi les recommandations formulées par la chambre des comptes afin d'améliorer la gestion de l'agence sanitaire, 4 méritent d'être plus particulièrement soulignées :

- la prévention ne représente que 2 % des dépenses de santé en Nouvelle-Calédonie, ce qui n'est pas à la hauteur des besoins constatés de l'agence sanitaire ;
- en amont du lancement des programmes de prévention, il serait utile de recourir à un économiste de la santé afin de répartir et d'adapter plus régulièrement les moyens dédiés aux évolutions des différentes pathologies existantes en Nouvelle-Calédonie ;
- la mise en œuvre d'objectifs assortis d'indicateurs annuels pour chaque programme de prévention permettrait d'assurer leur suivi quotidien et de procéder à des évaluations finales ;
- parmi toutes les pathologies suivies par l'agence sanitaire, le poids économique du diabète en termes de soins mériterait sans doute de la prioriser grâce au renforcement du dépistage sur tout le territoire calédonien.

1 Présentation de l'agence sanitaire et sociale

1.1 La présentation de l'organisme

Créée par la délibération n°264 du 23 novembre 2001, l'agence sanitaire et sociale (ASS) est un établissement public administratif de la Nouvelle-Calédonie.

L'objet de cet établissement, tel qu'il est défini à l'article 2 de la délibération de susmentionnée, est de « *faciliter la garantie du droit à la santé pour tous au travers d'un niveau adapté de protection sociale* ». Cet objet concerne notamment l'offre de soins hospitalière, les actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire de la Nouvelle-Calédonie, et les objectifs de protection sociale.

L'organisation de l'agence a été modifiée par la délibération n°189 du 31 mai 2006 qui encadre la mission de financement des structures hospitalières, précise et renforce la mission de prévention. La délibération n°361 du 18 janvier 2008 a permis, quant à elle, l'intégration du centre d'éducation diabétique et diététique (CEDD) à l'agence.

1.2 La compétence en matière de santé publique

1.2.1 L'historique et le partage des compétences en matière de santé

La Nouvelle-Calédonie est compétente en matière d'hygiène, de santé publique, de couverture sociale et d'aides sociales depuis 1957. En 1988, la loi référendaire découlant des accords de Matignon, a renforcé la responsabilité de la Nouvelle-Calédonie désormais compétente en matière "de santé et d'hygiène publiques, ainsi que de protection sociale " (article 9).

Le domaine de la santé en Nouvelle-Calédonie a connu une profonde réorganisation en 1990 avec la provincialisation. Les intervenants en matière de santé calédonienne sont depuis lors de quatre ordres : le gouvernement, le Congrès, les provinces et les communes.

- Au sein du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, un membre est chargé d'animer et de contrôler le secteur de la santé. Il dispose de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie (DASS-NC), qui prépare les textes soumis au Congrès. Ce dernier dispose d'une commission santé et protection sociale qui décide des principes fondamentaux de la sécurité sociale adoptés par loi du pays.

La DASS exerce une tutelle sur les hôpitaux et cliniques, et contrôle les organismes de sécurité sociale. Elle surveille l'état de santé de la population et la distribution des médicaments, elle possède la compétence de la formation de certains professionnels de santé et de la protection judiciaire de la jeunesse. Elle assure la coordination entre les hôpitaux et les circonscriptions médicales provinciales et le secteur libéral.

- Chaque province dispose d'une direction provinciale des affaires sanitaires et sociales (DPASS), chargée de mettre en œuvre sa politique en matière de santé, d'hygiène publique, d'actions et d'aides sociales et d'aide médicale. Les provinces peuvent depuis 1999, par délégation du Congrès, adapter et appliquer la réglementation en matière d'hygiène publique, de santé et de protection sociale. La médecine de proximité relève de leur compétence, en particulier au travers de la gestion des dispensaires.

- Les communes de Nouvelle-Calédonie sont, pour leur part, tenues, en application des dispositions du code des communes, de prévenir par tous moyens les accidents, les fléaux, les maladies épidémiques ou contagieuses, pour lesquels il existe un risque potentiel et certain en direction de la population dont ils assurent l'administration.

1.2.2 La place de l'agence sanitaire et sociale dans le contexte institutionnel calédonien

L'agence sanitaire et sociale doit articuler les actions qu'elle propose en matière de prévention, avec celles mises en place en particulier par les provinces et les autres partenaires institutionnels, mais aussi en lien avec les associations œuvrant dans le domaine de la santé.

Les partenaires institutionnels de l'agence sanitaire et sociale sont les suivants :

- la CAFAT
- la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC)
- la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale de la province Sud (DPASS Sud)
- la direction de l'action communautaire et de l'action sociale de la province des Iles Loyautés (DACAS Iles)
- la direction des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société de la province Nord (DASSPS Nord)
- la direction de l'enseignement de la Nouvelle-Calédonie (DENC)
- les 3 directions de l'enseignement des provinces
- l'institut de formation des professions sanitaires et sociales (IFPSS-NC)
- l'institut Pasteur de la Nouvelle-Calédonie
- le Vice-rectorat
- les communes
- la communauté du Pacifique sud (CPS)
- l'organisation mondiale de la santé

En outre, l'agence contribue au financement de plusieurs associations dont le thème d'intervention est la prévention sanitaire, comme par exemple, les associations de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles, de lutte contre différentes addictions ou d'aide aux personnes porteuses d'un handicap.

Les principaux partenaires privés de l'agence sont :

- l'association des diabétiques de Nouvelle-Calédonie
- l'association pour la prévention des abus d'alcool
- l'association Homosphère
- l'association solidarité sida
- l'association vie sans drogue
- le centre d'initiation à l'environnement
- le comité de lutte contre le sida
- la fédération mondiale du cœur
- l'association prévention santé
- la ligue nationale contre le cancer de Nouvelle-Calédonie
- le réseau d'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie (RESIR)
- le syndicat des podologues...

L'agence sanitaire et sociale est donc en relation avec près de 30 intervenants réguliers en matière de santé publique. Par suite, son action de coordination est essentielle et implique des réunions de travail fréquentes afin d'optimiser les politiques de prévention menées et d'éviter les doublons dans les actions mises en place dans ce domaine.

Ces réunions prennent notamment la forme de comités de pilotage des programmes, lieux d'échanges et de prises de décisions avec les différents partenaires (notamment le secteur associatif).

L'établissement participe aussi aux actions extérieures de prévention de santé pour un montant de 77 MF dans son budget primitif 2009. Le programme VIH-SIDA contribue de façon importante au subventionnement d'associations (37 MF prévus en 2009).

Les modalités de financement des actions des associations font l'objet d'un subventionnement ponctuel et annuel, d'un traitement et d'un suivi différenciés d'un programme de prévention à l'autre. C'est pourquoi l'agence pourrait envisager de mettre en place des contrats de financement pluriannuels avec ses partenaires afin d'améliorer la continuité et l'efficacité des projets associatifs de prévention.

Recommandation n°1. : Dans le domaine de la politique de prévention en Nouvelle-Calédonie, la chambre territoriale des comptes encourage l'agence sanitaire et sociale à renforcer son rôle de coordination en développant avec ses différents partenaires, notamment associatifs, des contrats de financement pluriannuels, qui permettraient d'améliorer la continuité et l'efficacité des projets.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *A la suite d'une première année test qui permet de valider les objectifs généraux et les indicateurs d'évaluation, lorsque cela est possible, la plupart des conventions passées avec les associations partenaires deviennent pluriannuelles. La pluriannualité qui s'inscrit autant que possible dans le cadre de programmes de santé publique validés par l'ensemble des acteurs (programme diabète, programme addiction,...) s'appuie sur un suivi conjoint et une évaluation partenariale et permet effectivement une inscription des projets dans la durée* ».

La chambre prend acte du passage à un suivi pluriannuel des projets annoncé dans la réponse de l'ordonnateur.

1.3 Les missions de l'agence

Au-delà de ses missions traditionnelles décrites ci-après, l'agence sanitaire et sociale contribue, depuis début 2010, au financement du régime d'assurance maladie géré par la CAFAT. Cette mission récente sera examinée ultérieurement dans le rapport, dans le paragraphe consacré à la présentation des ressources de l'établissement.

1.3.1 Le financement des infrastructures

La mission première de l'agence est de permettre la rénovation et l'agrandissement de l'ensemble des hôpitaux territoriaux. La Nouvelle-Calédonie doit à cet effet fournir 40 % du financement du schéma directeur hospitalier, l'Etat apportant 40 % complémentaires et l'établissement public 20 %.

Si le Congrès de la Nouvelle-Calédonie a choisi de contribuer au financement des infrastructures par le biais de l'agence sanitaire, c'est pour lui permettre de dissocier les différents financements et donc de transférer, si cela est nécessaire, les crédits d'un hôpital vers un autre établissement hospitalier.

Selon un avis du Conseil économique et social¹, ce dispositif a été préféré à une affectation directe des recettes fiscales aux établissements publics hospitaliers, formule qui aurait eu pour inconvénient de figer annuellement ces ressources financières sans tenir compte de la programmation des investissements dans chaque hôpital. De plus, l'intermédiaire de l'agence permet à la Nouvelle-Calédonie d'intervenir sur d'autres opérations du contrat de développement (l'Institut Pasteur, les handicapés, la rééducation fonctionnelle et la prévention).

En vertu de l'article 3 de la délibération modifiée de 2001, l'agence est chargée :

- de participer au financement et au suivi des projets d'investissements et d'équipements de la Nouvelle-Calédonie, conformément aux dispositions de la carte sanitaire, aux schémas d'organisation sanitaire et aux plans de financement arrêtés par le Congrès,
- de financer pour sa part, les contrats d'objectifs conclus entre la Nouvelle-Calédonie et les établissements hospitaliers ou les organismes de protection sociale.

L'agence sanitaire et sociale répond donc à la volonté d'une nécessaire souplesse d'emploi des financements publics pour le financement des infrastructures sur l'ensemble du territoire.

1.3.2 La prévention et la recherche

L'agence sanitaire est également chargée de la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé et de prévention en vertu de l'article 4 de la délibération modifiée de 2001 précitée.

Cet article prévoit que « *Dans le cadre des actions prioritaires d'hygiène publique et de prévention sanitaire de la Nouvelle-Calédonie, l'agence a pour missions :*

- *de mettre en œuvre les programmes prioritaires de prévention et de promotion de la santé décidés par la Nouvelle-Calédonie*
- *de participer au financement de l'analyse des déterminants des conditions de vie et des problèmes de santé publique et d'émettre des recommandations en matière de prévention et de promotion de la santé... ».*

¹ Avis n° 26/2001 relatif au projet de délibération portant création de l'ASSNC

La direction de l'action sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC) conserve cependant les missions relevant de l'urgence ou d'une intervention ponctuelle ; alors que l'agence sanitaire inscrit la mission de prévention dans des actions de moyen et long termes.

Les premiers programmes prioritaires de prévention en Nouvelle-Calédonie ont été déterminés en 1994, puis précisés en 2004 à l'occasion du plan de maîtrise des dépenses de santé voté par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie. Parmi ces programmes prioritaires, on retrouve notamment la lutte contre les différentes addictions (tabac, alcool, cannabis, la lutte contre le diabète et l'obésité, la lutte contre les cancers).

La définition d'une véritable politique de santé requiert des compétences extrêmement spécialisées. Elle implique de concevoir une stratégie en amont prenant en compte les problématiques des coûts des soins médicaux et sanitaires au regard des dépenses engagées, notamment dans le secteur de la prévention.

Recommandation n°2. : Afin d'améliorer la politique de la santé du territoire, la chambre des comptes invite l'agence à une réflexion en amont sur l'adéquation de ses moyens financiers et humains dédiés à la prévention au regard des coûts réels de santé publique. Des études doivent donc être réalisées en continu pour constituer un maillon essentiel de la politique de prévention et pour permettre de définir une stratégie de répartition des fonds par pathologie.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que "*L'étude des coûts par pathologies est complexe, parfois se heurtant à des impossibilités et qu'elle est relativement documentée en Nouvelle-Calédonie sur le plan strictement sanitaire (chiffres du PMSI hospitalier, données de la DASS-NC et des caisses de protection sociale,...)*". Mais ces études de coûts fragmentées ne donnent pas lieu à un document de synthèse présentant un chiffre global pour chaque pathologie, au-delà des études ponctuelles intégrées dans les cahier des charges lors des demandes d'évaluations externes des programmes. Un tel document éclairerait utilement les choix de santé en rendant possible le rapprochement des coûts de la santé, des enveloppes budgétaires consacrées à la prévention.

1.3.3 Des missions à développer

1.3.3.1 Le volet social de l'agence sanitaire et sociale

Le volet social de l'agence est insuffisamment décliné dans les statuts de l'établissement alors que manifestement les besoins existent.

Afin de prévenir certains risques notamment liés à l'addictologie ou au surpoids, l'agence pourrait mettre en œuvre des initiatives permettant de mieux accompagner la préoccupation sociale actuelle relative aux « jeunes en souffrance ».

Il pourrait ainsi être envisagé, à titre expérimental, la mise en place de consultations familiales afin d'intégrer, dans l'effort de prévention, l'environnement proche du malade (notamment en renforçant le rôle éducatif des parents).

Les programmes de prévention de l'agence pourraient également prévoir, si nécessaire, un volet de réinsertion sociale (retour en tribu, en famille, réadaptation au monde de l'entreprise, à l'école...) et d'accompagnement.

Recommandation n°3. : La chambre invite l'agence sanitaire et sociale à décliner, dans certains de ses programmes de prévention, le volet social prévu dans ses statuts afin de permettre la mise en œuvre d'initiatives de réinsertion en lien avec les actions de prévention.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *cette dimension a été prise en compte, notamment sur le volet « addiction » dans lequel l'agence sanitaire et sociale, jusqu'à présent partenaire d'un projet pilote de réinsertion en province Nord, va devenir le coordonnateur de son extension territoriale et son financeur principal dès la fin de l'année 2010. le projet prendra son plein essor à partir de 2011.*

Au budget primitif 2010, un volet très important de financement du handicap a été ajouté aux missions de l'agence sanitaire et sociale. Outre cet aspect financier (plus d'un milliard cinq cent millions) l'agence sanitaire et sociale s'inscrit, aux côtés des autres acteurs intervenant dans le champ du handicap, dans une démarche d'accompagnement et de soutien aux différentes initiatives, notamment associatives (exemples : subventions aux associations ou financement d'études).

La chambre prend acte du développement du volet social du programme addiction et de l'accompagnement du handicap désormais ajouté aux missions de l'agence.

1.4 Les statuts de l'agence sanitaire et sociale

Les statuts actuels de l'agence couvrent un champ très large de compétences et ne donnent pas un reflet exact des missions réellement assurées par l'établissement.

Ainsi, l'agence ne prend pas uniquement en charge une mission de prévention, mais mène parallèlement des actions de soins, notamment dans le domaine de l'addictologie ou du diabète.

Quant au volet social de l'agence, il mériterait d'être mieux défini afin de déterminer quelles actions pourraient être dévolues à cet établissement en matière de politique d'insertion et d'accompagnement notamment (cf. ci-dessous). Selon le membre du gouvernement chargé de la santé, ces statuts mériteraient donc d'être précisés.

1.4.1 Le conseil d'administration

L'agence est dotée d'un conseil d'administration comprenant 11 membres :

- 5 représentants de la Nouvelle-Calédonie désignés par le gouvernement dont 1 membre du gouvernement ou son représentant, président, et 4 membres du Congrès ou leur représentant ;
- Le président de l'assemblée de la province Nord ou son représentant ;
- Le président de l'assemblée de la province Sud ou son représentant ;
- Le président de l'assemblée des Iles Loyautés ou son représentant ;

- Le directeur de la CAFAT ou son représentant ;
- Le président du conseil de l'ordre des médecins ou son représentant ;
- Une personne qualifiée désignée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Selon la délibération modifiée de 2001 portant création de l'agence, le conseil d'administration doit se réunir au moins quatre fois par an. Or, depuis sa création en 2001, cette périodicité n'est pas toujours respectée.

Entre 2001 et 2006, le président du conseil d'administration était élu. Depuis une modification des statuts en 2006, il s'agit désormais obligatoirement d'un membre du gouvernement.

Ce conseil d'administration est représentatif des institutions politiques calédoniennes. L'idée était en effet, au travers de sa composition, où les présidents des provinces sont obligatoirement représentés, de pouvoir proposer une politique de santé cohérente entre le territoire et les provinces et que cette politique soit déterminée par l'ensemble des responsables qui sont désignés par les différents articles de la loi organique.

Ce conseil paraît en revanche insuffisamment représentatif du secteur de la santé (seulement le directeur de la CAFAT, le président du conseil de l'ordre des médecins représentent ce secteur). Les praticiens hospitaliers ou d'autres professions paramédicales ne sont pas présents.

Recommandation n°4. : La chambre des comptes invite l'agence sanitaire et sociale à réfléchir si, par exemple, une meilleure représentativité du secteur de la santé au sein de son conseil d'administration ne serait pas utile pour un meilleur accomplissement de ses missions.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *parmi les membres du conseil d'administration de l'agence sanitaire et sociale, les provinces et la Nouvelle-Calédonie sont porteuses, respectivement, des attentes de leurs directions provinciales sanitaires (DPASS) et de la direction sanitaire (DASS-NC). Il n'en demeure pas moins que le secteur libéral n'est pas représenté en tant que tel* ».

1.4.2 Le règlement intérieur

Il n'existe pas, au sein de l'agence sanitaire et sociale, de règlement intérieur déterminant notamment les règles de fonctionnement du conseil d'administration. Ainsi, les modalités de vote (vote à main levée, à bulletin secret...) au sein du conseil ne sont pas prévues.

Recommandation n°5. : La chambre territoriale des comptes recommande la mise en place d'un règlement intérieur au sein de l'établissement déterminant les modalités de fonctionnement du conseil d'administration.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires qu'un règlement intérieur est en cours d'élaboration en relation avec les services de tutelle de l'établissement. La chambre en prend acte.

2 Fiabilité des comptes

Cette analyse, préalable à l'examen de la situation financière, permet de porter une appréciation sur la qualité des documents budgétaires et le respect des principes et normes comptables (principe de prudence, d'indépendance des exercices, etc).

Le cas échéant, certains constats peuvent amener à préciser, voire à corriger, une tendance observée sur la situation financière. Lors de l'instruction, il n'a pas été observé d'anomalie significative mettant en cause la fiabilité des comptes de l'agence.

3 La situation financière de l'agence sanitaire et sociale

3.1 Le budget de l'agence sanitaire et sociale entre 2005 et 2008

Entre 2005 et 2008, le budget de l'agence sanitaire et sociale a connu une forte progression, qui traduit l'exercice de nouvelles compétences, notamment en matière de prévention sanitaire.

Cette hausse du budget doit également permettre à l'établissement de provisionner d'importantes dépenses d'investissements hospitaliers, notamment en vue du financement du futur médipôle de Koutio.

Tableau N° 1. Evolution du budget de l'agence de 2005 à 2008 (en MF.CFP)

		Budgets de 2005 à 2008								
		Dépenses		Recettes						
<i>en millions de F CFP</i>		2005	2006	2007	2008	2005	2006	2007	2008	
Missions:										
• Remb hopitaux		591	915	1 579	480	TAT3S	1 023	1 337	1 133	1 862
• Prévention		76	180	335	457	Subventions	120	187	69	71
Fonctionnement propre		44	24,0	55	81	Produits financiers	24	58	81	69
Investissement propre		10	1	29	6	Recettes investissement	1	8	5	10
Total dépenses		721	1 120	1 998	1 024	Total recettes	1 168	1 590	1 288	2 012

Entre 2005 et 2008, les recettes sont passées de 1 168 MF à 2 012 MF, soit une hausse de + 72 %. L'évolution des rentrées fiscales (+ 82 %), issues de la taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S), explique largement cette hausse.

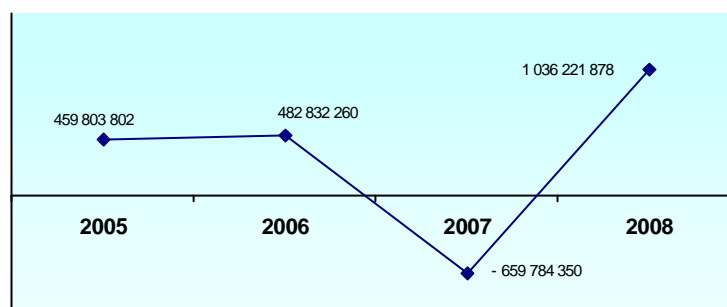
Sur la même période, les dépenses de l'agence se sont également fortement accrues, mais de façon moins rapide, avec + 42 % d'augmentation. Les frais occasionnés par la mission prévention ont connu la plus forte évolution en passant de 76 MF à 457 MF en 4 ans.

3.2 Les données financières de l'agence sanitaire et sociale

3.2.1 La capacité d'autofinancement

L'agence sanitaire et sociale a réussi à dégager une capacité d'autofinancement positive en 2005, 2006 et 2008. Seul l'exercice 2007 a été déficitaire sur ce point, en raison d'importants investissements hospitaliers.

Tableau N° 2. Evolution de la capacité d'autofinancement 2005 à 2008 (en F.CFP)

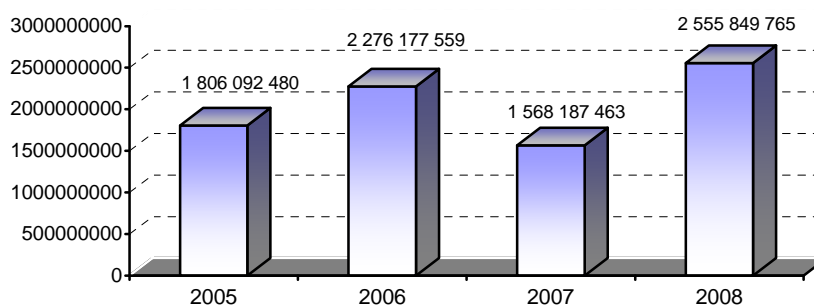


3.2.2 Le fonds de roulement de l'établissement

Le fonds de roulement de l'agence sanitaire et sociale au 31 décembre de l'exercice est resté positif sur la période de contrôle de 2005 à 2008.

Au 31 décembre 2008, ce fonds de roulement était très confortable avec 2,5 milliards de francs.

Tableau N° 3. Evolution du fonds de roulement de 2005 à 2008 (en F.CFP)



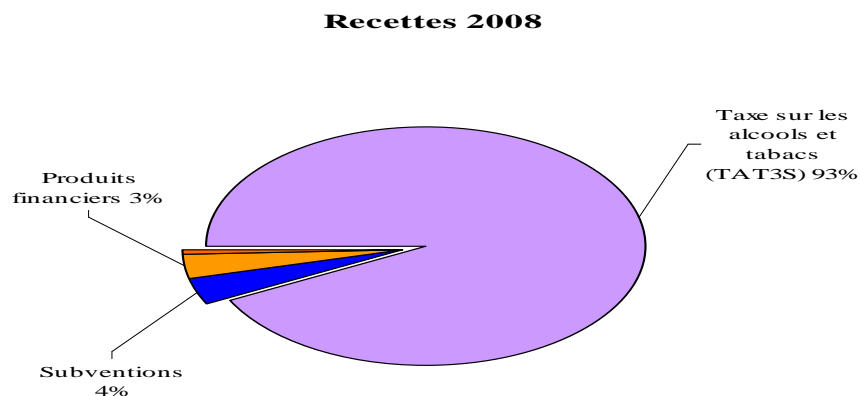
Toutefois, afin de contribuer au financement des futurs investissements hospitaliers (notamment au médipôle de Koutio pour lequel la participation de l'établissement s'élève à 27,8 milliards), les ressources de l'agence sanitaire devront être complétées. Dès lors, l'agence, qui n'avait pas eu recours à l'emprunt jusqu'ici, sera contrainte de solliciter les banques à compter de 2013.

3.3 Les ressources de l'agence

Le budget de l'agence sanitaire et sociale est alimenté par l'affectation des deux tiers de la taxe alcool/tabac.

En 2008, avant la perception de la TSS par l'agence, les recettes de l'établissement étaient réparties comme suit :

Tableau N° 4. Recettes 2008 de l'agence sanitaire et sociale (en %)



Depuis 2010, les recettes issues de la taxe de solidarité sur les services (TSS) sont venues s'ajouter au financement de l'établissement, ce qui augmente son budget d'environ 18 milliards de francs.

3.3.1 La taxe sur les alcools et les tabacs en faveur du secteur sanitaire et social (TAT3S)

Cette taxe a été créée par la loi du pays n° 2001-14 du 13 décembre 2001 pour une mise en application au 1^{er} janvier 2002. Elle était affectée jusqu'à fin 2009 :

- pour 33 % à la CAFAT,
- pour 67 % à l'ASS-NC.

A compter de 2010, la totalité du produit de la TAT sera affectée à l'agence sanitaire et sociale, qui percevra donc environ 2,7 milliards supplémentaires.

Le taux de la TAT3S est fixé pour les alcools par le tarif douanier. Ce taux est inchangé depuis 2001.

Pour les tabacs, le taux a été porté à 26 % en août 2005 par délibération n°79 du 15 juin 2005 relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, à 32 % en mai 2006 par délibération n°179 du 29 mars 2006 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et sociale et à 36 % par délibération n°368 du 14 février 2008, associé à une augmentation du coefficient fiscal du tabac à rouler afin d'en augmenter le prix.

Le rendement de la TAT3S pour l'agence est passé de 1,033 milliard F en 2005 à 1,646 milliard en 2008, principalement sous l'effet des augmentations des taxes sur le tabac. La taxe sur les tabacs qui représentait 77 % de la TAT3S à sa création en 2002, en représente plus de 85 % en 2008.

3.3.2 La taxe de solidarité sur les services (TSS)

La TSS est une imposition sur la consommation intérieure, qui frappe les prestations de services soumises à un taux de 5 % depuis 2006.

A l'origine, le produit de TSS était affecté à la CAFAT en vertu de la loi du pays n°2001-013 du 31 décembre 2001. L'objectif était de contribuer au maintien de l'équilibre global de la protection sociale et du RUAMM (régime unifié d'assurance maladie-maternité), en corollaire avec la mise en œuvre de la politique de maîtrise des dépenses de santé.

A partir de 2010, le produit de la TSS (15 milliards de recettes en 2008) n'est plus affecté à la CAFAT, mais est désormais dévolu à l'agence sanitaire et sociale, qui pourra reverser jusqu'à 14 milliards de francs à la CAFAT.

Certains administrateurs de la CAFAT estiment cependant que le régime d'assurance maladie (RUAMM) sera privé de 4 milliards, alors qu'il est structurellement déficitaire et qu'il ne peut être abondé par les autres régimes de la caisse. Selon leurs prévisions, le budget 2010 serait déficitaire de plus de 5 milliards.

Une convention d'objectifs avec la CAFAT a été validée par le conseil d'administration de l'agence sanitaire le 8 avril 2010 et vise à fixer les relations financières futures entre l'agence et la Caisse.

Elle prévoit, en son article 2, les modalités de financement suivantes :

- *« L'agence sanitaire et sociale versera des subventions au profit de la CAFAT, destinées à compenser :*
 - *Les réductions de cotisations au profit des secteurs professionnels aidés de l'hôtellerie de l'intérieur et des îles, du secteur agricole et du secteur des gens de maisons ;*
 - *Le différentiel de cotisation entre le taux de cotisation applicable aux travailleurs indépendants et le taux de cotisation applicable aux agents de la fonction publique ;*
 - *Les réductions des cotisations patronales sur les bas salaires ;*
 - *Le financement du complément retraite de solidarité et des minimas retraites tel que prévu par la loi du pays modifiée n°2006-13 du 22 janvier 2006 ;*
 - *Le financement de la part dévolue à la Nouvelle-Calédonie par la loi du pays n°2009-2 du 7 janvier 2009 dans le cadre du financement du régime handicap et personnes âgées en perte d'autonomie ;*
 - *Le financement de la part dévolue à la Nouvelle-Calédonie du fonds autonome de compensation des urgences ambulancières (FACTUR) ;*

- *L'agence sanitaire et sociale participera pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, au financement du régime handicap et personnes âgées en perte d'autonomie à hauteur de 10% du produit de la taxe de solidarité sur les services effectivement perçue. Les sommes versées à ce titre feront l'objet de versements mensuels individualisés.*
- *L'agence sanitaire et sociale pourra, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, verser une subvention au profit de la CAFAT destinées à concourir à l'équilibre financier du RUAMM, dans le respect des domaines de compétences de chacune. »*

Désormais donc le produit de la TSS ne constituera plus, de façon automatique, une recette d'équilibre pour le RUAMM. La Nouvelle-Calédonie, par le biais de l'agence, pourra verser tout ou partie du produit de la taxe à la CAFAT, se gardant ainsi un levier d'action pour assurer à la fois l'équilibre de la branche maladie et la maîtrise des dépenses de santé.

Toutefois, la convention n'inclut pas la fourniture, par la CAFAT, au conseil d'administration de l'ASS-NC, de données prospectives sur l'évolution de l'équilibre du régime d'assurance maladie. Ces données seraient pourtant nécessaires pour une bonne anticipation de tensions budgétaires et le règlement le plus en amont possible de ces éventuelles tensions.

Recommandation n°6. : La chambre recommande que la convention financière signée entre l'agence sanitaire et sociale et la CAFAT soit complétée de données prospectives tenant à l'évolution du régime d'assurance maladie afin de permettre au conseil d'administration de l'agence de bénéficier d'une information plus complète avant la fixation du montant des sommes destinées à assurer l'équilibre du régime.

L'ordonnateur a confirmé en ces termes l'importance de la communication d'information complète aux administrateurs de l'ASSNC s'agissant des budgets prévisionnels de la CAFAT :« *Les données prospectives sont effectivement indispensables aux administrateurs pour leurs prises de décisions budgétaires. Elles sont réalisées par la CAFAT au travers des budgets prévisionnels annuels des différents régimes de la CAFAT. Pour que les administrateurs puissent bénéficier d'une information plus complète, il est nécessaire que la CAFAT communique à l'avance la répartition en interne des sommes versées au titre de la compensation des réductions des cotisations salariales sur les bas salaires, de la cotisation réduite des travailleurs indépendants et de la réduction des cotisations pour les secteurs dits aidés. »*

3.3.3 Les autres ressources

- Les autres ressources de l'agence sanitaire et sociale proviennent d'abord d'une subvention des caisses de couverture sociale pour le financement, à hauteur de 71 MF, de la cellule addictologie transférée à l'agence sanitaire et sociale en 2006.

Cette mission était auparavant exercée par le centre d'accueil et de thérapie en alcoologie, situé au centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet. Les charges de fonctionnement de la cellule se sont élevées en 2008 à près de 211 MF. On constate donc

un financement à hauteur de 33,7 % par les caisses de couverture sociale, le reste étant financé sur les fonds propres de l'agence sanitaire et sociale.

- Les revenus des placements de la trésorerie disponibles viennent compléter les recettes de fonctionnement de l'agence à hauteur de 69 MF en 2008. Des placements en bons du trésor négociables ont également été effectués. Les taux de placements ont varié entre 3,88 % et 4,5 % selon les produits.

3.4 Les dépenses de l'agence sanitaire et sociale

3.4.1 Les dépenses globales

Les dépenses de l'établissement peuvent être partagées en trois catégories :

- les participations aux investissements des centres hospitaliers,
- les participations aux programmes de prévention,
- les charges d'administration générale, non ventilées par mission.

Tableau N° 5. Evolution des dépenses globales de l'agence 2005-2008

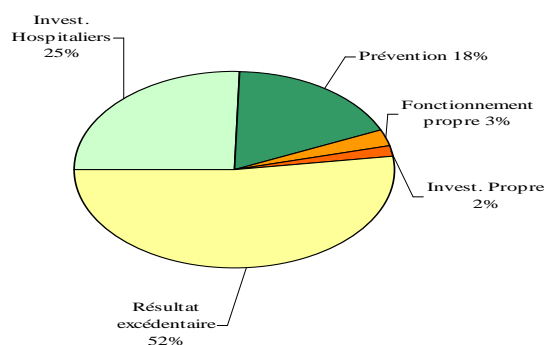
<i>en millions de F CFP</i>	Dépenses de l'agence sanitaire et sociale			
	2005	2006	2007	2008
<u>Missions:</u>				
• Remb hopitaux	591	915	1 579	480
• Prévention	76	180	335	457
<u>Fonctionnement propre</u>	44	24,0	55	81
<u>Investissement propre</u>	10	1	29	6
Total dépenses	721	1 120	1 998	1 024

Les dépenses globales de 2008 sont en baisse de 974 MF par rapport à l'exercice précédent, du fait, cette année-là, du faible montant du remboursement des investissements hospitaliers.

La majeure partie des dépenses effectuées par l'agence sanitaire concerne le remboursement des investissements hospitaliers (25 %). La mission de prévention correspond, quant à elle, à 18 % des dépenses réalisées.

Tableau N° 6. Dépenses 2008 de l'agence sanitaire et sociale (en %)

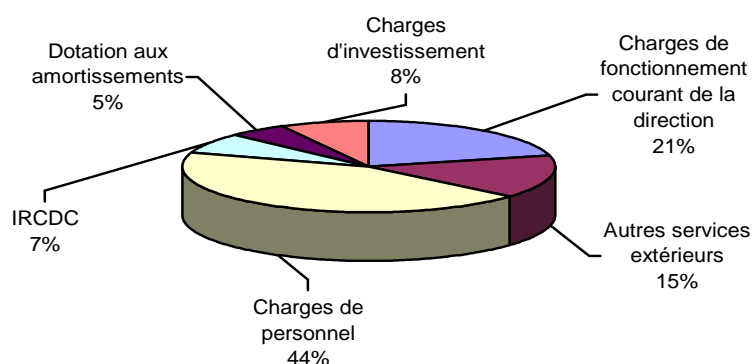
Dépenses 2008



3.4.2 Les dépenses du pôle de direction de l'agence

Les dépenses du pôle de direction de l'agence sanitaire pour l'exercice 2008 s'élèvent à 77 MF, réparties en 71 MF de dépenses de fonctionnement et 6 MF de dépenses d'investissement. Elles sont en diminution de 8 % par rapport à l'exercice 2007.

Tableau N° 7. Répartition des dépenses de la direction de l'agence en 2008 (en %)



Concernant la section de fonctionnement, les dépenses significatives de l'agence sanitaire et sociale ont concerné les charges de personnel, qui constituent 44 % des frais du pôle de direction de l'agence. Elles se sont élevées à 33 MF en 2008, soit une hausse de 40 % par rapport à l'exercice 2007 qui s'explique par d'importants recrutements en 2008.

L'effectif du pôle direction comprend 7 agents : le directeur, une secrétaire de direction, un responsable administratif et financier, une secrétaire, un webmaster, un responsable épidémio-informaticien et une responsable de la communication.

Les locations immobilières connaissent une forte augmentation et atteignent 8,3 MF en 2008 (contre 7,5 MF en 2007 et 1,7 MF en 2006). Cette hausse est due à l'aménagement de l'agence dans de nouveaux locaux plus spacieux.

Les prestations de services ont représenté une dépense de 7,4 MF (contre 1,2 MF en 2007), et ont notamment permis la réalisation d'un audit interne de l'agence sanitaire.

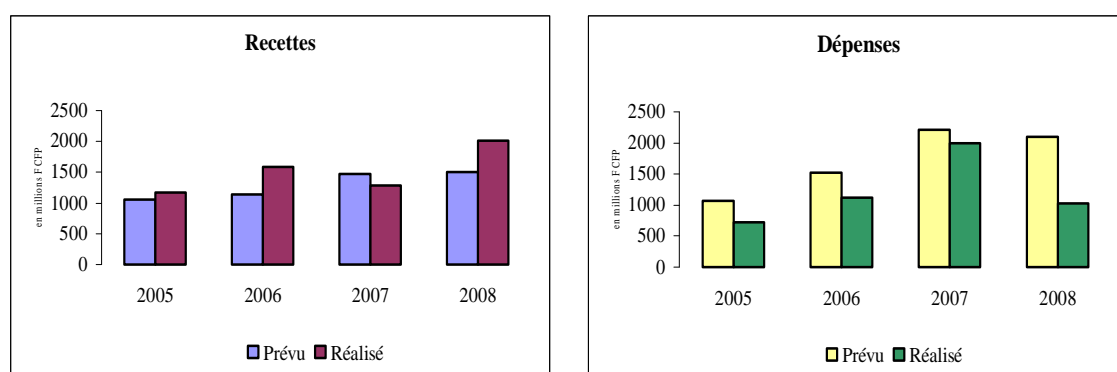
Les locations de matériel informatique et de véhicules s'élèvent à 3,3 MF (contre 1,4 MF en 2007), les impôts sur les revenus des comptes de dépôts et de consignation représentent une dépense de 5,5 MF en 2008.

Concernant la section d'investissement, les dépenses significatives de la direction de l'agence sanitaire pour l'exercice 2008 ont concerné l'aménagement des nouveaux locaux pour 5,5 MF (contre 26,2 MF en 2007), l'achat de matériel de bureau et informatique pour 535 520 F (contre 1 MF en 2007), et l'achat de matériel divers pour 69 704 F.

3.5 Les prévisions / réalisations en recettes et dépenses

L'agence sanitaire et sociale présente, certaines années, d'importantes différences entre les prévisions et les réalisations budgétaires. Cette situation s'explique notamment par de possibles décalages de versement de certaines ressources, en particulier fiscales, à l'établissement.

Tableau N° 8. Ecart entre prévisions et réalisations en recettes et dépenses (MF.CFP)



Si l'on considère les deux derniers exercices contrôlés, on constate qu'en 2007, les prévisions budgétaires ont bien reflété l'exécution puisque les recettes ont été réalisées à 87 % et les dépenses à 90 %, ce qui témoigne d'une bonne gestion de l'établissement.

En revanche, en 2008, les prévisions budgétaires n'ont pas reflété l'exécution puisque les recettes ont été réalisées à hauteur de 134 % et les dépenses à 49 %.

La prévision de recettes a été sous-évaluée en 2008 en raison d'un décalage de versement du produit de la taxe sur les alcools et tabacs du secteur sanitaire et social (TAT3S) en fin d'année. Si les prévisions de dépenses en 2008 ont largement été surévaluées par rapport aux réalisations effectives, ceci est dû en grande partie, à un faible remboursement des dépenses relatives aux constructions hospitalières, les projets ayant pris du retard.

Recommandation n° 7. : La chambre des comptes recommande d'améliorer la prévision des dépenses de l'agence sanitaire et sociale, notamment par le biais d'un échange d'information plus précis et plus régulier entre le gouvernement et l'agence sur l'état d'avancement des travaux hospitaliers, en particulier dans le cadre du financement du futur médipôle de Koutio.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *Pour faire suite à cette recommandation, l'agence sanitaire et sociale a organisé avec la direction du budget et des affaires financières (DBAF), tutelle de l'agence sanitaire et sociale, un*

échange trimestriel sous forme de tableaux reprenant les prévisions de travaux hospitaliers, les réalisations et les réajustements de prévisions en cours d'année ».

La chambre prend acte de la mise en place d'un suivi commun avec la direction du budget et des affaires financières (DBAF).

4 L'organisation interne de l'agence et ses effectifs

4.1 Le personnel de l'agence sanitaire et sociale

L'agence sanitaire a connu récemment une forte augmentation de ses effectifs. Avec le renforcement de sa compétence en matière de prévention en 2006, l'établissement a souhaité étoffer son personnel et disposer de spécialistes en matière de santé.

Elle compte aujourd'hui 32 salariés, dont 16 recrutés en 2008.

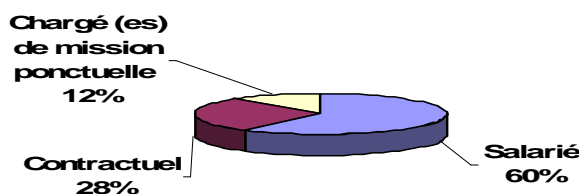
Le poids des charges de personnel de l'établissement depuis 2005 s'est, par conséquent, fortement accru (+ 630 %) :

Tableau N° 9. Evolution des charges de personnels de l'agence (en F.CFP)

Exercices	2005	2006	2007	2008
Charges de personnel (en F.CFP)	34 529 964	85 026 139	139 446 860	217 524 113

Une majorité des collaborateurs de l'ASS-NC bénéficie d'un statut de salarié de la fonction publique (60 %).

Tableau N° 10. Répartition des statuts des personnels de l'agence (en %)



Le rapport d'audit interne, réalisé en 2008 à l'initiative de l'agence sanitaire, relève néanmoins que les différences de statut occasionnent des difficultés professionnelles et/ou relationnelles entre les collaborateurs.

La particularité de cet établissement est que 52 % des personnels appartiennent au corps médical (médecins, infirmiers et infirmières), certains intervenants en éducation pour la santé) et environ 28 % au secteur paramédical (psychologue, assistante sociale, diététicienne).

S'agissant de la répartition des effectifs au sein de l'établissement, le programme de prévention et de soins en addictologie (PPSA) mobilise plus de la moitié des ressources humaines de l'agence (19 personnes), largement devant le centre d'éducation diabétique et diététique (8 personnes).

Dans son avis de 2001 relatif au projet de délibération portant création de l'agence, le Conseil économique et social précisait que le personnel permanent de l'agence serait numériquement faible, sachant que l'esprit est de s'appuyer sur les compétences en place pour pouvoir, autour de réunions de travail avec le conseil d'administration, mettre en place un certain nombre d'orientations qui soient cohérentes en matière de santé.

En effet, le rôle de l'agence est de coordonner les actions et initiatives publiques et privées déjà existantes, voire de les susciter. L'agence sanitaire n'a donc pas vocation à remplacer les organismes de prévention et de soin déjà en place en Nouvelle-Calédonie.

4.2 Les contractuels et les prestataires de services

S'agissant de l'emploi de contractuels, l'agence sanitaire et sociale a décidé, fin 2005, de ne pas renouveler le contrat à durée déterminée (CDD) d'un agent de prévention en alcoologie recruté depuis janvier 2003. Le CDD avait jusqu'alors été renouvelé deux fois pour une période d'1 an en 2004 et 2005. L'agent a saisi le tribunal du travail de Nouméa pour licenciement abusif. L'agence sanitaire a alors convenu de la requalification du contrat qui la liait à cet agent en contrat à durée indéterminée. Elle a conclu avec cette personne un accord et lui a versé la somme de 5 700 000 F à titre d'indemnité transactionnelle.

L'ASS-NC fait appel à de nombreux prestataires de service pour ses différents programmes:

- addictologie : une psychologue, une diététicienne et une troupe de théâtre ;
- hygiène bucco-dentaire : des chirurgiens dentistes, une assistante dentaire ;
- cancer du sein : des radiologues, un cadre manipulateur en radiologie ;
- diabète : des médecins ophtalmologues et endocrinologues, des orthoptistes, des podologues, une éducatrice sportive et une psychologue ;
- rhumatisme articulaire aigu : des médecins cardiologues et une infirmière ;
- VIH/SIDA/IST : un cadre infirmier, une psychologue et une diététicienne ;
- baromètre santé : une sociologue ;
- communication : une experte en communication et management de projets.

Or, dans ce domaine, la chambre a observé qu'un contrat en cours était susceptible d'être également requalifié en contrat à durée indéterminée dans la mesure où la durée totale du contrat excède 18 mois.

La chambre territoriale des comptes invite l'agence sanitaire et sociale à être vigilante sur l'application du droit du travail, notamment lors du recrutement de contractuels ou de prestataires de services.

4.3 Le management du personnel au sein de l'agence sanitaire et sociale

L'agence sanitaire et sociale ne dispose pas d'une autonomie de gestion de ses ressources humaines. L'établissement a passé, en 2002, une convention avec le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie pour lui confier la charge d'assurer l'ensemble des opérations liées au paiement des salaires, primes et charges sociales des agents de l'ASS-NC.

Sur le plan pratique, le remboursement au budget de la Nouvelle-Calédonie des salaires et des charges des agents de l'agence est effectué trimestriellement sur présentation d'un état des sommes dues.

Le management interne de l'agence sanitaire et sociale est en outre particulier. En effet, chaque programme est animé différemment selon la personnalité du responsable de programme, le nombre de collaborateurs qu'il comprend, sa vocation, ses cibles prioritaires, ou sa localisation.

Selon l'audit interne réalisé en 2008 par l'agence sanitaire et sociale, près des 3/4 des employés n'ont jamais bénéficié d'entretien annuel d'échanges et d'évaluation, de façon formelle, avec leur supérieur hiérarchique.

Or, l'entretien annuel d'échanges et d'évaluation constitue un acte de management prévu pour faire le bilan du travail effectué par l'agent, faire état des sujets de satisfaction et d'insatisfaction mutuelles, tenter d'y apporter des ébauches de solutions, décider des objectifs de l'année à venir, identifier les souhaits d'évolution professionnelle du collaborateur et évaluer leur adéquation avec les besoins à court et moyen termes de l'organisation.

Recommandation n° 8. : La chambre des comptes demande à ce que les entretiens annuels d'échanges et d'évaluation au sein de l'agence sanitaire et sociale soient désormais conduits.

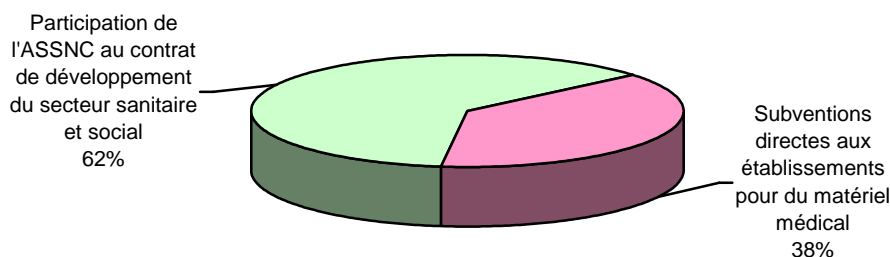
L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que les entretiens ont été réalisés pour les agents fonctionnaires, et devraient être réalisés pour les contractuels dès leur fin de première année en CDI. La chambre prend acte de l'engagement de réaliser les entretiens avec l'ensemble du personnel.

5 Le financement des infrastructures hospitalières

L'agence sanitaire et sociale consacre la plus importante part de son budget à sa participation aux investissements hospitaliers. Cependant, cette part fluctue fortement d'une année à l'autre selon l'état d'avancement des travaux de construction des infrastructures concernées.

Ainsi, comme indiqué précédemment, les dépenses effectuées par l'agence dans ce domaine en 2008 se sont élevées à 479 MF, soit une baisse de 70 % par rapport à l'exercice 2007. Au 31 décembre 2008, au titre des investissements hospitaliers, le cumul des remboursements par l'ASS-NC s'élève à 3 527 MF CFP.

Tableau N° 11. Financement des infrastructures hospitalières par l'agence (en %)



Les subventions directes aux établissements hospitaliers s'élèvent en 2008 à 182,5 MF. Elles ont été versées :

- au centre hospitalier territorial (CHT) pour 80 MF (achat de matériel médical),
- au centre hospitalier spécialisé (CHS) à hauteur de 62,5 MF pour l'achat de matériel médical (25 MF) et pour des soldes de subventions d'années antérieures (37,7 MF),
- au centre hospitalier du nord (CHN) à hauteur de 40 MF pour un solde de subventions des années 2006 et 2007.

La participation 2008 de l'agence au titre des contrats de développement du secteur sanitaire et social (remboursement de la part de la Nouvelle-Calédonie pour les travaux hospitaliers) s'élève à 297,2 MF.

Cette participation se décompose comme suit :

- 288,8 MF au titre du contrat de développement 2000-2004 répartis de la manière suivante pour les pôles psychiatrie et gériatrie du CHS à hauteur de 285,1 MF et pour la rénovation du CHN (Koumac et Poindimié) à hauteur de 3,7 MF.
- 8,4 MF au titre du contrat de développement 2006-2010 pour les études du médipôle de Koutio.

Le premier contrat de développement arrivant bientôt à échéance et le médipôle de Koutio étant encore dans sa phase d'étude, le montant de la participation de l'agence au titre des investissements hospitaliers en 2008 a été faible. Il devrait, néanmoins, croître avec le commencement des travaux de construction prévus courant 2010.

La chambre des comptes observe toutefois que le conseil d'administration de l'agence sanitaire et sociale ne dispose d'aucun pouvoir de décision sur le financement de ces infrastructures, ni d'expertises techniques sur les investissements réalisés. Conformément à ses statuts, l'action de l'agence se limite à inscrire en dépenses les prévisions fournies par la Nouvelle-Calédonie (direction du budget et des affaires financières).

5.1 Le médipôle de Koutio

La création d'un médipôle sur la commune de Dumbéa est le plus important projet financé par l'agence sanitaire et sociale. Il remonte aux années 1975.

Après avoir envisagé, dans un premier temps, une réhabilitation de l'hôpital du centre-ville, puis, en 1997, une reconstruction complète de l'établissement Gaston-Bourret sur lui-

même, c'est seulement en novembre 2004 que les élus du Congrès ont décidé d'implanter un nouveau grand pôle de santé à Koutio.

Tableau N° 12. Maquette des travaux pour le médipôle de Koutio



Ce projet vise à regrouper, en un même lieu, les installations parfois vétustes des sites de Gaston-Bourret, Magenta, La Pirogue et Raoul-Follereau. Il comprendra l'hôpital proprement dit, un plateau technique de 12 salles d'opération, un bâtiment logistique, l'institut Pasteur, le centre de radiothérapie dédié au traitement du cancer et un centre de soins de suite et de rééducation (CSSR).

Au plan budgétaire, le projet a été réévalué en 2009 à 44 milliards, soit 7 de plus que prévus à l'origine du projet. Le financement de ce projet est décomposé comme suit :

- 7,8 milliards seront financés par l'Etat dans le cadre des contrats de développement,
- 8,4 milliards seront apportés directement par le CHT (qui paiera par ailleurs 3,8 milliards d'équipements hospitaliers et les 3 milliards du logipôle),
- le solde, 27,8 milliards, sera financé par l'agence sanitaire et sociale, en partie sur fonds propres, en partie sur emprunt.

Fin 2008, 624 MF.CFP ont été remboursés par l'ASS. Ces dépenses ont permis la libération des sols de la quarantaine, l'élaboration du maître plan d'aménagement et les études préalables.

Le chantier de construction du médipôle de Koutio connaît déjà un retard d'1 an et demi. Le fonds de roulement de l'ASSNC permettra de financer le chantier jusqu'en 2013, date à laquelle seront lancés les premiers emprunts : 18 milliards sur 3 ans de 2013 à 2015.

5.2 La rénovation du CHT Gaston Bourret et du CHT de Magenta

En 2008, environ 2 milliards de F.CFP ont été versés par l'établissement pour les rénovations qui concernaient la cuisine, le pôle logistique, le pôle médical, la station d'épuration, la stérilisation centrale du CHT de Magenta, la libération du site dit " terrain Est ", la restructuration du bâtiment H, des études du pôle hospitalier et le plan de sauvegarde du CHT Gaston Bourret.

5.3 La maison enfance polyhandicapée

L'ASS-NC a financé la totalité des 25 MF.CFP nécessaires aux premiers travaux de ce centre d'accueil " Gabriel Poëdi " qui devra aboutir fin 2011 à Nouville, après un investissement total de plus d'1,3 milliard de F CFP.

Cette structure offrira 40 places à des enfants et adolescents lourdement handicapés de 6 à 26 ans dont 25 en internat à l'année et 5 places en internat temporaire. Elle comprendra 3 000 m² de surfaces bâties érigées au milieu d'un parc d'agrément et de découvertes.

Ce projet a été présenté par l'association des parents d'enfants handicapés de Nouvelle-Calédonie (APEHNC) dès juin 2003, mais n'a abouti qu'en 2007 avec les premiers financements sur le budget de la Nouvelle-Calédonie.

5.4 Les centres hospitaliers du Nord

Fin 2008, 86,8 MF.CFP ont été financés par l'ASS-NC pour la réhabilitation de l'hôpital de Poindimié et pour la réhabilitation et l'extension de l'hôpital de Koumac qui s'orientera davantage vers la consultation et les soins de suite. Les activités du bloc, de la chirurgie et de l'obstétrique seront, pour leur part, transférées à Koné.

La participation de l'ASS-NC au financement du nouvel établissement hospitalier de Koné est probable, mais n'a pas encore été actée.

5.5 L'aide au renouvellement du matériel médical

De 2002 à 2008, l'agence sanitaire et sociale a financé le renouvellement de certains équipements médico-hospitaliers à hauteur de 1,4 milliard de F.CFP.

Mais, l'établissement semble désormais décidé à se dégager progressivement de cette mission pour accentuer son effort sur le financement des infrastructures. Le renouvellement du matériel médical devra donc, de nouveau, prioritairement être assumé par les établissements de santé eux-mêmes.

6 Les programmes de prévention de l'agence

La prévention se définit comme un ensemble de mesures prises pour anticiper ou limiter les effets d'un danger, d'un risque ou d'un mal susceptible d'atteindre, ou affectant un groupe d'individus déterminé. Elle s'avère donc être un axe majeur d'une politique de santé de toute société et un des éléments clefs du plan de maîtrise des dépenses de soins.

En matière sanitaire et sociale, on distingue trois niveaux de prévention :

- la prévention primaire qui vise à diminuer les facteurs de risque et à promouvoir la santé des populations. Il s'agit, à titre d'exemple, de campagnes d'information et de sensibilisation ou d'actions éducatives ;
- la prévention secondaire qui tend à limiter la durée de l'évolution de la maladie avant sa manifestation pathologique par des actions de dépistage ;
- la prévention tertiaire, c'est-à-dire le suivi et le traitement des malades, afin de diminuer les éventuelles complications.

6.1 Présentation générale de la prévention en Nouvelle-Calédonie

6.1.1 Situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie

L'état sanitaire de la population calédonienne s'est globalement amélioré, avec une espérance de vie qui augmente régulièrement pour atteindre 75,9 ans en 2007 (hommes : 71,8 ; femmes : 80,3), et un taux de mortalité infantile de 6,1 ‰. Ce taux est un bon reflet du développement socio-économique et sanitaire du territoire et se rapproche de plus en plus de celui de la France métropolitaine et des pays européens.

Toutefois, certaines maladies infectieuses, bien qu'en recul, persistent telles la tuberculose ou encore le rhumatisme articulaire aigu qui connaissent une incidence élevée. Mais ce sont aujourd'hui les maladies liées au mode de vie et aux comportements, qui constituent les préoccupations majeures de santé publique sur le territoire.

La moitié des décès enregistrés concerne en effet les cancers et les maladies cardiovasculaires, le diabète (10 % de la population adulte calédonienne seraient diabétiques), l'hypertension artérielle, les conduites addictives (tabac, alcool, cannabis), les accidents de la circulation qui interpellent par leur fréquence et leur intensité.

La prévention est donc une préoccupation en Nouvelle-Calédonie. En 1994, le Congrès de la Nouvelle-Calédonie avait adopté un 1^{er} plan visant à promouvoir la santé et à maîtriser les dépenses de soins.

En l'absence d'observatoire de la santé sur le territoire et donc de centralisation des données, disponibles au sein de chaque province (des observatoires ont été créés officiellement dans les provinces Nord et Sud mais fonctionnent encore fort peu), la politique de prévention a été confiée à l'agence sanitaire et sociale assez tardivement. En outre, la plupart des programmes de prévention de l'agence n'ont été lancés qu'à partir de 2008.

6.1.2 Financement de la prévention

Selon le dernier rapport d'activité de la DASS, la Nouvelle-Calédonie a dépensé 62,56 milliards de F pour la santé en Nouvelle-Calédonie en 2006 (dernière année connue), soit en moyenne 264 509 F.CFP par habitant.

Sur 62 milliards, 58 milliards ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux.

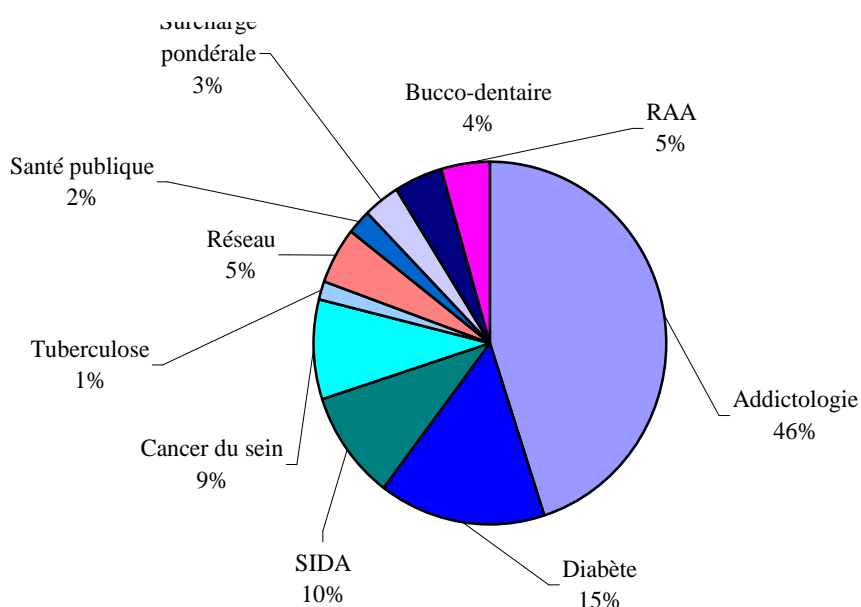
Seuls 2,17 % de ces dépenses ont été consacrés à la prévention, toutes institutions et organismes confondus. Dans le cadre de sa mission de prévention, l'agence sanitaire et sociale a dépensé, en 2006, seulement 180 millions de francs.

Depuis 2006, la mission de prévention de l'agence sanitaire s'est développée, puisque les actions dans ce domaine ont représenté 467 MF en 2008, soit une hausse de 39,5 % par rapport à l'exercice 2007. Les moyens financiers les plus importants sont destinés au programme de prévention « addictologie » qui représente, à lui seul, 46 % des actions de l'agence.

Tableau N° 13. Dépenses de prévention de l'agence depuis 2005 (en F.CFP)

Dépenses de prévention	2005	2006	2007	2008
Montant	75 550 075	180 679 388	334 947 663	467 436 088

Tableau N° 14. Actions de l'agence en matière de prévention en 2008 (en %)



Il est à noter que l'agence sanitaire n'est pas le seul organisme à financer des actions en matière de prévention sanitaire. Ainsi, la CAFAT intervient également en abondant un fonds d'entraide qui propose, notamment, depuis juin 2009, 8 consultations diététiques par an pour les nouveaux diabétiques. Il serait utile que ce dispositif puisse être coordonné avec l'accompagnement mis en place auprès du centre d'éducation diabétique et diététique de l'agence sanitaire et sociale.

Recommandation n° 9. : La chambre des comptes recommande à l'agence sanitaire de suivre de près les initiatives de ses partenaires, notamment la CAFAT et les provinces, pour assurer l'indispensable coordination entre des dispositifs de prévention parallèles, comme ceux mis en place pour le diabète par exemple.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *La coordination des dispositifs de prévention est assurée au travers des comités de pilotage organisés par les chefs de projets ou responsables de programmes de l'agence sanitaire et sociale. C'est au sein de ces comités, qui incluent notamment les provinces et la CAFAT, que sont prises les principales décisions stratégiques d'un programme. Il arrive toutefois que certains partenaires décident, dans le cadre de leur propre politique interne, de modifier ou d'ajouter des actions propres (prise en charge CAFAT de consultations diététiques, détachées de l'action d'éducation thérapeutique effectuée au centre d'éducation diabétique et diététique)* ».

La chambre prend acte de la coordination pour les projets communs, et estime que l'agence doit demander à ses partenaires qui le décident, dans le cadre de leur propre politique interne, de tenir informé l'agence de la modification ou de l'ajout de leur actions propres.

Selon les responsables calédoniens de la santé lors des ateliers « Nouvelle-Calédonie 2025 », la somme dédiée à la prévention reste encore insuffisante face à l'ampleur du défi que représente la prise en considération d'une véritable éducation sanitaire. En outre, il n'est pas fait suffisamment appel à la Communauté du Pacifique Sud, qui développe des programmes de santé publique en direction des populations de son aire de compétence.

Or, certaines maladies sont graves, chroniques et engendrent un coût substantiel pour la société. Une meilleure prévention, en termes d'investissements matériels, humains, financiers, et de coordination des actions menées, serait de nature à assurer une véritable promotion de la santé et à maîtriser les dépenses de soins.

Recommandation n° 10. : La prévention ne représente que 2 % des dépenses de santé en Nouvelle-Calédonie. La chambre territoriale des comptes observe que ce financement n'est pas à la hauteur des besoins constatés de l'agence sanitaire et sociale.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que le budget actuel de la prévention avoisine les 600 millions FCFP par an, et qu'il a vocation à dépasser le milliard d'ici à 2012, comme évoqué à plusieurs reprises en conseil d'administration.

La chambre prend acte de la volonté d'augmenter les dépenses de prévention, qui vont presque doubler d'ici 2012.

6.1.3 Evaluation des programmes

L'évaluation, dans le domaine de la prévention, répond à une logique simple : tenter d'optimiser les effets obtenus sur la santé des bénéficiaires. Cette recherche d'optimisation doit schématiquement tenir compte de deux équilibres :

- un premier équilibre entre les effets positifs et les effets négatifs des actions, programmes ou politiques concernés ;
- un second équilibre entre le bénéfice ainsi obtenu et le coût nécessaire pour l'obtenir.

Le Congrès de la Nouvelle-Calédonie s'est déclaré attaché² à ce qu'une évaluation des actions entreprises par l'agence sanitaire soit réalisée en lien entre les services de l'agence, les services provinciaux et ceux de la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie afin d'étudier la pertinence des opérations conduites et, si nécessaire, leur réorientation.

Cette évaluation reste aujourd'hui très partielle dans la mesure où la Nouvelle-Calédonie ne dispose pas d'économistes de la santé, susceptibles de mesurer les coûts d'une politique de prévention au regard des dépenses liées à la prise en charge des soins relatifs à cette pathologie pour bénéficier d'une approche globale du système de santé.

Cette évaluation doit, d'une part, être organisée en continu par chacun des directeurs de programme. Toutefois, l'agence n'a pas systématiquement défini, en interne, au sein du conseil d'administration, d'objectifs assortis d'indicateurs annuels pour chacun de ses programmes de prévention afin de pouvoir procéder à ce contrôle.

D'autre part, une évaluation principalement réalisée par des professionnels de cabinets spécialisés extérieurs est prévue tous les 2 à 5 ans. Compte tenu du caractère récent de la mise en place des programmes, seuls les programmes VIH-Sida et addictologie ont fait l'objet d'une demande d'évaluation extérieure par l'établissement.

La reconduction de chacun des programmes devra tenir compte du bilan d'évaluation, de l'évolution des données épidémiologiques et donner lieu à l'élaboration d'un nouveau plan stratégique selon un processus de concertation multi-sectorielle et multi-partenaire.

La direction sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, par le biais de l'inspection territoriale de la santé, possède également une mission d'évaluation des programmes de prévention de l'agence sanitaire et sociale.

Or, faute de moyens humains (2 inspecteurs au sein de cette cellule), une seule politique de prévention de l'agence a jusqu'alors été évaluée par cette direction de la Nouvelle-Calédonie.

Selon le Conseil Economique et Social³, dans le contexte de la loi organique, les compétences institutionnelles en matière sanitaire et sociale se croisent et sont interdépendantes. Il résulte de cette organisation de la santé, un manque de lisibilité et un morcellement des responsabilités. Des inégalités persistent d'une province à l'autre au niveau de la mise en œuvre des politiques de prévention, des campagnes de dépistage et de la couverture de l'offre de soin.

Toutefois, en raison des carences observées en matière d'évaluation des programmes de santé, il est difficile de mesurer si les inégalités territoriales de santé et notamment les disparités entre provinces ont persisté depuis 2001.

² Débats au Congrès de la Nouvelle-Calédonie du 16 novembre 2006

³ Avis n° 26/2001 relatif au projet de délibération portant création de l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie du 25 octobre 2001

6.2 Analyse des différents programmes de prévention

6.2.1 Programme de prévention et de soins en addictologie

En 1994, les élus du Congrès ont classé l'alcool parmi les neuf thèmes prioritaires de santé publique pour la Nouvelle-Calédonie. En 2000, le gouvernement a souhaité la mise en place d'un programme de prévention du risque alcool d'envergure territoriale pour assurer une plus grande cohérence et une coordination des actions.

Ce programme a vu le jour en 2001. Son objectif général était de réduire les conséquences sanitaires et sociales des consommations occasionnelles ou régulières d'alcool en agissant sur les représentations sociales, la consommation, le soin, l'évaluation et le suivi.

En 2005, le programme de prévention du risque alcool s'est transformé en "programme addictions". Cette mission était auparavant exercée par le centre d'accueil et de thérapie en alcoologie du CHS Albert Bousquet, avant d'être transférée en 2006 à l'agence sanitaire.

6.2.1.1 *La pathologie et le public concerné*

L'addictologie s'intéresse aux conduites de consommation, mais aussi aux substances consommées et aux contextes qui interagissent sur ces conduites de consommation (sociologie, géopolitique, économie, anthropologie culturelle...).

Les addictions liées aux consommations de substances psychoactives peuvent engendrer des dommages physiques, psychologiques ou sociaux ainsi que des dépendances physiques ou psychologiques.

La Nouvelle-Calédonie n'a pas une connaissance exhaustive, faute d'étude globale, des modes de consommation considérés comme addictifs au sein de la population. Ses connaissances sont donc parcellaires et découlent des études ponctuelles et ciblées.

- Chez les jeunes, l'alcool est le produit le plus souvent expérimenté, suivi du tabac et du cannabis.

S'agissant des conséquences des conduites addictives sur l'état de santé de la population, les données notamment chiffrées restent très parcellaires. Quelques informations ont été répertoriées en matière de consommation de tabac : un cancer sur trois en Nouvelle-Calédonie est un cancer lié au tabac. On recense sur le territoire environ 300 cancers nouveaux par an (donc 100 cancers liés au tabac).

Bien qu'actuellement aucun pays n'ait pu réellement calculer le coût du tabagisme, ce dernier est estimé entre 6 et 15 % des dépenses totales de santé. En appliquant ce coefficient à la Nouvelle-Calédonie, sur un total de 62 milliards FCFP de dépenses de santé en 2006, 3,7 à 9,3 milliards de F.CFP auraient donc dû être consacrés au tabagisme.

Recommandation n° 11. : La chambre des comptes recommande de compléter les études ponctuelles sur les comportements addictifs par une étude générale des habitudes des Calédoniens dans ce domaine afin d'améliorer encore la politique de prévention. Dans le cadre de cette étude, une estimation des coûts en matière de dépenses de santé liés aux comportements dits addictifs serait également utile afin de mieux orienter les moyens dédiés à la prévention.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *La réalisation du premier baromètre santé calédonien, initiative de l'agence sanitaire et sociale, va permettre de mieux connaître les comportements des adultes et notamment ceux en rapport avec les addictions. Dans le même sens, la réalisation en 2010 d'une enquête de dimension internationale en collaboration avec l'OMS (Organisation Mondiale pour la Santé) et le CDC (Center for Diseases Control) va permettre d'étendre cette connaissance aux plus jeunes (13-16 ans) ».*

6.2.1.2 Les moyens financiers affectés au programme

L'objectif général du programme addictologie est de diminuer les conséquences sanitaires et sociales des consommations d'alcool, de tabac et de cannabis. Les dépenses pour cette mission s'élèvent à 210,5 MF en 2008, soit une hausse de 9,4 % par rapport à l'année précédente.

Les actions de prévention se sont organisées autour de 4 axes :

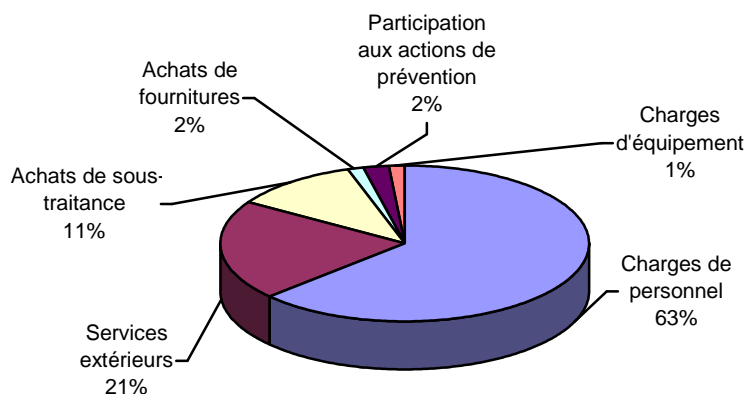
Axe 1 : agir sur les représentations et sur les normes sociales par le biais de plusieurs campagnes de communication, et des interventions en milieu scolaire et associatif.

Axe 2 : agir sur la consommation. Des activités de liaison au Centre Hospitalier Territorial ont été menées, en particulier aux urgences et au service orthopédie, afin de réduire la mortalité et les handicaps résultant des accidents de circulation dûs à l'alcool. Des campagnes d'information ont été organisées en tribus, auprès d'associations et en milieu professionnel pour rappeler les normes de consommation d'alcool et informer les populations sur les risques liés à la consommation de cannabis. Des entretiens individuels sont réalisés auprès des détenus et auprès des personnes ayant eu une suspension administrative du permis de conduire.

Axe 3 : optimiser le soin avec notamment des consultations décentralisées mensuelles (pour l'instant uniquement à Koné et à Poindimié), le développement de la tabacologie au Centre Hospitalier Territorial, le renforcement de la prise en charge des jeunes usagers de cannabis, la formation des médecins généralistes au sevrage tabagique et au repérage précoce des consommations nocives de cannabis et d'alcool, etc...

Axe 4 : évaluer les résultats. Une évaluation d'un an d'activité auprès des personnes en obligation de soin et auprès des personnes ayant une suspension administrative du permis de conduire en rapport avec l'alcool, ainsi qu'une évaluation des interventions en milieu scolaire ont notamment été menées.

Tableau N° 15. Répartition des dépenses 2008 du programme addictologie (en %)



Les charges de personnel constituent l'essentiel des frais de la cellule addictologie, soit 63 % des dépenses avec 129,1 MF, soit une hausse de 18 % par rapport à l'exercice 2007.

S'agissant des dépenses relatives aux services extérieurs d'un montant de 42,4 MF, on constate en 2008 une petite hausse de 3,4 % par rapport à 2007.

Bien qu'en baisse de 34 % par rapport à l'année précédente, les frais de communication atteignent 19,7 MF et ont concerné principalement une campagne sur la prévention d'alcool, de tabac et de cannabis réalisée par le service de consultation destiné aux jeunes usagers « DECLIC ».

Les autres dépenses significatives sont celles des vacations des médecins et du personnel intérimaire pour 12,9 MF (en hausse de 224 % par rapport à l'année 2007) auxquelles s'ajoutent les frais de missions et de déplacement pour 4,4 MF. L'évolution de ce poste budgétaire doit être surveillée.

Par ailleurs, 1,7 MF a été utilisé à la formation du personnel. Les autres dépenses (soit 3,7 MF) sont constituées de prestations extérieures, contrat de nettoyage, de frais de postes et télécommunications et de frais de blanchissage.

Les achats de sous-traitance, de matières premières et de fournitures pour 25,7 MF permettent le fonctionnement de la cellule : consommations d'énergie, fournitures administratives, locations mobilières et immobilières, entretiens et réparations des biens mobiliers. Ces dépenses sont en hausse de 12 % par rapport à l'année précédente, en raison de besoins accrus en location de véhicules et de matériel informatique.

Les participations aux actions externes de prévention ont coûté 4,7 MF. La cellule addictologie a versé une subvention de 595 000 F à l'association de prévention des abus d'alcool (APAA) et une subvention de 4 175 000 F à l'association Vie sans drogue.

Les charges d'équipement pour 2,6 MF de la cellule addictologie ont concerné en 2008 des travaux d'aménagement des locaux pour 1,5 MF et l'achat de mobilier pour 1,1 MF.

6.2.1.3 Les moyens humains du programme « addictologie »

L'effectif de la cellule « addictologie » comprend 16 agents composés de :

- 1 médecin responsable du dispositif addictologie (prévention, soins, consultations « jeunes DECLIC »)
- 1 assistante de direction
- 4 médecins : 2 effectifs temps plein (E.T.P.) addictologues dont un poste non pourvu depuis le 30/11/09, ½ E.T.P. médecin généraliste et ½ E.T.P. psychiatre (poste non pourvu depuis le 28/02/10),
- 4 infirmiers,
- 1 secrétaire médicale,
- 4 animateurs de prévention,
- 1 relais de prévention
- 1 assistant social.
- vacataires : psychologue et diététicienne

La particularité du programme addictologie est de disposer d'un effectif important en raison de l'intégration du centre de soins en addictologie au programme en 2006. L'équipe du programme « addictologie » comporte les unités fonctionnelles suivantes :

- Le service de prévention développe des actions d'éducation pour la santé concernant l'alcool, le tabac, le cannabis et autres produits psycho actifs dans les trois provinces, en lien avec les acteurs locaux : auprès du public scolaire, en milieu du travail, auprès du public en difficultés sociales (détenus, public en parcours d'insertion) et du public prioritaire (personnes ayant une suspension administrative du permis de conduire), auprès des associations de femmes, de parents d'élèves et en milieu tribal.
- Le centre de soins en addictologie (CSA) a pour mission d'accueillir toute personne confrontée directement ou indirectement à des problèmes liés à des consommations d'alcool, de cannabis, de tabac ou tout autre produit psycho actif pouvant provoquer des dommages sanitaires et sociaux, de l'informer et de l'évaluer, puis de l'accompagner et de lui proposer une prise en charge adaptée.
- Une équipe de liaison et de soins en addictologie (E.L.S.A.) a pour objectif de favoriser le repérage et la prise en charge précoce et multidisciplinaire des personnes ayant un problème avec l'alcool, le tabac, le cannabis et autres substances psycho actives à l'hôpital et auprès des partenaires extra-hospitaliers.
- « DECLIC » est un service de consultation destiné aux jeunes usagers (12-25 ans) et lancé en septembre 2007 par l'agence. Il est en charge d'accueillir sur rendez-vous les jeunes consommateurs occasionnels ou réguliers d'alcool, de cannabis et/ou autres produits psycho-actifs, d'aider les familles et répondre à leurs interrogations, de faciliter le travail des professionnels (éducatifs, sociaux,...) et d'accompagner le jeune consommateur afin de l'aider à modifier sa consommation.

Recommandation n° 12. : Si l'intégration du centre de soins au sein du programme de prévention de l'addictologie est considérée comme pertinente par les professionnels de santé, elle n'est pas, pour l'heure, conforme aux statuts de l'agence sanitaire, qui n'a pas vocation à mener des actions de soins. La chambre territoriale des comptes invite l'agence à réviser ses statuts en y intégrant cette mission particulière, propre au secteur de l'addictologie.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *A la suite du séminaire "addictologie" du mois de mai 2010, la piste d'une nouvelle organisation du dispositif addictologique a été suggérée avec la création d'un groupement d'intérêt public (GIP) dédié au dispositif de lutte contre les addictions. L'agence sanitaire et sociale en ferait partie avec d'autres partenaires sanitaires, institutionnels, coutumiers, associatifs* ».

6.2.1.4 L'évaluation 2009 du programme addiction

La mission d'évaluation extérieure conduite en 2009 à l'initiative de l'agence s'interrogeait sur la pertinence du programme par rapport aux besoins de la population néo-calédonienne en matière de prévention et de prise en charge du phénomène d'addiction.

La pertinence du programme paraît établie. Le rapport d'évaluation relève, en revanche, l'existence de certains besoins peut-être insuffisamment pris en compte, tels que la consommation de kava ou de datura et l'addiction au jeu.

S'agissant de l'amélioration de l'efficacité du dispositif, le rapport indique que la mise en œuvre des objectifs s'est faite avec une inégale importance selon les axes et les provinces :

- une place importante est accordée au secteur scolaire par rapport aux autres « populations » ciblées initialement (autres publics captifs : foyers, milieux professionnels, CHRS) ;
- si le développement de la communication des risques liés à l'addictologie est excellent en provinces Nord et des Iles, il n'y a que 47 % de couverture dans le Sud ;
- en matière de soins, l'offre est relativement concentrée sur Nouméa/grand Nouméa.

Le rapport relève que la communication spécifique autour du programme dans son ensemble s'avère insuffisante et/ou non comprise par une partie des acteurs. En outre, les coopérations restent à trouver notamment pour le soin en province des Iles.

Le rapport conclut en proposant 8 recommandations :

- Elaborer une stratégie de communication solide et unanime, animée par un seul responsable technique, associant les partenaires, intégrant une vision prospective et s'adossant à une démarche d'évaluation (baromètres, enquêtes en milieu scolaire).
- Mieux cerner l'existence de besoins non couverts (Kava ?).
- Mener une réflexion interne à l'agence sanitaire sur la stratégie générale de prévention (actions de promotion de la santé transversales à développer ?).

- Optimiser l'existant en matière de réinsertion sociale, dans un premier temps en recensant les réponses existantes et en créant des relations entre elles, en intersectoriel.
- Définir un nouveau mode d'organisation du programme : mener une réflexion de fond sur la mobilisation des partenaires, sur la place des secteurs respectifs et sur le rôle de la coordination du programme.
- Définir les partenariats indispensables sur chaque province pour offrir aux calédoniens un tronc commun de réponses à développer équitablement.
- Elaborer le futur programme en partenariat en veillant à intégrer des partenaires clés actuellement peu impliqués mais dont les objectifs devraient converger (CAFAT pour le soin, la médecine du travail pour la prévention et l'accès aux soins...), en partageant l'élaboration des objectifs au niveau des provinces et en ajustant et développant la communication spécifique autour du programme.
- Identifier les actions relevant du « règlementaire » et sensibiliser les décideurs aux interrelations pouvant compromettre la cohérence d'ensemble de l'action publique.

La chambre des comptes note avec satisfaction la mise en œuvre en 2009 d'une évaluation du programme addictologie sollicitée par l'agence sanitaire et sociale. Elle encourage la prise en compte rapide et effective des recommandations formulées par le rapport d'évaluation dès l'élaboration du prochain programme addictologie 2010-2015.

6.2.2 Programme de prévention bucco dentaire

6.2.2.1 La pathologie et le public concerné

La prévention bucco-dentaire consiste principalement à aider les enfants à se protéger des caries. La situation en Nouvelle-Calédonie est plutôt inquiétante sur le plan de la santé bucco-dentaire puisque seul un élève sur cinq présente une dentition sans carie, ce qui est peu. Il a été trouvé jusqu'à quatorze caries dans la bouche d'un enfant de 6 ans.

En 2000, pour un enfant de 12 ans, l'objectif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) était un indice CAO (dents Cariées Absentes Obturées) inférieur à 3. En 2002, la province Sud avait un indice CAO de 2,52 tandis qu'en province des Iles, il était de 3,10. En 2004, l'indice CAO était proche de 4 en province Nord.

Ces chiffres témoignent de la nécessité d'améliorer l'état bucco-dentaire des enfants calédoniens et ce, dès le plus jeune âge. Dès lors, l'agence sanitaire et sociale promeut la santé dentaire des enfants selon 4 règles simples :

- un brossage régulier des dents après les repas, avec une brosse à dents adaptée à l'âge de l'enfant et un dentifrice fluoré ;
- une alimentation équilibrée, sans grignotage d'aliments sucrés entre les repas ;
- des visites régulières chez un chirurgien-dentiste ;
- des comblements ou scellements des sillons des molaires définitives.

Les quatre objectifs spécifiques de ce projet sont de :

- réduire l'apparition des caries sur les " jeunes " molaires définitives des enfants d'une certaine tranche d'âge ;
- éduquer les enfants et les parents à l'hygiène bucco-dentaire et montrer qu'elle est grandement liée à l'hygiène alimentaire ;
- être en mesure de définir statistiquement l'impact de ces comblements sur le développement ou non des caries lors des prochaines enquêtes CAO ;
- améliorer les comportements de la population générale calédonienne en matière de santé bucco dentaire.

6.2.2.2 La mise en place du programme

En juillet 2007, les acteurs institutionnels provinciaux de la santé, la CAFAT, le syndicat et l'ordre des chirurgiens-dentistes, ont décidé d'un commun accord que :

- le programme de prévention bucco-dentaire devait être financièrement soutenu et coordonné par l'ASS-NC ;
- le système du cabinet dentaire mobile était le plus pertinent à mettre en place (cf. expérience de la Polynésie française) ;
- ce projet bucco-dentaire permettait l'intégration des demi-journées de soins préventifs obligatoires prévues dans la convention entre les dentistes et la CAFAT ;
- ce projet devait débiter en 2008 et serait complémentaire de l'action de prévention collective déjà entreprise par les Provinces et l'UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-dentaire).

Le but de l'opération, qui concerne les élèves des classes de CP, est d'assurer une action de prévention des caries au niveau de la dent, dite de 6 ans (1^{ère} dent définitive), notamment sur les premières molaires définitives. Une intervention collective est effectuée par un dentiste ou une assistante dentaire dans les classes de CP, rappelant ainsi les règles d'une bonne hygiène bucco dentaire. Puis les enfants, autorisés par leur famille à venir dans la caravane, sont examinés par le praticien. Des comblements de sillons sont réalisés sur les molaires, si celles-ci sont sorties et non cariées afin de retarder le développement des caries.

6.2.2.3 Les moyens affectés au programme

Il s'agit d'un nouveau programme de prévention mis en place en 2008. Les dépenses du programme bucco-dentaire se sont élevées en 2008 à 19,9 MF.

Tableau N° 16. Dépenses 2008 pour le programme bucco-dentaire (en %)

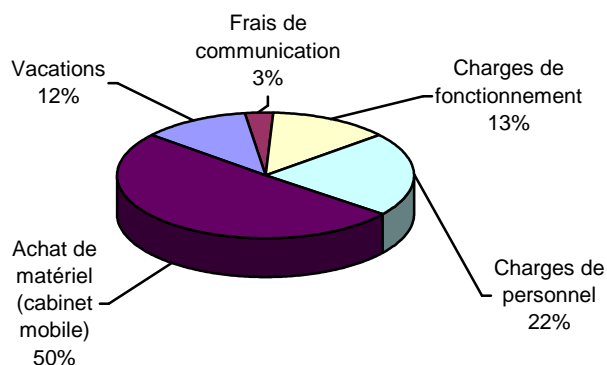


Tableau N° 17. Dépenses 2008 du programme « bucco-dentaire » (en F.CFP)

Programme Bucco-dentaire	dépenses 2008	rappel : dépenses 2007
Charges de personnel	4,3 MF	0
Fonctionnement courant	2,6 MF	0
Prestations de service et vacances	2,3 MF	0
Frais de communication	0,6 MF	0
Achat de matériel médical	10,1 MF	0
TOTAL	19,9 MF	0

Les charges de personnel ont concerné un chef de projet « hygiène bucco-dentaire ».

Les charges de prestations de services ont financé les vacances de chirurgiens-dentistes, d'assistantes dentaires et de remorqueurs pour les interventions auprès des écoles primaires du territoire. Les frais de communication ont permis de financer une campagne d'information grand public et la publication d'un dépliant informatif destiné aux parents. Les charges d'équipement ont consisté en l'achat d'une caravane et d'un fauteuil dentaire ainsi que du matériel nécessaire aux soins préventifs.

La campagne de prévention 2008 à travers les 3 provinces a permis de recevoir 590 enfants dans la caravane mobile. 441 enfants ont alors bénéficié d'au moins un comblement de sillons.

6.2.2.4 L'extension de la prévention à l'ensemble des enfants scolarisés

Il est à noter que seules les écoles dites « prioritaires » selon les critères des services provinciaux font l'objet d'une intervention en matière de prévention. Autrement dit, seulement ¼ des enfants de CP environ sont concernés par cette campagne.

Recommandation n° 13. : Afin d'améliorer le programme de prévention bucco-dentaire, une analyse plus précise des besoins paraît nécessaire. La chambre des comptes incite l'agence à conduire cette étude, afin de renforcer éventuellement les moyens dédiés à ce programme.

La chambre prend acte de la réalisation prochaine d'une étude en la matière menée en collaboration avec un laboratoire universitaire métropolitain.

6.2.3 Programme de dépistage des cancers féminins

Seul le cancer du sein fait l'objet d'un programme de prévention de la part de l'agence.

6.2.3.1 La pathologie et le public concerné

Le cancer du sein est une tumeur maligne (prolifération anormale des cellules du tissu de la glande mammaire). Il est, en Nouvelle-Calédonie, la 1^{ère} cause de mortalité par cancer chez les femmes. Découvert à temps, le cancer du sein se soigne dans 80 % des cas. Toutes les femmes, quel que soit leur âge, peuvent développer la maladie ; mais après la ménopause, le risque est accru : 2 cancers sur 3 se déclarent à cette période.

82 calédoniennes ont été touchées par le cancer du sein en 2006. 62 % d'entre elles avaient entre 50 et 74 ans (source : Registre du cancer). Un seul examen, la mammographie, est capable de mettre à jour un cancer à un stade très précoce.

6.2.3.2 La mise en place du programme

Depuis 2009, un examen mammographique (radiographie des seins) est proposé par l'agence sanitaire gratuitement à l'ensemble des Calédoniennes concernées, soit environ 18 000 femmes âgées de 50 à 74 ans. Elles reçoivent dans leur boîte aux lettres, une « invitation » de l'agence sanitaire pour une mammographie de dépistage gratuite, accompagnée d'une liste de radiologues agréés.

Le coût élevé de la mammographie (16 400 F) était l'un des freins principaux de la prévention du cancer du sein. Avec cette invitation, les femmes n'ont plus besoin d'avancer d'argent. Pour les femmes des Iles, obligées de se rendre sur la Grande Terre pour l'examen, l'agence sanitaire prend aussi en charge le billet d'avion.

Le budget de ce programme devrait être de l'ordre de 220 à 300 MF. Les actes de dépistage devraient coûter entre 160 MF et 220 MF sur 2 ans, selon le taux de participation. Cette somme doit être financée par la Cafat, les 3 provinces et le gouvernement dans le cadre du fond de compensation en santé publique. En 2010, 70 MF seront dépensés par l'agence sanitaire pour la gestion de la campagne de dépistage.

6.2.3.3 Les moyens affectés au programme

Les dépenses engagées par l'agence sanitaire en 2008 pour le programme de dépistage du cancer du sein se sont élevées à un peu plus de 40 MF. Toutefois, ce chiffre n'est pas significatif dans la mesure où la campagne de dépistage n'a réellement débuté qu'en 2009.

Tableau N° 18. Dépenses 2008 pour le programme « cancer du sein » (en %)

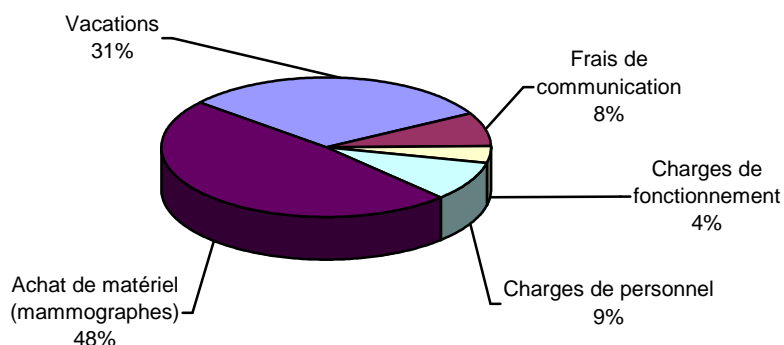


Tableau N° 19. Dépenses du programme « cancer du sein » en 2008 (en F.CFP)

Programme Cancer du sein	dépenses 2008	rappel : dépenses 2007
Charges de personnel	3,8 MF	0
Fonctionnement courant	1,5 MF	0
Prestations de service et vacances	12,6 MF	3,9 MF
Frais de communication	3,2 MF	0,3 MF
Achat de matériel médical	19,7 MF	0,1 MF
TOTAL	41,9 MF	4,4 MF

Les charges de personnel du programme ont concerné un opérateur de saisie, le poste de coordinateur de la cellule n'ayant pas été pourvu en 2008.

Les missions de la structure de gestion du dépistage du cancer du sein sont les suivantes : l'animation du comité de pilotage du programme de dépistage, la gestion d'un fichier centralisé de personnes invitées au dépistage, la gestion des invitations et des modalités d'entrée des femmes dans le dépistage, l'organisation des circuits des mammographies et de la deuxième lecture, la transmission des résultats aux femmes dépistées et à leur médecin, l'assurance de la qualité du programme et des installations mammographiques, les relations avec les professionnels de santé, la communication et le suivi des indicateurs d'évaluation du programme et du retour des résultats.

Les charges de prestations de services ont concerné le contrôle qualité des cabinets de radiographie et les prestations d'un vacataire pour le fonctionnement de la cellule, la réalisation des secondes lectures ainsi que la formation des radiologues et des manipulateurs radiologie par la société « Forcomed ». Avant le lancement du programme de dépistage gratuit, les mammographes installés sur le territoire ont été contrôlés. Deux appareils jugés défectueux ont été mis à l'index. Par ailleurs, manipulateurs en radiologie et médecins radiologues ont tous suivi une formation spécifique.

Les frais de communication ont concerné une campagne d'information grand public et l'envoi de bons d'invitation au dépistage à la population concernée. Des spots à la télévision et à la radio informent les Calédoniennes de l'opération, baptisée « Votre rendez-vous sérénité ».

Les charges d'équipement ont permis l'achat de deux mammographes, quatre négatoscopes (appareil de lecture des clichés radiologiques grâce à un système d'éclairage par transparence) et du logiciel Prévidata. Depuis fin 2009, les sites des centres hospitaliers de Koumac et Poindimié ont été équipés de mammographes. Auparavant, hormis Nouméa et Païta, seule la commune de Bourail disposait d'un appareil.

Si des équipements de mammographies ont été mis en place dans le Nord, pour autant, il n'y a pas de radiologues. Par conséquent, les clichés pris sont envoyés à l'agence pour expertise d'un spécialiste.

6.2.3.4 *Le fichier des personnes à dépister*

La base des personnes susceptibles d'être invitées pour un dépistage du cancer du sein est constituée de plusieurs fichiers, de la CAFAT et des provinces (aide médicale).

Cette base comprend environ 30 000 personnes, mais comporte de nombreux doublons. L'agence a fait appel à l'association CEDRIM (conseil en développement du réseau d'information médicale) pour mettre à jour cette base. Malgré tout, le fichier n'est pas encore à jour. En effet, en mars 2009, l'agence a adressé 8072 invitations, mais seules 7 882 sont bien arrivées chez les personnes concernées.

L'objectif de la campagne de dépistage vise à réduire la mortalité par cancer du sein chez la femme de 50 à 74 ans. L'atteinte de cet objectif est conditionnée par un taux de participation élevé qui doit, à terme, être supérieur à 70 %.

6.2.3.5 *Les autres cancers*

Concernant le cancer du col de l'utérus, la politique de prévention n'est pas prise en charge par l'agence sanitaire et sociale. Selon les spécialistes, le fichier des personnes à dépister pour le cancer du sein pourrait être utilisé pour le dépistage du cancer du col de l'utérus.

D'autres organismes suivent cette politique, de façon dispersée. Ainsi, la CAFAT invite ses assurés à un dépistage du cancer du col de l'utérus. La province Nord, par le biais de l'aide médicale, envoie des invitations pour le dépistage. Les provinces Sud et des îles ne pratiquent aucun dépistage.

S'agissant du cancer du côlon, il n'y a aucun dépistage mis en place en Nouvelle-Calédonie : il n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation suffisante nécessaire à sa mise en place.

Recommandation n° 14. : La chambre territoriale des comptes recommande à l'agence sanitaire et sociale d'organiser le dépistage d'autres cancers en liaison avec ses partenaires.
--

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *l'agence sanitaire et sociale a été plébiscitée en avril 2010 pour prendre en charge l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, dont le principe existe en Nouvelle-Calédonie depuis 1994, sans qu'une organisation véritable n'ait été mise en place. L'organisation de ce dépistage est actuellement effective pour les provinces Nord et Iles (aide médicale) et devrait s'étendre à la province Sud et aux ressortissantes de la CAFAT en 2011* ».

La chambre prend acte de l'extension du dépistage à d'autres cancers et à l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie.

6.2.4 Programme de prévention du diabète

Le programme diabète existe depuis 1997 en Nouvelle-Calédonie.

L'instrument central de cette politique de prévention est le centre d'éducation diabétique et diététique, géré par l'agence depuis 2008. Il existait auparavant, entre 2000 et 2008, sous une forme associative. L'équipe du centre comprend 2 médecins, une infirmière d'éducation, 2 diététiciennes, une psychologue et une secrétaire. Elle propose 400 stages annuels gratuits d'éducation diabétique comprenant des animations en groupe et des entretiens individuels.

6.2.4.1 La pathologie et le public concerné

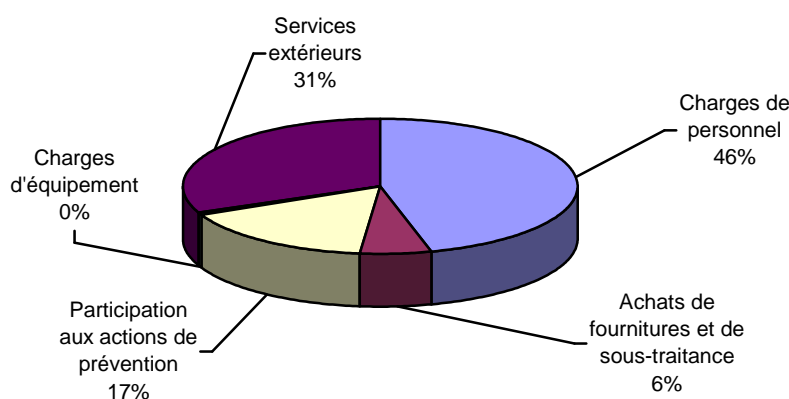
Il existe 2 types de diabète. Celui de type 1 se déclare en général pendant l'enfance et est lié à une réaction trop forte du système immunitaire. Il n'est pas héréditaire et concerne 5 % des diabétiques calédoniens. Le diabète de type 2 est dû principalement à l'obésité et au manque d'activité. Il peut être héréditaire et concerne 95 % des diabétiques.

La connaissance du nombre de personnes concernées par le diabète en Nouvelle-Calédonie n'est ni exhaustive, ni récente. La dernière étude remonte à 1992-93. Près de 18 000 personnes seraient touchées sur le territoire, mais seulement 9 000 d'entre elles sont suivies. Ainsi, selon le responsable du programme, 9 000 personnes ignorent qu'elles sont malades. Il estime aujourd'hui qu'il y a environ 500 à 700 nouveaux diabétiques par an sur le territoire.

6.2.4.2 Les moyens financiers affectés au programme

Les dépenses du programme diabète se sont élevées à 71 MF en 2008, soit une hausse de plus de 100 % par rapport à l'exercice précédent.

Tableau N° 20. Dépenses 2008 pour le programme « diabète » (en %)



La progression des dépenses est due au transfert effectif des charges du centre d'éducation diabétique et diététique, et notamment des charges de personnel depuis janvier 2008. Celles-ci représentent désormais 46 % des dépenses (32,8 MF en 2008).

Tableau N° 21. Détail des dépenses du programme « diabète » en 2008 (en F.CFP)

Programme Diabète	dépenses 2008	rappel : dépenses 2007
Charges de personnel	32,8 MF	0 MF
Achats de fournitures et de sous-traitance	4,1 MF	0,04 MF
Services extérieurs	22,5 MF	8,6 MF
Subvention à l'association prévention Santé	11,9 MF	22,5 MF
Charges d'équipement	0,3 MF	4,4 MF
TOTAL	71,6 MF	35,5 MF

Le programme diabète pour l'année 2008 s'est mobilisé sur 2 axes majeurs :

- Axe 1 : L'amélioration de la prise en charge du patient diabétique.

Le dépistage de la rétinopathie, initié en 2007, vise à exploiter en réseau un rétinographe et de coordonner le programme afin qu'il soit développé à travers les 3 provinces.

Des orthoptistes se déplacent sur tout le territoire pour effectuer des dépistages de rétinopathie diabétique. Le diabète est en effet une des causes majeures de malvoyance en Nouvelle-Calédonie et la première cause de cécité avant l'âge de 50 ans. Son dépistage et une surveillance ophtalmologique régulière permettent d'éviter de graves complications.

Des actions de dépistage et de soins de podologie ont aussi été organisées en 2008. Elles ont engendré des dépenses de vacations (orthoptistes, ophtalmologues, médecins diabétologues et podologues) de 16,8 MF, soit une hausse de 107 % par rapport à l'année précédente.

- Axe 2 : La prévention primaire du diabète.

Cette mission passe par la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière. A ce titre, le renforcement du centre d'éducation diabétique s'est déroulé au cours de l'année 2008, par le transfert du personnel de l'association prévention-santé et par de nouveaux recrutements.

Le montant des charges de personnel s'élève donc à 32,8 MF. Des actions de communication ont aussi été réalisées pour 3,9 MF.

Le centre d'éducation diabétique et diététique a, en outre, participé aux actions de prévention externes sous forme de subventions attribuées à l'association prévention-santé pour 11,9 MF.

En 2009, le budget du programme diabète a été diminué, en raison de contraintes budgétaires pesant sur l'agence. Dès lors, les déplacements pour le dépistage dans le Nord et les Iles et l'envoi de podologues en « brousse » ont été réduits. La couverture du terrain en termes de soins et de prévention du diabète a donc été revue à la baisse cette année-là.

Si le système de prévention du diabète en Nouvelle-Calédonie est efficace, il présente néanmoins encore un certain nombre de failles dues aux difficultés rencontrées pour couvrir, en offre de soins, l'ensemble du territoire calédonien. Parmi les insuffisances du système de prévention du diabète, on peut relever :

- l'absence de diabétologues dans l'intérieur et les îles ;
- une mauvaise couverture d'examen annuel de « fond d'œil » dans l'intérieur et les îles (problème d'accès aux soins).

6.2.4.3 L'application informatique du programme diabète

L'actuelle application informatique de gestion du programme diabète, conçue par l'association CEDRIM⁴, a été mise en place en 2007 pour le centre d'éducation diabétique et diététique. Elle n'est pas encore efficace dans toutes les nouvelles fonctionnalités qu'elle devait normalement apporter à ses utilisateurs.

Ainsi, ce logiciel ne permet pas de réaliser des évaluations des actions menées, ni d'éditer de synthèse en croisant les résultats. Le module statistique est encore à ses « balbutiements » selon le responsable du centre, alors que ce logiciel a été acquis justement pour cette fonctionnalité.

La chambre note la sous-utilisation de l'application informatique dédiée au programme diabète, alors qu'il s'agit d'un logiciel développé sur mesure. Elle invite l'agence sanitaire et sociale à relancer le maître d'ouvrage afin de permettre le développement de la fonction évaluation du logiciel concerné.

6.2.4.4 Le poids économique du diabète

Le diabète représente un poids économique important : c'est le 2^{ème} diagnostic de prise en charge à 100 % par la CAFAT, derrière l'hypertension artérielle. Les patients diabétiques en longue maladie représentent ainsi 3,7 % des assurés CAFAT (RUAMM). En 2004, la dépense moyenne annuelle, hors EVASAN et hors hospitalisation, par diabétique de type 2 sans complication, était de 450 000 F CFP. La présence de poly-pathologies (86 % des diabétiques) double le coût annuel du diabète.

En 2008, au regard des 71 MF dépensés par l'agence sanitaire et sociale pour son programme diabète, la CAFAT a dépensé 5,3 milliards de F.CFP pour les soins de 8 941 diabétiques, sans compter les Evasan et les hospitalisations en cas de complications.

Compte tenu de l'augmentation prévisible du nombre de diabétiques, des 9 000 malades qui ne seraient pas encore suivis et de l'amélioration de leur espérance de vie, le diabète pourrait, à lui seul, affecter sensiblement le système de remboursement des frais de santé.

Recommandation n° 15. : En raisons des complications liées au diabète et du poids économique que cette pathologie représente en termes de soins, la chambre territoriale des comptes recommande à l'agence sanitaire et sociale de s'efforcer d'assurer une couverture de l'ensemble du territoire en matière de dépistage de cette maladie afin d'améliorer encore le dispositif global de prévention.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que *« l'agence sanitaire et sociale, au travers du centre d'éducation diabétique et diététique, travaille déjà avec les trois provinces et développe des vacations de diététiciennes sur l'ensemble du territoire »*.

La chambre prend acte de la réalisation du nouveau plan diabète fin 2010 qui devrait permettre de répondre à cette préoccupation.

⁴ CEDRIM : conseil en développement de réseau d'information médicale

6.2.5 Programme de prévention des pathologies de surcharge pondérale

6.2.5.1 La pathologie et le public concerné

Les statistiques récentes sur la situation de l'obésité manquent en Nouvelle-Calédonie. La dernière étude relative au diabète en Nouvelle-Calédonie a en effet été réalisée entre 1992 et 1993 par l'Inserm et révélait qu'à l'époque, 26 % des calédoniens étaient touchés par l'obésité, et 32 % par des problèmes de surpoids.

Depuis, les chiffres ont très certainement augmenté étant donné le mode alimentaire de la population. Toutes populations confondues, les femmes sont plus touchées par les problèmes de poids que les hommes et l'obésité est également plus présente en milieu urbain qu'en Brousse. Chez les enfants, des données recueillies sur la Grande Terre par les médecins de santé scolaire ont révélé que 17,1 % des enfants sont obèses, 19,6 % en ville contre 11,4 % en milieu rural.

La prévention contre la surcharge passe par la promotion de l'alimentation saine. En Nouvelle-Calédonie, le prix relativement élevé des fruits et légumes constitue une barrière à la diversification alimentaire préconisée par l'agence dans ses campagnes de communication malgré une réglementation qui existe sur ces produits. En outre, la réglementation concernant l'étiquetage nutritionnel des produits serait, selon la responsable du programme, insuffisante. L'agence sanitaire a donc proposé une réforme des textes en vigueur avec la collaboration de la direction des affaires économiques.

Des moyens plus importants pourraient être également envisagés. Par exemple, en Polynésie française, où 25 % des enfants étaient concernés par le diabète en 1996, les autorités ont imposé une taxe sur les produits sucrés.

6.2.5.2 Les moyens affectés au programme

Ce programme a été mis en place fin 2008. Son objectif premier n'est pas de réduire le taux d'obésité en Nouvelle-Calédonie, mais de stabiliser la prévalence de l'obésité. Il est difficile d'évaluer les effets des actions de prévention dans ce domaine, dans la mesure où ces derniers se produisent à l'échelle de 10-15 ans plus tard.

Les dépenses pour la prévention du surpoids en Nouvelle-Calédonie se sont élevées, en 2008, à 16,1 MF. Les missions de ce programme se déclinent en trois axes :

- sensibiliser la population par des actions média,
- renforcer l'implication des acteurs de terrain,
- éduquer les enfants en milieu scolaire.

Ainsi, en 2008, les réalisations ont été les suivantes :

Sur l'axe 1 : création d'un logo « mange mieux-bouge plus », réalisation d'une étude omnibus à destination du grand public permettant d'évaluer les représentations de la population vis à vis du corps et la notion d'obésité et conception d'une campagne médiatique.

Sur l'axe 2 : sensibilisation des professionnels de santé sur la thématique de la surcharge pondérale, conception d'outils devant favoriser le travail de communication des acteurs de la prévention (affiches, dépliants et guides).

Sur l'axe 3 : réalisation d'actions de formation auprès d'étudiants de 2^{ème} année de l'IUFM, réalisation d'actions de formation continue pour les professeurs de sciences de la vie et de la terre, création de la mallette pédagogique pour les enseignants des classes primaires, formation d'un pool de formateurs « Croix-Rouge/Nestlé » pour les classes de 5^{ème} et de 4^{ème}.

Tableau N° 22. Dépenses 2008 du programme « surcharge pondérale » (en %)

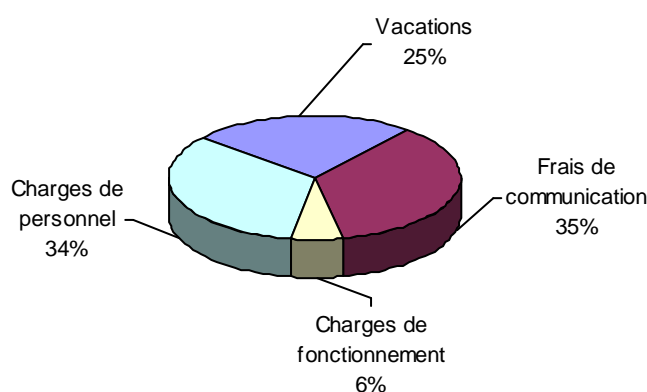


Tableau N° 23. Dépenses du programme « surcharge pondérale » 2008 (en F.CFP)

Programme prévention de la surcharge pondérale	dépenses 2008	rappel : dépenses 2007
Charges de personnel	5,4 MF	0
Fonctionnement courant	0,9 MF	0
Prestations de service et vacances	4 MF	0
Frais de communication	5,8 MF	0
TOTAL	16,1 MF	0

Les charges de personnel ont concerné uniquement la rémunération d'un chef de projet « pathologie de surcharge ».

Les charges de prestations de services ont concerné les vacances d'ingénieurs agro-alimentaires et la conception d'un jeu à destination des écoles primaires, tandis que les frais de communication ont permis la réalisation de campagnes médiatiques, ainsi que les nombreuses publications et supports d'information à destination des professionnels et enseignants.

Le programme de prévention de la surcharge pondérale a bénéficié d'un budget de 16 MF en 2008. Il représente seulement 3 % des dépenses de prévention de l'agence et arrive en 8^{ème} position en termes de poids financier au sein des programmes.

Or, le coût financier de l'obésité en Nouvelle-Calédonie est important, même s'il n'a pas été mesuré par les pouvoirs publics.

Selon un rapport de 2009 réalisé par l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques, le taux d'obèses en France en 2006 s'élèverait à 16,9 % selon l'enquête nationale nutrition-santé de 2006. Il pourrait atteindre 25 % en 2018. Le coût financier de l'obésité atteindrait alors 7 % des dépenses de santé en France.

En Nouvelle-Calédonie, en 1992-1993, 26 % de la population souffrait d'obésité, et 32 % se trouvait en surpoids. Autrement dit, le coût financier de l'obésité en Nouvelle-Calédonie pourrait aisément atteindre le même niveau de dépenses de santé qu'en métropole.

Il s'avérerait utile, selon la responsable du programme, de mettre en place des sondages et des enquêtes en milieu scolaire afin de connaître la situation des scolaires et les habitudes de vie des enfants. L'agence sanitaire manque de données sur ce sujet.

Recommandation n°16. : La chambre des comptes invite l'agence sanitaire à améliorer sa connaissance statistique de la population calédonienne en situation de surpoids en relançant une étude sur ce sujet ; la dernière réalisée datant de 1992.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *l'enquête de prévalence de la surcharge pondérale effectuée dans la continuité du baromètre santé en 2010 devrait répondre à cette recommandation. L'enquête de prévalence du surpoids est déjà réalisée régulièrement au sein du public de l'enseignement primaire (en grande section à l'école maternelle, en CE2 et en CM2). Chez l'adulte, l'enquête est prévue en tant qu'indicateur de risque des pathologies de surcharge et sera réalisée régulièrement, sans que la fréquence ne soit aujourd'hui définie* ».

La chambre prend acte que l'étude baromètre santé devrait permettre de répondre à cette préoccupation.

6.2.6 Programme de prévention du rhumatisme articulaire aigu

6.2.6.1 La pathologie et le public concerné

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) touche majoritairement les enfants et les adolescents, et représente une pathologie dont les conséquences sont particulièrement lourdes tant sur le plan médical, humain, social qu'économique. Conséquence d'une angine mal soignée, le rhumatisme articulaire aigu attaque les articulations, provoquant des douleurs articulaires, symptômes de la maladie.

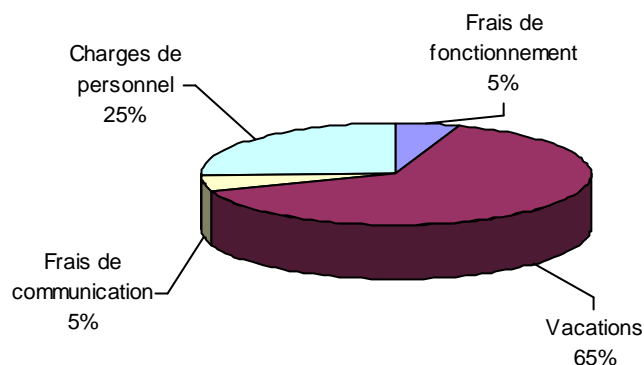
Si ces signes sont négligés et qu'aucun traitement n'est entrepris, la maladie s'attaque aux valves du cœur. Cette étape discrète de la maladie est la plus grave, car si les valves du cœur sont endommagées, les battements cardiaques ne sont plus efficaces et le sang n'est plus distribué convenablement dans l'organisme.

Le RAA touche plus particulièrement les enfants âgés de 5 à 15 ans. Un pic de la maladie est remarqué aux alentours de 10 ans. Aussi, à l'initiative de l'agence sanitaire et sociale, depuis 2007, chaque année, l'ensemble des enfants scolarisés en CM1 fait l'objet d'un dépistage. Ce dépistage est nécessaire puisque près de 12 % des jeunes vus en consultation présentent une pathologie rhumatismale cardiaque. Il est plus fréquent chez l'enfant mais, en Nouvelle-Calédonie, des poussées peuvent être observées très tardivement.

6.2.6.2 Les moyens affectés au programme

Les dépenses 2008 du programme de lutte contre le rhumatisme articulaire aigu se sont élevées à 21,2 MF, soit une hausse de 24 % par rapport à l'exercice 2007.

Tableau N° 24. Dépenses 2008 pour le programme « RAA » (en %)



L'animation de cette cellule consiste à établir des relations de partenariat avec les professionnels de santé (350 professionnels composent le réseau) et à assurer :

- le recensement des patients (1595 patients répertoriés),
- une veille sur la régularité de la prise des traitements et sur les résultats des échographies cardiaques,
- la recherche des patients en rupture de traitement (entretiens de motivation avec les personnes « perdues de vue » et formalités administratives),
- l'information des professionnels de santé (promotion d'un guide pratique et rencontres organisées) et de l'éducation,
- la sensibilisation du public (diffusion de dépliant).

Les autres actions réalisées en 2008 par la cellule RAA ont consisté à la poursuite des vacations de cardiologie pour le suivi des patients connus et des dépistages systématiques des valvulopathies en milieu scolaire. Le médecin qui se déplace auprès des classes effectue une échographie du cœur au cours de laquelle les valves sont examinées, mais également l'ensemble de l'organe, afin de détecter d'éventuelles malformations. Le dépistage a eu lieu en partenariat avec les directions provinciales de la santé et de l'enseignement, et a concerné les enfants des classes de CM1. Ainsi, sur les 4222 enfants dépistés, 466 présentaient des anomalies cardiaques et ont été invités à consulter gratuitement un cardiologue. Un diagnostic de cardiopathie rhumatismale chronique a finalement été prononcé pour 36 enfants.

6.2.6.3 Le recensement des patients

Bien que le RAA soit une maladie à déclaration obligatoire, il reste très largement sous déclaré en Nouvelle-Calédonie, ce qui rend difficile le suivi des patients.

Depuis le recensement de 1999, les données ont été mises à jour et complétées. Cependant, la persistance d'une sous déclaration importante des cas dans le secteur libéral

nécessite une enquête systématique auprès de chaque praticien pour obtenir des données fiables.

En pratique, le référent RAA de l'agence se rend au cabinet médical (essentiellement du secteur libéral) pour recueillir les données non déclarées. Le registre du RAA comprend :

- les cas spontanément déclarés par le médecin traitant,
- les cas recueillis lors des interventions du référent RAA de l'ASSNC au cabinet médical du médecin traitant,
- les cas signalés sur les listes d'injections envoyées mensuellement par les dispensaires provinciaux mais qui n'ont jamais auparavant fait l'objet d'une déclaration initiale,
- les cas découverts lors des dépistages scolaires.

Au 28 février 2009, 2 372 cas étaient enregistrés dans le fichier, dont 222 cas archivés (modification de diagnostic, arrêt de la prophylaxie) et 317 cas dits « de la zone d'ombre » (cas recensés lors de l'enquête de 1999 mais jamais retrouvés lors des enquêtes terrain). La file active du registre RAA comprend donc 1 833 cas sous antibioprofylaxie.

6.2.6.4 *L'évaluation menée par la DASS*

Le rapport 2009 de la direction des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie sur le programme RAA de l'agence recommande notamment les pistes d'amélioration suivantes :

- améliorer le registre du RAA, qui doit être actif afin de pouvoir recueillir des données épidémiologiques fiables et permettre de déterminer les actions à mettre en place ;
- développer la prévention primaire par une campagne d'information du public et de sensibilisation des professionnels sur une période de 3 ans ;
- assurer et développer une meilleure implantation de la cardiologie sur le territoire, et plus particulièrement en province Nord.

La DASS propose en outre la mise en place d'une série d'indicateurs pour évaluer l'efficacité et l'efficience du programme.

Recommandation n° 17. : La chambre des comptes observe qu'un certain nombre de recommandations ont été formulées par la DASS en 2009 afin d'améliorer le programme de prévention du RAA. Elle recommande donc l'adoption rapide d'indicateurs permettant l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de ce programme.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que les indicateurs de suivis de ce programme ont été mis en place à la suite, non seulement des recommandations de la DASS, mais aussi du travail en partenariat avec la WHF (World Heart Federation) et la CPS (Secrétariat de la Commission du Pacifique) .

6.2.7 Programme de prévention de la tuberculose

6.2.7.1 La pathologie et le public concerné

La tuberculose reste un problème de santé publique en Nouvelle-Calédonie, même si la situation s'améliore, puisque le nombre de personnes infectées diminue chaque année.

51 nouveaux cas de tuberculose ont tout de même été déclarés en 2008 (47 en 2007), dont 35 tuberculoses de forme pulmonaire (31 en 2007). Après la chute particulièrement importante de l'incidence en 2003 (16 pour 100 000 habitants), l'incidence de 2008 est égale à 20,9 pour 100 000. Même si celle-ci a tendance à baisser depuis les années 90, elle reste toujours à un niveau élevé par rapport aux pays industrialisés, et à un niveau inférieur à l'incidence mondiale.

L'étude détaillée des 671 cas de tuberculose déclarés depuis 10 ans (1989-2008) montre que 70 % des cas sont des formes pulmonaires et que toutes les communes sont touchées par cette maladie, cependant plus fréquente dans les communes de Belep, Ponérihouen, Houailou.

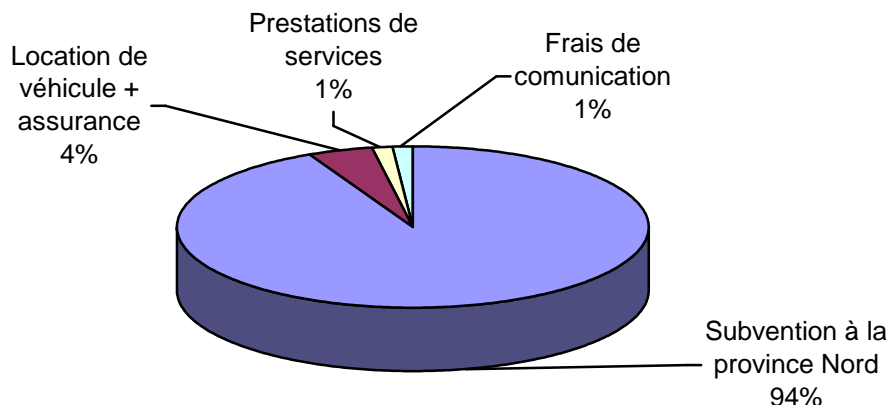
C'est la facilité d'accès aux soins, la sensibilisation des personnels soignants, le suivi des patients atteints par la tuberculose, l'amélioration des conditions de vie qui ont permis au taux calédonien de chuter régulièrement. Le taux de mortalité de la tuberculose reste cependant très important en Nouvelle-Calédonie (9 décès en 2008) et le nombre élevé de rechutes sont des motifs de préoccupation. Un suivi du traitement parfois difficile à mettre en place ainsi que le dépistage souvent trop tardif des cas de tuberculose semblent en être les causes principales.

6.2.7.2 Les moyens affectés au programme

Les dépenses du programme tuberculose se sont élevées à 7 MF en 2008 et correspondent essentiellement à une subvention à la province Nord de 6,5 MF pour financer un poste d'infirmier référent basé en province Nord.

Les dépenses complémentaires se répartissent en location de voiture (0,3 MF) et en vacations et frais de communication (0,2 MF).

Tableau N° 25. Répartition des dépenses 2008 du programme « tuberculose » (en %)



6.2.8 Programme de prévention du VIH/SIDA et des infections sexuellement transmissibles (IST)

6.2.8.1 La pathologie et le public concerné

Depuis 1994, la Nouvelle-Calédonie a inscrit la lutte contre le sida parmi les priorités de santé publique.

Une personne est considérée comme séropositive lorsqu'elle est infectée par le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Le sida est la phase grave et tardive de l'infection, qui rend le système immunitaire incapable de lutter contre des infections normalement faciles à guérir. Aujourd'hui, grâce à la trithérapie, les malades peuvent éviter cette phase.

En Nouvelle-Calédonie, 2/3 des séropositifs sont des hommes et le ratio est en train d'évoluer. Sur les douze nouveaux cas de 2008, dix touchent des hommes et deux des femmes. Les quadragénaires restent les plus touchés par le virus.

De 1986 à 2009, 331 personnes ont été dépistées positives en Nouvelle-Calédonie. 71 d'entre elles ont été emportées par la maladie, 120 autres ont quitté le territoire et 140 vivent au quotidien avec le sida. Mais ce chiffre est certainement en dessous de la réalité, car nombre de personnes ne se sont jamais fait dépister.

6.2.8.2 Les moyens affectés au programme

Les dépenses de l'agence pour le programme VIH/SIDA se sont élevées à 44,9 MF en 2008, soit une augmentation de 31 % par rapport à l'exercice précédent. Cette forte progression est due à la mise en place du plan multisectoriel 2008-2013 de prévention.

Ce plan s'articule autour de 7 axes stratégiques :

- communication autour du VIH/SIDA et des IST pour grand public,

- éducation à la santé sexuelle envers des groupes cibles,
- promotion du dépistage VIH,
- prévention et actions vis-à-vis des IST,
- facilitation de l'accès au préservatif,
- amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec le VIH,
- formation des professionnels de santé et de la population civile sur les divers thèmes liés au VIH/SIDA/IST.

Tableau N° 26. Répartition des dépenses 2008 du programme « VIH/SIDA » (en %)

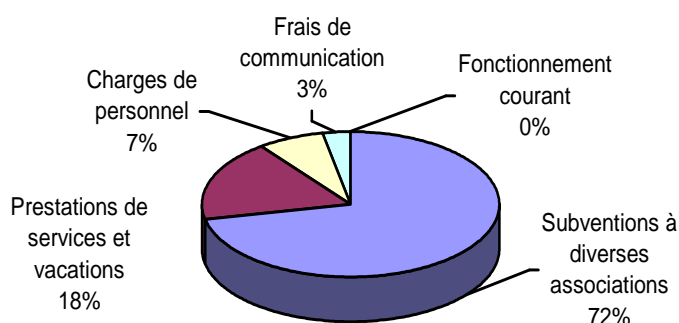


Tableau N° 27. Dépenses du programme « VIH/SIDA » en 2008 (en F.CFP)

Programme VIH/SIDA	dépenses 2008	rappel : dépenses 2007
Charges de personnel	3,3 MF	0
Fonctionnement courant	0,01 MF	0
Prestations de service et vacations	7,9 MF	12,1 MF
Frais de communication	1,3 MF	0,07 MF
Subvention à l'association prévention Santé	31,8 MF	22 MF
TOTAL	44,9 MF	34,2 MF

Les charges de personnel concernent uniquement la rémunération du coordonnateur du programme multisectoriel VIH/SIDA.

Les prestations de services concernent l'organisation du séminaire VIH 2008 et les vacations des personnes chargées de la consultation qualité de vie.

Les actions de communication sont des campagnes d'information grand public, ainsi que les dépliants de la consultation qualité de vie.

Le dépistage volontaire et librement consenti de l'infection par V.I.H est un élément essentiel de la politique de prévention. L'acte de dépistage vise à sensibiliser une personne aux conduites à tenir pour ne pas s'exposer à des contaminations ou ne pas exposer autrui si elle est contaminée. En outre, il permet à une personne dépistée séropositive de bénéficier d'une prise en charge globale médicale et psychosociale la plus précoce possible.

Dans cet objectif, le Congrès a adopté, par délibération n° 211/CP du 30 octobre 1992, des dispositions permettant la mise en place d'un dispositif de consultation pour le dépistage anonyme et gratuit de l'infection par le V.I.H. Ce dépistage est effectué par 75 médecins ou sages femmes du public ou du privé agréés, répartis sur le territoire.

A titre indicatif, 1500 consultations de dépistage sont réalisées annuellement au centre médical polyvalent de la province Sud, à Nouméa.

Cependant, si la liste des personnels de santé (médecins, infirmières) agréés pour le dépistage est présente sur le site de l'agence sanitaire et sociale, il semble que la population calédonienne n'en a pas suffisamment connaissance. Il conviendrait de développer une communication autour de ces moyens mis à la disposition de tous.

Outre l'organisation du dépistage, le subventionnement aux associations est l'autre principale action du programme VIH/Sida. Depuis la création d'un poste de coordinateur en juin 2008, une véritable procédure de demande de subvention a été mise en place. En outre, des réunions mensuelles avec les différents acteurs permettent de faire le point sur l'avancement du programme.

Les associations subventionnées dans le cadre du programme VIH/SIDA en 2008 ont été les suivantes : l'association solidarité Sida pour 15,5 MF, le comité de lutte contre le Sida pour 12,2 MF, l'association Homosphère pour 3,2 MF et l'association objectif prévention pour 0,7 MF. Une part des subventions est également allouée à des projets connexes au VIH/SIDA/IST, tels que les projets de lutte contre l'homophobie et les discriminations soumis par les associations Homosphère et Solidarité Sida.

Une consultation appelée qualité de vie destinée aux personnes vivant avec le VIH a été mise en place et permet de rencontrer, en dehors du lieu de consultation habituel, des professionnels de santé ou du social pour aider à améliorer le confort de vie, à mieux gérer le traitement, offrir un espace convivial pour aborder tous les sujets. La Consultation Qualité de Vie est gratuite, prescrite par le médecin référent et se déroule dans les locaux du Centre d'Education Diabétique et Diététique (CEDD).

6.2.8.3 *Les moyens affectés aux infections sexuellement transmissibles (IST)*

Selon une étude de 2005 à l'initiative de la CPS (communauté du pacifique sud), un calédonien sur 4 serait touché par une IST, ce qui correspond à une prévalence nettement plus importante que celle relative au VIH. L'étude de 2005 s'avère cependant partielle et menée sur un échantillon très limité. Selon la coordinatrice du programme, il conviendrait de mener rapidement en Nouvelle-Calédonie une étude relative à la prévalence des IST, qui permettrait par la suite la mise en place d'un programme d'actions ciblé par l'agence sanitaire et sociale.

Or, il n'existe, pour l'heure, aucune action ni aucun programme réellement mis en place en collaboration avec l'agence sanitaire pour mieux lutter contre ces pathologies.

Recommandation n° 18. : Compte tenu de la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST), telle qu'elle ressort d'une étude de la CPS, la chambre des comptes invite l'agence sanitaire et sociale à mener une nouvelle étude dans ce domaine afin de réfléchir à la mise en place d'un plan d'action de lutte contre les IST en Nouvelle-Calédonie.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que l'agence sanitaire et sociale a engagé différentes études qualitatives en ce sens, en milieu particuliers (squats et jeunes étudiants) en partenariat avec le comité de lutte contre le sida et un prestataire externe sur le modèle du "diagnostic rapide de situation". Une étude

spécifique sur la représentation des IST chez le jeune adulte est en cours avec l'INSERM. La réalisation d'une étude de prévalence est programmée pour 2011.

6.3 Le baromètre santé

L'agence a lancé, début 2009, la mise en place d'un baromètre santé au niveau de la Nouvelle-Calédonie. C'est une enquête périodique, par sondages sur une population âgée de 18 à 67 ans permettant de décrire des comportements de santé et modes de vie des Calédoniens selon une approche globale de la santé (conduites alimentaires, activité physique, consommation de soins, usages de produits psychoactifs licites et illicites, attitudes par rapport à des pratiques sexuelles à risque...).

L'agence a engagé fin 2008 une prestataire de service (sociologue) pour instaurer ce nouvel outil. Si le cahier des charges et la préparation des questionnaires ont été élaborés, la collecte des données (prévue en 2010) n'avait pas encore démarré lors de la clôture de l'instruction.

Le baromètre santé permettra de disposer de données sur les comportements de santé. Le choix des thèmes de santé abordés dans le questionnaire a été effectué sur la base des programmes de prévention développés par l'agence sanitaire et sociale. L'enquête doit ainsi permettre d'identifier les principales conduites à risque, d'en évaluer l'importance et d'analyser la manière dont ces conduites diffèrent ou non selon l'âge, le sexe, la communauté ou encore le lieu de résidence. In fine, le baromètre santé permet d'identifier les groupes les plus exposés.

Les coordinateurs des programmes de prévention sont dans l'attente des résultats de cette enquête, qui leur permettront de disposer de connaissances sur les comportements de santé de la population et d'affiner les actions des programmes et leurs propres stratégies de communication. Lors du contrôle, la date de publication des résultats de ce baromètre n'était pas connue.

Il est cependant globalement difficile d'établir un calendrier même prévisionnel dans la mesure où il s'agit du premier exercice du Baromètre en Nouvelle-Calédonie.

L'enquête, pour être reproductible, doit être réalisée dans des conditions matérielles et financières raisonnables. Bien que le dispositif métropolitain existe depuis plusieurs années, il est apparu impossible de le copier au contexte calédonien. Son adaptation a nécessité une réflexion sur le mode de collecte des données, la base de sondage et les prestataires terrain.

S'agissant du premier exercice, l'agence n'a pas de visibilité quant à la durée de la phase de collecte des données (accueil de l'enquête par la population notamment). L'analyse des données et donc la durée de celle-ci est conditionnée à la qualité des informations recueillies sur le terrain. Cet exercice doit être l'occasion d'établir une note méthodologique de recommandations pour la reproductibilité du dispositif.

ANNEXE 1 : LISTE DES RECOMMANDATIONS

Recommandation n°1. : Dans le domaine de la politique de prévention en Nouvelle-Calédonie, la chambre territoriale des comptes encourage l'agence sanitaire et sociale à renforcer son rôle de coordination en développant avec ses différents partenaires, notamment associatifs, des contrats de financement pluriannuels, qui permettraient d'améliorer la continuité et l'efficacité des projets.....8

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *A la suite d'une première année test qui permet de valider les objectifs généraux et les indicateurs d'évaluation, lorsque cela est possible, la plupart des conventions passées avec les associations partenaires deviennent pluriannuelles. La pluriannualité qui s'inscrit autant que possible dans le cadre de programmes de santé publique validés par l'ensemble des acteurs (programme diabète, programme addiction,...) s'appuie sur un suivi conjoint et une évaluation partenariale et permet effectivement une inscription des projets dans la durée* ».

Recommandation n°2. : Afin d'améliorer la politique de la santé du territoire, la chambre des comptes invite l'agence à une réflexion en amont sur l'adéquation de ses moyens financiers et humains dédiés à la prévention au regard des coûts réels de santé publique. Des études doivent donc être réalisées en continu pour constituer un maillon essentiel de la politique de prévention et pour permettre de définir une stratégie de répartition des fonds par pathologie.....10

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que "*L'étude des coûts par pathologies est complexe, parfois se heurtant à des impossibilités et qu'elle est relativement documentée en Nouvelle-Calédonie sur le plan strictement sanitaire (chiffres du PMSI hospitalier, données de la DASS-NC et des caisses de protection sociale,...)*". Mais ces études de coûts fragmentées ne donnent pas lieu à un document de synthèse présentant un chiffre global pour chaque pathologie, au-delà des études ponctuelles intégrées dans les cahiers des charges lors des demandes d'évaluations externes des programmes. Un tel document éclairerait utilement les choix de santé en rendant possible le rapprochement des coûts de la santé, des enveloppes budgétaires consacrées à la prévention.

Recommandation n°3. : La chambre invite l'agence sanitaire et sociale à décliner, dans certains de ses programmes de prévention, le volet social prévu dans ses statuts afin de permettre la mise en œuvre d'initiatives de réinsertion en lien avec les actions de prévention.....11

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *cette dimension a été prise en compte, notamment sur le volet « addiction » dans lequel l'agence sanitaire et sociale, jusqu'à présent partenaire d'un projet pilote de réinsertion en province Nord, va devenir le coordonnateur de son extension territoriale et son financeur principal dès la fin de l'année 2010. le projet prendra son plein essor à partir de 2011. Au budget primitif 2010, un volet très important de financement du handicap a été ajouté aux missions de l'agence sanitaire et sociale. Outre cet aspect financier (plus d'un milliard cinq cent millions) l'agence sanitaire et sociale s'inscrit, aux côtés des autres acteurs intervenant dans le champ du handicap, dans une démarche d'accompagnement et de soutien aux différentes initiatives, notamment associatives (exemples : subventions aux associations ou financement d'études).*

La chambre prend acte du développement du volet social du programme addiction et de l'accompagnement du handicap désormais ajouté aux missions de l'agence.

Recommandation n°4. : La chambre des comptes invite l'agence sanitaire et sociale à réfléchir si, par exemple, une meilleure représentativité du secteur de la santé au sein de son conseil d'administration ne serait pas utile pour un meilleur accomplissement de ses missions.....12

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *parmi les membres du conseil d'administration de l'agence sanitaire et sociale, les provinces et la Nouvelle-Calédonie sont porteuses, respectivement, des attentes de leurs directions provinciales sanitaires (DPASS) et de la direction sanitaire (DASS-NC). Il n'en demeure pas moins que le secteur libéral n'est pas représenté en tant que tel* ».

Recommandation n°5. : La chambre territoriale des comptes recommande la mise en place d'un règlement intérieur au sein de l'établissement déterminant les modalités de fonctionnement du conseil d'administration.....12

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires qu'un règlement intérieur est en cours d'élaboration en relation avec les services de tutelle de l'établissement. La chambre en prend acte.

Recommandation n°6. : La chambre recommande que la convention financière signée entre l'agence sanitaire et sociale et la CAFAT soit complétée de données prospectives tenant à l'évolution du régime d'assurance maladie afin de permettre au conseil d'administration de l'agence de bénéficier d'une information plus complète avant la fixation du montant des sommes destinées à assurer l'équilibre du régime.....17

L'ordonnateur a confirmé en ces termes l'importance de la communication d'information complète aux administrateurs de l'ASSNC s'agissant des budgets prévisionnels de la CAFAT :« *Les données prospectives sont effectivement indispensables aux administrateurs pour leurs prises de décisions budgétaires. Elles sont réalisées par la CAFAT au travers des budgets prévisionnels annuels des différents régimes de la CAFAT. Pour que les administrateurs puissent bénéficier d'une information plus complète, il est nécessaire que la CAFAT communique à l'avance la répartition en interne des sommes versées au titre de la compensation des réductions des cotisations salariales sur les bas salaires, de la cotisation réduite des travailleurs indépendants et de la réduction des cotisations pour les secteurs dits aidés.* »

Recommandation n° 7. : La chambre des comptes recommande d'améliorer la prévision des dépenses de l'agence sanitaire et sociale, notamment par le biais d'un échange d'information plus précis et plus régulier entre le gouvernement et l'agence sur l'état d'avancement des travaux hospitaliers, en particulier dans le cadre du financement du futur médipôle de Koutio.....20

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *Pour faire suite à cette recommandation, l'agence sanitaire et sociale a organisé avec la direction du budget et des affaires financières (DBAF), tutelle de l'agence sanitaire et sociale, un échange trimestriel sous forme de tableaux reprenant les prévisions de travaux hospitaliers, les réalisations et les réajustements de prévisions en cours d'année* ».

La chambre prend acte de la mise en place d'un suivi commun avec la direction du budget et des affaires financières (DBAF).

Recommandation n° 8. : La chambre des comptes demande à ce que les entretiens annuels d'échanges et d'évaluation au sein de l'agence sanitaire et sociale soient désormais conduits.....23

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que les entretiens ont été réalisés pour les agents fonctionnaires, et devraient être réalisés pour les contractuels dès leur fin de première année en CDI. La chambre prend acte de l'engagement de réaliser les entretiens avec l'ensemble du personnel.

Recommandation n° 9. : La chambre des comptes recommande à l'agence sanitaire de suivre de près les initiatives de ses partenaires, notamment la CAFAT et les provinces, pour assurer l'indispensable coordination entre des dispositifs de prévention parallèles, comme ceux mis en place pour le diabète par exemple.....28

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *La coordination des dispositifs de prévention est assurée au travers des comités de pilotage organisés par les chefs de projets ou responsables de programmes de l'agence sanitaire et sociale. C'est au sein de ces comités, qui incluent notamment les provinces et la CAFAT, que sont prises les principales décisions stratégiques d'un programme. Il arrive toutefois que certains partenaires décident, dans le cadre de leur propre politique interne, de modifier ou d'ajouter des actions propres (prise en charge CAFAT de consultations diététiques, détachées de l'action d'éducation thérapeutique effectuée au centre d'éducation diabétique et diététique)* ».

La chambre prend acte de la coordination pour les projets communs, et estime que l'agence doit demander à ses partenaires qui le décident, dans le cadre de leur propre politique interne, de tenir informé l'agence de la modification ou de l'ajout de leur actions propres.

Recommandation n° 10. : La prévention ne représente que 2 % des dépenses de santé en Nouvelle-Calédonie. La chambre territoriale des comptes observe que ce financement n'est pas à la hauteur des besoins constatés de l'agence sanitaire et sociale.....29

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que le budget actuel de la prévention avoisine les 600 millions FCFP par an, et qu'il a vocation à dépasser le milliard d'ici à 2012, comme évoqué à plusieurs reprises en conseil d'administration.

La chambre prend acte de la volonté d'augmenter les dépenses de prévention, qui vont presque doubler d'ici 2012.

Recommandation n° 11. : La chambre des comptes recommande de compléter les études ponctuelles sur les comportements addictifs par une étude générale des habitudes des Calédoniens dans ce domaine afin d'améliorer encore la politique de prévention. Dans le cadre de cette étude, une estimation des coûts en matière de dépenses de santé liés aux comportements dits addictifs serait également utile afin de mieux orienter les moyens dédiés à la prévention.....32

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *La réalisation du premier baromètre santé calédonien, initiative de l'agence sanitaire et sociale, va permettre de mieux connaître les comportements des adultes et notamment ceux en rapport avec les addictions. Dans le même sens, la réalisation en 2010 d'une enquête de dimension internationale en collaboration avec l'OMS (Organisation Mondiale pour la Santé) et le CDC (Center for Diseases Control) va permettre d'étendre cette connaissance aux plus jeunes (13-16 ans)* ».

Recommandation n° 12. : Si l'intégration du centre de soins au sein du programme de prévention de l'addictologie est considérée comme pertinente par les professionnels de santé, elle n'est pas, pour l'heure, conforme aux statuts de l'agence sanitaire, qui n'a pas vocation à mener des actions de soins. La chambre territoriale des comptes invite l'agence à réviser ses statuts en y intégrant cette mission particulière, propre au secteur de l'addictologie.....35

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *A la suite du séminaire "addictologie" du mois de mai 2010, la piste d'une nouvelle organisation du dispositif addictologique a été suggérée avec la création d'un groupement d'intérêt public (GIP) dédié au dispositif de lutte contre les addictions. L'agence sanitaire et sociale en ferait partie avec d'autres partenaires sanitaires, institutionnels, coutumiers, associatifs* ».

Recommandation n° 13. : Afin d'améliorer le programme de prévention bucco-dentaire, une analyse plus précise des besoins paraît nécessaire. La chambre des comptes incite l'agence à conduire cette étude, afin de renforcer éventuellement les moyens dédiés à ce programme.....38
La chambre prend acte de la réalisation prochaine d'une étude en la matière menée en collaboration avec un laboratoire universitaire métropolitain.

Recommandation n° 14. : La chambre territoriale des comptes recommande à l'agence sanitaire et sociale d'organiser le dépistage d'autres cancers en liaison avec ses partenaires.....41
L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *l'agence sanitaire et sociale a été plébiscitée en avril 2010 pour prendre en charge l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, dont le principe existe en Nouvelle-Calédonie depuis 1994, sans qu'une organisation véritable n'ait été mise en place. L'organisation de ce dépistage est actuellement effective pour les provinces Nord et Iles (aide médicale) et devrait s'étendre à la province Sud et aux ressortissantes de la CAFAT en 2011* ». La chambre prend acte de l'extension du dépistage à d'autres cancers et à l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie.

Recommandation n° 15. : En raisons des complications liées au diabète et du poids économique que cette pathologie représente en termes de soins, la chambre territoriale des comptes recommande à l'agence sanitaire et sociale de s'efforcer d'assurer une couverture de l'ensemble du territoire en matière de dépistage de cette maladie afin d'améliorer encore le dispositif global de prévention.....44
L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *l'agence sanitaire et sociale, au travers du centre d'éducation diabétique et diététique, travaille déjà avec les trois provinces et développe des vacations de diététiciennes sur l'ensemble du territoire* ». La chambre prend acte de la réalisation du nouveau plan diabète fin 2010 qui devrait permettre de répondre à cette préoccupation.

Recommandation n°16. : La chambre des comptes invite l'agence sanitaire à améliorer sa connaissance statistique de la population calédonienne en situation de surpoids en relançant une étude sur ce sujet ; la dernière réalisée datant de 1992.....47
L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que « *l'enquête de prévalence de la surcharge pondérale effectuée dans la continuité du baromètre santé en 2010 devrait répondre à cette recommandation. L'enquête de prévalence du surpoids est déjà réalisée régulièrement au sein du public de l'enseignement primaire (en grande section à l'école maternelle, en CE2 et en CM2). Chez l'adulte, l'enquête est prévue en tant qu'indicateur de risque des pathologies de surcharge et sera réalisée régulièrement, sans que la fréquence ne soit aujourd'hui définie* ». La chambre prend acte que l'étude baromètre santé devrait permettre de répondre à cette préoccupation.

Recommandation n° 17. : La chambre des comptes observe qu'un certain nombre de recommandations ont été formulées par la DASS en 2009 afin d'améliorer le programme de prévention du RAA. Elle recommande donc l'adoption rapide d'indicateurs permettant l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience de ce programme.....49
L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que les indicateurs de suivis de ce programme ont été mis en place à la suite, non seulement des recommandations de la DASS, mais aussi du travail en partenariat avec la WHF (World Heart Federation) et la CPS (Secrétariat de la Commission du Pacifique) .

Recommandation n° 18. : Compte tenu de la prévalence des infections sexuellement transmissibles (IST), telle qu'elle ressort d'une étude de la CPS, la chambre des comptes invite l'agence sanitaire et sociale à mener une nouvelle étude dans ce domaine afin de réfléchir à la mise en place d'un plan d'action de lutte contre les IST en Nouvelle-Calédonie.....53

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires que l'agence sanitaire et sociale a engagé différentes études qualitatives en ce sens, en milieux particuliers (squats et jeunes étudiants) en partenariat avec le comité de lutte contre le sida et un prestataire externe sur le modèle du "diagnostic rapide de situation". Une étude spécifique sur la représentation des IST chez le jeune adulte est en cours avec l'INSERM. La réalisation d'une étude de prévalence est programmée pour 2011.

ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

- Philippe DUNOYER, membre du gouvernement chargé du secteur de la santé, et président du conseil d'administration de l'agence sanitaire et sociale
- Docteur Bernard ROUCHON, directeur de l'agence sanitaire et sociale
- Jean-Alain COURSE, directeur de l'agence par intérim du 6 mai 2004 au 14 juin 2006
- Christian VIALIS, responsable administratif et financier de l'agence sanitaire
- Nathalie DOUSSY – APPOLLODORUS, directrice de la branche Santé de la CAFAT, siégeant au conseil d'administration de l'agence sanitaire
- Olivier RAZAVET, chargé d'études auprès du gouvernement de Nouvelle-Calédonie pour l'ingénierie financière et juridique relative au financement du médipôle de Koutio
- Franck LICHA, représentant du Payeur de Nouvelle-Calédonie pour l'agence sanitaire
- Sophie GARCIA-DUPUIS, chef du service des collectivités locales et des établissements publics à direction du budget et des affaires financières de Nouvelle-Calédonie
- Docteur DES MOUTIS, représentant de l'Ordre des médecins, siégeant au conseil d'administration de l'agence sanitaire
- Docteur Jean-Paul GRANGEON, chef du service des actions sanitaires à la DASS-NC, responsable de l'évaluation des programmes de prévention de l'agence sanitaire
- L'ensemble des responsables des 8 programmes de prévention de l'agence sanitaire, ainsi que la chef du projet du baromètre santé.