

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

Historique :

| | | |
|--------------|--|--|
| Créé par | Délibération n°171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 6 mars 2001 Page 1160 |
| Modifiée par | Délibération n°305 du 27 août 2002 modifiant l'annexe I à la délibération n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire | JONC du 10 septembre 2002 Page 5211 |
| Modifiée par | Délibération n° 152/CP du 16 avril 2004 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social | JONC du 4 mai 2004 Page 2559 |
| Modifiée par | Délibération n° 116 du 24 août 2005 portant modification de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire | JONC du 6 septembre 2005 Page 5426 |
| Modifiée par | Délibération n° 419 du 26 novembre 2008 portant modification de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 4 décembre 2008 Page 8006 |
| Modifiée par | Délibération n° 71/CP du 12 février 2009 portant modification des délibérations modifiées n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie et n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 24 février 2009 Page 1176 |
| Modifiée par | Délibération n° 44/CP du 20 avril 2011 portant modification des délibérations modifiées n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie et n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 3 mai 2011 Page 3419 |
| Complétée | Annexe III à la délibération n° 44/CP du 20 avril 2011 portant modification des délibérations modifiées n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie et n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 21 février 2012 Page 1292 |
| Modifiée par | Délibération n° 185 du 9 janvier 2012 relative à l'interruption volontaire de grossesse et au diagnostic prénatal | JONC du 9 janvier 2012 Page 111 |
| Modifiée par | Délibération n° 201 du 6 août 2012 modifiant les délibérations n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et au schéma d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie et n° 425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements publics territoriaux d'hospitalisation | JONC du 21 août 2012 Page 6084 |
| Modifiée par | Délibération n° 264 du 24 janvier 2013 modifiant la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 6 février 2013 Page 1336 |
| Modifiée par | Délibération n° 300 du 28 août 2013 modifiant la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 6 septembre 2013 Page 7082 |
| Modifiée par | Délibération n° 346 du 20 janvier 2014 modifiant la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie | JONC du 4 février 2014 Page 1063 |

| | | |
|--------------|--|--|
| Modifiée par | <i>Délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social</i> | <i>JONC du 26 novembre 2015 Page 11113</i> |
| Modifiée par | <i>Délibération n° 46/CP du 4 mai 2016 portant modification de la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie et de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie</i> | <i>JONC du 26 mai 2016 Page 4147</i> |

Texte d'application :

| | | |
|----------|---|--|
| Crée par | <i>Arrêté modifié n° 2001-2333/GNC du 30 août 2001 portant application de la délibération n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et au schéma d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie</i> | <i>JONC du 11 septembre 2001 Page 4398</i> |
| | <i>Arrêté n° 2011-981/GNC du 10 mai 2011 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures sanitaires pour être autorisées à pratiquer les activités d'épuration extra-rénales</i> | <i>JONC du 19 mai 2011 Page 3835</i> |
| | <i>Arrêté n° 2013-889/GNC du 9 avril 2013 fixant les conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation</i> | <i>JONC du 18 avril 2013 Page 3432</i> |

TITRE I - La carte sanitaire de la Nouvelle-Calédonie

Article 1^{er}

Modifié par la délibération n° 116 du 24 août 2005 – Art. 1^{er}

La carte sanitaire détermine pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie un indice de besoins en lits et places d'hospitalisation pour les disciplines suivantes : médecine, chirurgie, réanimation – soins intensifs - surveillance post-interventionnelle, obstétrique, soins de suite et de réadaptation. Elle indique les équipements sanitaires, tels que définis à l'article 2 de la délibération n° 429 du 3 novembre 1993, qui pourraient être autorisés dans un délai de cinq ans.

A l'issue, l'indice de besoins et les équipements sanitaires qui pourraient être autorisés restent applicables tant qu'ils n'auront pas fait l'objet d'une modification.

Article 2

Modifié par la délibération n° 201 du 6 août 2012 – Art. 1^{er}
Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art.9

a) Les indices de besoins en lits et places de court séjour applicables à la Nouvelle-Calédonie sont fixés comme suit :

| Disciplines | Médecine | Chirurgie | Réanimation S.I – P.O | Obstétrique |
|---|----------|-----------|------------------------------|-------------|
| <i>Indice de besoins pour 1000 habitants</i> | ① | ② | ③ | ④ |
| <i>a) hospitalisation complète</i> | 1,6 | 1,05 | <i>0,18 dont 0,06 de Réa</i> | 0,57 |
| <i>b) alternative à l'hospitalisation hors hospitalisation à domicile</i> | 0,20 | 0,20 | - | 0,02 |

b) Les indices de besoins en lits et places de soins de suite et de réadaptation applicables à la Nouvelle-Calédonie sont fixés comme suit :

| Disciplines | Types d'hospitalisation | Indice de besoins pour 1000 habitants |
|---|---------------------------------|--|
| Réadaptation fonctionnelle polyvalente et spécialisée | Hospitalisation complète | 0,34 |
| | Alternative à l'hospitalisation | 0,06 |
| Soins de suite | Hospitalisation complète | 0,60 |

Les autorisations sont délivrées prioritairement :

- aux reconversions de lits de médecine et/ou de chirurgie pour une partie du programme capacitaire concerné par la demande ;
- aux déconcentrations géographiques ;
- concernant l'organisation d'unités d'hospitalisation de réadaptation fonctionnelle polyvalentes et spécialisées regroupant au moins 14 lits.

Le nombre de lits ou places autorisables est arrêté par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie au regard des évaluations de l'activité des structures en fonctionnement.

Les conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation sont fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Dans les trois mois à compter de la publication de cet arrêté, les structures de santé qui disposent d'une autorisation, exercent ou souhaitent exercer les activités de moyen séjour, demandent l'autorisation d'exercer l'activité de soins de suite et de réadaptation.

Les demandeurs peuvent poursuivre l'activité pour laquelle ils sont autorisés jusqu'à ce qu'il soit statué sur leur demande, dans les conditions prévues à l'article 2 de la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.

Sous réserve que soient remplies les conditions prévues aux articles 24 et 25 de la délibération n° 429 du 3 novembre 1993, cette autorisation leur sera accordée à condition qu'ils se mettent en conformité, dans un délai d'un an à compter de la date de notification de l'autorisation, avec les conditions techniques de fonctionnement fixées par l'arrêté susvisé.

Article 3

Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art.9

Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation comprennent :

- a) Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit,
- b) Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires,
- c) Les structures dites d'hospitalisation à domicile,
- d) Les services de soins infirmiers à domicile.

La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation est exprimée en places. La place est l'unité de capacité qui permet une activité annuelle maximale correspondant à :

- 365 séances pour l'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit,
- 365 patients pour l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires,
- 365 journées pour l'hospitalisation à domicile,
- 365 journées pour les services de soins infirmiers à domicile.

La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation est prise en compte par la carte sanitaire en fonction des indices spécifiques fixés ci-dessus.

- a) Les places des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire relèvent de la carte sanitaire des installations de chirurgie.
- b) Les places des structures d'hospitalisation à temps partiel relèvent des cartes respectives des installations de médecine, d'obstétrique ou de réadaptation fonctionnelle.

Par dérogation, les places des structures d'hospitalisation à domicile et des services de soins infirmiers à domicile ne sont pas comptabilisées dans la carte sanitaire.

Pour les structures existantes, et lorsque celles-ci réalisent un taux d'occupation inférieur à 80% pour la discipline considérée, la création ou l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation n'est autorisée que par redéploiement sur la base d'une place pour un lit d'hospitalisation à temps complet.

Article 3-1

Ajouté par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art.9

Les services de soins infirmiers à domicile assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers au domicile du patient ou dans les structures non médicalisées dans lesquelles il est hébergé.

Un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie fixe, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article, notamment les conditions techniques d'organisation et de fonctionnement auxquelles peuvent être assujettis les services de soins infirmiers à domicile.

Article 4

Modifié par la délibération n° 419 du 26 novembre 2008 – Art.1^{er}

Modifié par la délibération n° 264 du 24 janvier 2013 – Art.1^{er}

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art. 1^{er}

Modifié par la délibération n° 46/CP du 4 mai 2016 – Art. 2

Parmi les équipements matériels lourds tels que définis à l'article 2-II de la délibération n° 429, pourront être autorisés :

| Nature des équipements matériels lourds | Maximum pour la Nouvelle-Calédonie |
|---|---|
| * Caisson hyperbare | 1 |
| * Appareil destiné à la séparation in vivo des éléments figurés du sang | 1 |
| * Radiothérapie : appareil accélérateur de particules et appareil contenant des sources scellés de radio éléments d'activité minimale supérieur à 500 curies et émettant un rayonnement d'énergie supérieur à 500 KV | 1 |
| * Médecine nucléaire : appareils de diagnostic suivants, utilisant l'émission de radio éléments artificiels : - caméra à scintillation - tomographie à émissions - caméra à positron | 1 |

Délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 – Mise à jour le 3/06/2016

| | |
|---|--|
| * Scanographe à utilisation médicale | Conformément aux dispositions de l'article 6 ci-dessous |
| * Appareil d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique | 1 appareil pour 100 000 habitants |
| * Appareil de destruction transpariétale des calculs. | 1 |
| * Appareils d'hémodialyse | Autorisation en fonction des besoins fixés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie |

L'implantation des équipements permettant la radiothérapie, la médecine nucléaire, ne pourra intervenir qu'après étude précisant les besoins, les conditions optimales et financières de fonctionnement et l'impact sur les dépenses des organismes de protection sociale.

Article 5

Les autorisations délivrées en application de l'article 2 de la délibération n° 429 du 3 novembre 1993 valent autorisation de fonctionner et de dispenser des soins.

L'autorisation instaurée par l'article 2 de la délibération n° 429 précitée est donnée pour une durée déterminée.

La durée de validité de l'autorisation est fixée pour chaque catégorie de disciplines, d'activités de soins, de structures de soins alternatives à l'hospitalisation, d'installations ou équipements, en fonction, notamment, des techniques mises en œuvre, de la durée d'amortissement des investissements mobiliers nécessaires et de l'évolution prévisible des besoins, par arrêté du gouvernement.

Cette durée de validité ne peut être inférieure à cinq ans, sauf pour les activités de soins nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique.

Les demandes de renouvellement d'autorisation doivent être présentées un an avant la date d'expiration de l'autorisation en cours.

Le refus d'autorisation ou de renouvellement d'autorisation est prononcé si une des conditions de l'article 27 de la délibération 429 du 3 novembre 1993 n'est pas respectée.

Article 6

Modifié par la délibération n° 419 du 26 novembre 2008 – Art. 2

Un scanographe à usage médical peut être autorisé à fonctionner au sein de tout plateau technique cumulant les caractéristiques suivantes :

- activités de chirurgie et de médecine,
- accès d'une population d'au moins 40 000 habitants domiciliés à moins de deux heures de route, pour lesquels ce plateau constitue l'offre la plus proche,

sous réserve que cet équipement y soit adossé.

Un scanographe supplémentaire peut être autorisé à fonctionner en cas d'activité d'accueil des urgences par tranche de 30 000 passages annuels hors passages justifiés par un soin externe.

Pour satisfaire aux besoins de proximité, et dans la limite d'un seul scanner pour la Nouvelle-Calédonie, une autorisation peut être accordée à titre dérogatoire sur un site cumulant les caractéristiques suivantes :

- accès d'une population d'au moins 30 000 habitants domiciliés à moins de deux heures, pour lesquels ce site constitue l'offre de scanographie la plus proche,
- installation de l'équipement à proximité d'une structure de soins assurant une permanence médicale 24 heures sur 24,
- présence d'un radiologue aux heures ouvrables.

L'autorisation reste alors maintenue tant que ces caractéristiques demeurent cumulées.

Les scanographes nécessaires à l'activité de radiothérapie ne sont pas pris en compte par le présent article.

Article 7

Modifié par la délibération n° 419 du 26 novembre 2008 – Art. 3

Modifié par la délibération n° 24/CP du 13 novembre 2015 – Art.9

Un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, le cas échéant l'arrêté d'autorisation pris en application des dispositions de l'article 2 de la délibération n° 429 du 3 novembre 1993 susvisée, peut fixer les conditions techniques de fonctionnement des installations, équipements matériels lourds et activités de soins, si ceux-ci ne sont pas prévus dans un schéma d'organisation sanitaire.

TITRE II - Schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie

Chapitre I : objectifs et champs d'application

Article 8

Les schémas d'organisation sanitaire définissent les missions des structures sanitaires et des professionnels de santé, organisent leur coordination et les coopérations obligatoires ou nécessaires afin d'améliorer la qualité du système de distribution des soins. Ils ont pour objet :

1. d'assurer aux usagers :
 - l'accessibilité des soins,
 - la continuité des soins,
 - la proximité et la gradation des soins,
 - la qualité et la sécurité des soins.
2. d'encadrer l'offre de soins en veillant à promouvoir :
 - la flexibilité de l'offre de soins,
 - la mise en réseau de l'offre de soins,
 - la maîtrise des dépenses de soins,
 - l'aménagement du territoire.

Ils définissent les stratégies à mettre en œuvre, les conditions à remplir et les opérations à engager pour atteindre ces objectifs.

Article 9

Modifié par la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 – Art. 1^{er}

Les schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie sont fixés par les annexes à la présente délibération. Ils constituent des références obligatoires pour la pratique des activités intéressées et restent en vigueur tant qu'ils ne sont pas remplacés.

Article 10

Les projets soumis à autorisation préalable, au sens de la délibération n° 429 du 3 novembre 1993, devront faire référence explicite aux objectifs précités ainsi qu'aux normes et références posées par les schémas.

Toute modification de caractéristiques : nature de l'activité, modalité de fonctionnement technique, extension de capacité, changement juridique, ainsi que tout changement visant à modifier le positionnement de la structure dans le schéma, sont soumis à autorisation préalable.

Article 11

Modifié par la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 – Art. 2

Modifié par la délibération n° 300 du 28 août 2013 – Art. 1^{er}

Niveaux et filières de soins

L'offre de soins est répartie en niveaux liés à la complexité des techniques et des moyens humains requis et identifiés.

Les conditions requises par niveau et par spécialité sont fixées, en tant que de besoin, par chacun des schémas d'organisation sanitaire et par les textes réglementaires.

Selon la discipline, le domaine, la pathologie ou la population, les soins dispensés à ces différents niveaux constituent une filière de soins.

Article 12

Pour permettre à chaque niveau de remplir correctement ses missions, différents dispositifs sont proposés : réseaux de soins, coopérations inter-établissements ou inter-services - de même niveau ou de niveau différents - contrats d'objectifs. Ces dispositifs sont définis aux articles 13, 14 et 15 ci-après.

Article 13

« Le réseau de soins » est constitué par les professionnels et les structures de santé publics et privés, intervenant sur un secteur géographique donné, de compétences différentes et complémentaires. Cet ensemble agit avec des objectifs communs et des stratégies partagées, selon des modalités définies de façon consensuelle :

- le réseau de soins est un mode d'organisation du dispositif qui sera privilégié dans le cadre des schémas locaux,
- le réseau de soins concerne soit une population particulière, soit le traitement de certaines pathologies lourdes ou chroniques,
- le réseau de soins définit : sa configuration, son objet, les activités de ses membres, les modes de transmission de l'information, les droits des patients.

Article 14

La coopération entre structures de soins et professionnels de santé est une priorité des schémas d'organisation sanitaire qui donnera lieu à une négociation sur l'allocation de ressources.

Cette coopération est indispensable pour atteindre les objectifs énumérés à l'article 8 de la présente délibération. Elle permet de rendre cohérent le dispositif pour répondre aux objectifs des schémas d'organisation sanitaire et aux priorités de santé publique. Elle peut se situer à différents niveaux.

Les établissements de santé publics ou privés devront formaliser cette complémentarité par voie conventionnelle ou tout autre acte juridique, en se référant explicitement aux principes posés par les schémas et aux programmes de santé publique concernés.

Afin d'équilibrer l'offre de soins, la complémentarité des moyens et la continuité du service public hospitalier seront organisées par des conventions inter hospitalières, entre les structures de niveau territorial et celles de niveau provincial.

Afin d'optimiser l'efficacité des moyens, les établissements de soins publics et privés devront prévoir des réponses complémentaires ou communes formalisées par des conventions ou toute autre forme de coopération pour le développement d'activités médicales spécifiques, ou l'installation d'équipements lourds d'intérêt territorial.

Article 14-1

Modifié par la délibération n° 44/CP du 20 avril 2011 – Art. 6

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art. 2

La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels de santé, parmi lesquels figurent nécessairement un professionnel médical et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir à un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Face au constat de déficience de l'offre de soins due à l'insularité et à l'enclavement géographique, la télémédecine permet de favoriser un accès équitable aux soins pour la population, quelle que soit sa situation géographique.

Constituent des pratiques de télémédecine :

1° La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation ;

2° La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient ;

3° La télésurveillance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé ;

4° La téléassistance médicale, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.

Ces pratiques ne modifient pas le cadre de prise en charge clinique en vigueur.

Chaque pratique de télémédecine fait l'objet d'une déclaration qui est adressée au service compétent de la Nouvelle-Calédonie préalablement à sa mise en œuvre. Dès lors que la déclaration est complète, elle donne lieu à la délivrance d'un récépissé qui conditionne le début de l'exercice de l'activité de télémédecine.

Le formulaire de déclaration est téléchargeable sur le site officiel du service compétent de la Nouvelle-Calédonie et disponible dans ses locaux.

Les conditions de mise en œuvre des pratiques de télémédecine sont fixées, en tant que de besoin, par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 15

Les contrats d'objectifs : le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie conclut avec les établissements de santé publics ou privés des contrats prévisionnels d'objectifs et de moyens, annuels ou pluriannuels, permettant de mettre en œuvre les schémas d'organisation sanitaire à partir de leurs projets médicaux et de leurs projets d'établissement.

Ces contrats formalisent les prévisions des établissements, de leurs professionnels et valident les moyens dont ils doivent disposer en contre partie. Ils sont soumis, pour avis, à leurs instances délibératives avant signature par les parties. Ils ne remettent pas en cause les procédures budgétaires et d'autorisation définies par la réglementation en vigueur.

Article 16

Modifié par la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 – Art. 3

Modifié par la délibération n° 300 du 28 août 2013 – Art. 2

Pour chaque schéma d'organisation sanitaire, un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie établit en tant que de besoin :

- les conditions techniques de fonctionnement auxquelles l'activité est assujettie,
- les modalités de mise en conformité,
- la durée de validité des autorisations accordées.

Les structures sanitaires et les professionnels de santé pratiquant ou souhaitant pratiquer une activité réglementée par un schéma d'organisation sanitaire doivent présenter une demande d'autorisation.

En cas de changement ou de modification du schéma d'organisation sanitaire, les titulaires d'une autorisation d'une activité réglementée par l'ancien schéma d'organisation sanitaire doivent présenter leur demande d'autorisation dans les six mois suivant la publication de l'arrêté susmentionné.

La section sanitaire du comité d'organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie est consultée pour toute demande d'autorisation, conformément aux dispositions des articles 22, 23, 24, 25 et 27 de la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 susvisée.

Article 17

Modifié par la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 – Art. 4

Dans le délai maximum d'un an suivant la publication de l'arrêté précisant les conditions techniques de fonctionnement d'un schéma d'organisation sanitaire, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie fixe par arrêté le niveau de soins de chaque structure sanitaire ou professionnel de santé qu'il autorise à fonctionner et à dispenser des soins.

Toute autorisation est réputée caduque si une structure sanitaire ou un professionnel de santé autorisé à fonctionner et à dispenser des soins ne satisfait pas à la visite de conformité dans les délais de mise en conformité qui lui sont impartis.

La procédure de mise en conformité est réalisée dans les conditions prévues à l'article 2 de la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 susvisée.

Article 18

Modifié par la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 – Art. 5

La mise en œuvre des schémas d'organisation sanitaire fera l'objet d'une évaluation annuelle.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie est chargé de veiller à la mise en œuvre des schémas d'organisation sanitaire, en favorisant la concertation de tous les acteurs, en apportant son soutien technique et en diffusant les indicateurs nécessaires au suivi de l'exécution des schémas et aux orientations des politiques de santé.

Il est créé une instance de suivi, animée par la direction des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie, regroupant les représentants des services de santé des collectivités, des établissements sanitaires et des organismes de protection sociale.

Cette instance de suivi est chargée de diffuser l'information sur la carte et les schémas d'organisation sanitaire, d'apporter une aide technique à la mise en œuvre des schémas et d'évaluer leur réalisation, à l'aide de critères préétablis.

Article 19

1. Un projet de schéma relatif aux filières extra-territoriales, et plus particulièrement, à celle de la cancérologie devra être présenté au congrès dans un délai de trois ans.
2. Des rapports d'étape concernant l'avancement des travaux devront être déposés avant le 31 décembre 2002 dans les domaines suivants :
 - cancérologie,
 - prélèvement et transplantation d'organes,
 - coronarographie,
 - télémédecine.

Article 20

Ancien article 21 abrogé par la délibération n° 185 du 9 janvier 2012 – Art. 53

Ancien article 20 abrogé par la délibération n° 300 du 28 août 2013 – Art. 3

Les dispositions du 2^{ème} alinéa de l'article 13 de la délibération n° 047/CP du 29 septembre 2000 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les dispositifs intra utérins ou stérilets figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires sont pris en charge par les caisses assurant la couverture obligatoire du risque maladie, à hauteur de 80 % de leur base de remboursement telle qu'elle résulte de l'application locale dudit tarif, sans avance de frais par les bénéficiaires. Leur pose, cotée conformément à la nomenclature des actes professionnels, est prise en charge à 80 % par ces mêmes caisses, sans avance de frais par les bénéficiaires ».

Article 21

La présente délibération sera transmise au délégué du gouvernement, haut-commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie, et publiée au journal officiel de la Nouvelle-Calédonie.

Délibérée en séance publique le 25 janvier 2001.

**Annexe 1 à la délibération n°171 du 25 janvier 2001
fixant le schéma d'organisation des soins en périnatalité (S.O.S.P.)
de la Nouvelle-Calédonie**

Modifié par la délibération n° 71/CP du 12 février 2009 – Art. 6

**TITRE I^{er}
OBJECTIFS DU S.O.S.P.**

CHAPITRE I : OBJECTIF GENERAL ET PRINCIPES DIRECTEURS

Un des enjeux de toute politique sanitaire est de mettre en place une organisation des soins qui garantisse un accès à des soins de qualité pour toute la population.

Le schéma d'organisation des soins en périnatalité s'inscrit dans cette démarche et se fixe comme objectif général de contribuer à la qualité et à la sécurité de la grossesse, de la naissance et de l'environnement périnatal de la mère et de l'enfant sur tout le territoire de la Nouvelle-Calédonie.

Trois principes directeurs ont conduit la réflexion tout au long du travail d'élaboration du schéma, mené en concertation avec les professionnels de la naissance.

1. L'égalité d'accès pour toute femme enceinte et pour tout nouveau-né à une prise en charge adaptée à son besoin de soins, en prenant en compte, dans la mesure du possible, le critère de proximité ;
2. La complémentarité des structures sanitaires et leur articulation avec les autres acteurs œuvrant dans le domaine de la périnatalité pour assurer la continuité et la globalité de la prise en charge ;
3. La recherche de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, quelle que soit la structure où elle s'effectue, sur l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie.

CHAPITRE II : OBJECTIFS SPECIFIQUES

Section 1 : Le contexte

L'atteinte de l'objectif général trouve ses limites dans la coexistence d'objectifs à priori contradictoires : d'une part, la recherche de la sécurité conduisant à l'élaboration d'une réglementation fixant aux structures sanitaires des conditions de fonctionnement de plus en plus contraignantes ; d'autre part, le maintien d'un bon niveau d'accessibilité de la population aux services sanitaires.

La prise en compte des principes directeurs dans l'élaboration du schéma d'organisation des soins en périnatalité de la Nouvelle-Calédonie se heurte ainsi à des difficultés liées au contexte de la Nouvelle-Calédonie d'une part, et à la spécificité des soins périnataux, d'autre part.

1. Le contexte de l'organisation du dispositif sanitaire en Nouvelle-Calédonie

Compte tenu de la situation démographique des professionnels de santé et de la dispersion de l'offre de soins, l'objectif de sécurisation de l'environnement hospitalier contribue en Nouvelle-Calédonie plus qu'ailleurs, à une recomposition du dispositif hospitalier risquant de conduire à une concentration de l'activité hospitalière.

2. La spécificité des soins en périnatalité

La difficulté à concilier la proximité de l'offre de soins et la sécurité de la prise en charge médicale est d'autant plus prégnante dans le domaine de la périnatalité, que l'environnement de la naissance est porteur d'un impact affectif particulier et qu'il suscite des questionnements contradictoires :

- d'un côté, le drame que constitue l'issue défavorable d'une grossesse plaide pour la recherche du *risque zéro* allant dans le sens d'une technicisation de la prise en charge des femmes enceintes ;
- de l'autre, émerge un sentiment d'insatisfaction des usagers conduisant à des doutes portés vis à vis de la légitimité scientifique d'une médicalisation systématique de la naissance jugée excessive.

3. Les conséquences sur les orientations à donner au schéma

Ces éléments de contexte expliquent que les spécificités de la prise en charge périnatale se déclinent en Nouvelle-Calédonie d'une manière différente qu'en métropole :

- les disparités géographiques de l'offre de soins sont un frein à l'uniformisation d'une prise en charge reposant sur le recours systématique à une structure hospitalière pour l'accouchement ;
- les représentations de la santé et la notion de risque ne sont pas partagées de la même manière par toutes les communautés du territoire ;
- la carence en personnel spécialisé limite le respect par les structures sanitaires existantes des conditions de fonctionnement imposées aux maternités métropolitaines ;
- la centralisation de l'offre de soins spécialisée en néonatalogie rend difficile l'instauration d'une égalité territoriale de la réponse aux besoins.

Section 2 : Fixation des objectifs spécifiques

Les considérations précédentes ont suscité la fixation des objectifs spécifiques suivants.

1. Assurer le repérage des situations entraînant des grossesses à risques périnataux élevés ;
2. Différencier les prises en charge entre le bas risque et le haut risque périnatal :
 - en promouvant une réponse de proximité pour la surveillance des grossesses et les soins ne requérant pas d'environnement spécialisé ;
 - en formalisant l'offre de soins spécialisés, notamment au profit des nouveau-nés ;
3. Renforcer le travail en réseau, afin d'organiser collégalement l'orientation des femmes enceintes et des nouveau-nés en fonction des risques qu'ils encourent ;
4. Veiller à l'égalité d'accès de toute la population à des soins adaptés assurant la sécurité médicale, sociale et émotionnelle des femmes enceintes et de leurs enfants.

TITRE II PRECONISATIONS DU S.O.S.P.

CHAPITRE I : UNE GRADUATION DES SOINS SIMPLIFIEE

Les propositions de graduation des soins ont été émises au regard des remarques portées vis-à-vis du schéma précédent, en considérant les objectifs spécifiques évoqués ci-dessus. Elles tiennent compte des deux impératifs suivants :

- la distinction entre l'accès de proximité à un suivi pré et post-natal et l'accès à des sites d'accouchement qui nécessitent que la sécurité de la mère et de l'enfant soit assurée 24 heures sur 24 par des équipes compétentes et réactives à l'urgence ;
- la mise en réseau des professionnels, permettant l'élaboration de référentiels communs de pratiques, l'organisation de formations à leur mise en œuvre, l'évaluation interne des pratiques et le développement d'actions correctrices, afin de promouvoir la continuité et la sécurité des soins.

Par conséquent, les évolutions du nouveau S.O.S.P. sont les suivantes :

- les actes d'accouchement sont désormais réservés aux seuls plateaux techniques dotés d'un bloc opératoire permettant le recours en urgence à un acte de césarienne. En conséquence, seules les structures sanitaires disposant de moyens chirurgicaux peuvent dorénavant accueillir une unité d'obstétrique ;
- la prise en charge néonatale se formalise sous la forme d'une offre graduée, dans le but d'accueillir efficacement les nouveau-nés bien portants, les nouveau-nés atteints de pathologies sans gravité, les nouveau-nés nécessitant une prise en charge spécialisée de néonatalogie ou de réanimation néonatale ;
- l'offre de proximité est encadrée et diversifiée. Si les accouchements et les soins spécialisés méritent d'être concentrés au sein de maternités dotées d'une offre chirurgicale et/ou néonatale, une décentralisation des soins périnataux est organisée de la manière suivante :
 - le développement de centre périnataux de proximité permet d'élargir l'offre de soins de proximité en proposant à la population un suivi global des grossesses, y compris une possibilité d'hospitalisation pré et post-natale ;
 - il est laissé aux structures accueillant au moins une unité d'obstétrique, la possibilité de créer une offre de soins visant à prendre en charge les nouveau-nés atteints de pathologie sans gravité au travers des unités dites *kangourou*.

CHAPITRE II : UNE PROMOTION DE LA COOPERATION ET DE LA COMMUNICATION

Les professionnels impliqués dans la prise en charge de la grossesse ont mis en place des outils de liaison entre eux. Il convient de formaliser ces collaborations par une mise en réseau des différents partenaires concernés, dans l'intérêt de tous :

- à l'égard des usagers d'une part (optimisation de la prise en charge par une orientation vers le lieu le mieux adapté à leur état de santé, information coordonnée de la patiente tout au long du déroulement de son projet de grossesse, confort psychologique conféré par le sentiment d'être accompagnée tout au long de la grossesse) ;
- à destination des professionnels d'autre part (développement de liens entre professionnels, élaboration concertée de procédures de prise en charge des problèmes rencontrés).

La communication vers le public et l'échange d'informations entre les acteurs représentent des conditions indispensables à l'amélioration de la prise en charge des mères et de leur(s) nouveau-né(s) ; ces actions méritent d'être renforcées :

- en matière d'information du public. Le développement d'un entretien du 4^{ème} mois a été initié, par l'application par la C.A.F.A.T. des conditions de tarification entourant cette prestation en métropole (intégration de cet entretien systématiquement proposé aux séances de préparation à la naissance et rémunération spécifique (2.5 C) pour les sages-femmes ou les médecins qui le réalisent), mais aucune formalisation du contenu de l'examen n'a été instituée.

- en ce qui concerne l'information des acteurs. Le schéma précédent préconisait d'utiliser un carnet de maternité unique pour l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie. Cette mesure doit devenir effective pour le présent schéma.

A l'issue de ce constat, il est essentiel de rendre opérationnel les objectifs ci-dessous.

Section 1 : Promouvoir le rôle du réseau de périnatalité au travers de l'association Naître en Nouvelle-Calédonie

Le réseau de périnatalité, au travers de l'association *Naître en Nouvelle-Calédonie*, doit être encouragé dans son travail de coordination, d'animation et de régulation des coopérations inter hospitalières.

Son rôle mérite d'être étendu à la couverture complète de la filière pré et post hospitalière, facilitant ainsi une prise en charge globale de la mère et de l'enfant, par l'élaboration concertée de référentiels, par la formation de l'ensemble des partenaires à l'application de ceux-ci, et par le développement d'actions de recherche en périnatalité.

Section 2 : Reconnaître le réseau de périnatalité en qualité d'acteur essentiel de la mise en œuvre du schéma

Une articulation devra s'opérer entre les dispositions prévues par le SOSP et les référentiels édictés par le réseau, les uns fixant les missions et les moyens propres à chaque niveau de soins, les autres proposant une orientation des usagers (femmes enceintes et nouveau-nés) en fonction des risques qu'ils présentent, en connaissance de l'offre de soins.

Les recommandations suivantes peuvent être émises dans ce cadre pour :

- susciter l'adhésion des structures sanitaires à l'association *Naître en Nouvelle-Calédonie* ;
- favoriser la structuration de l'association et assurer sa pérennité financière ;
- encourager et formaliser les liens entre l'association et les professionnels de la naissance ;
- adapter les référentiels élaborés par l'association à la nouvelle graduation des soins fixée par le présent schéma.

Section 3 : Généraliser l'entretien du 4^{ème} mois

Inscrit comme l'une des mesures du Plan Périnatalité 2005-2007 en France métropolitaine, l'examen du 4^{ème} mois est envisagé comme un temps d'accueil, d'écoute, de mise en confiance et d'information, dans le but d'apporter un accompagnement de la femme enceinte et de son conjoint dans l'élaboration du projet de grossesse et d'accouchement, tout autant que dans celui du projet parental.

Trois objectifs principaux peuvent lui être assignés :

- prévenir : sécurité médicale, sécurité psychologique, couverture sociale ;
- dépister : repérer les risques médicaux, psychologiques, sociaux ;
- activer un réseau : favoriser le partenariat, orienter la parturiente.

Les préalables à la mise en place de cet entretien sont de différents ordres et nécessitent :

- du personnel (médecin ou sage-femme) en nombre suffisant et spécifiquement formé,
- la mise en réseau des professionnels de la naissance,
- des supports de recueil d'information, permettant l'information des femmes et une traçabilité des prises en charge.

Les freins au développement de cet entretien en Nouvelle-Calédonie tiennent à son manque de reconnaissance actuel, aux modalités de son remboursement et à l'absence d'un cahier des charges précisant son contenu minimal.

La structuration de l'association *Naître en Nouvelle-Calédonie* peut permettre le développement de cette action. En effet, l'existence d'un réseau de professionnels structuré, partageant un recueil d'informations standardisé, est indispensable au suivi des difficultés dépistées. Du reste, l'utilisation d'un carnet de maternité adapté à une utilisation collégiale pourrait le faciliter.

Les actions susceptibles de favoriser la généralisation et la qualité de l'entretien du 4^{ème} mois sont les suivantes :

- améliorer l'accessibilité des femmes aux séances de préparation à la naissance ;
- assurer une information des professionnels et de la population sur l'existence et l'intérêt de l'entretien du 4^{ème} mois ;
- former les professionnels de la naissance à la réalisation de cet entretien, sur la base d'un cahier des charges précis ;
- construire des outils de recueil de données et d'évaluation du dispositif.

Section 4 : Elaborer et diffuser un carnet de maternité

La volonté d'informer les femmes enceintes et de garder une trace de la prise en charge qui leur a été prodiguée a suscité l'élaboration de nombreux documents de la part des structures sanitaires et des organismes de protection sociale.

Il convient de réfléchir à une harmonisation des informations données aux femmes enceintes et des données de prise en charge à partager entre les professionnels de la naissance.

L'élaboration d'un carnet de maternité, adapté au contexte médical et social de la Nouvelle-Calédonie, regroupant d'une part les informations à donner aux femmes enceintes (conseils de prévention, offre de soins, conditions de prise en charge des prestations, droits et protection sociale), et assurant d'autre part une traçabilité de la prise en charge de la grossesse par les différents professionnels, est à promouvoir.

Pour ce faire, les préconisations suivantes peuvent être émises :

- confier à l'association *Naître en Nouvelle-Calédonie* la responsabilité d'élaborer un carnet de maternité adapté au contexte local, répondant aux besoins des femmes enceintes et des professionnels ;
- assurer la diffusion de ce carnet de maternité et promouvoir son utilisation.

CHAPITRE III : AMELIORER L'ACCESSIBILITE AUX SOINS PERINATAUX

Section 1 : Accompagner la réorganisation géographique de l'offre de soins induite par le schéma

La restructuration de l'offre de soins périnataux induite par le nouveau schéma engendrera un déplacement des femmes enceintes au cours de leur grossesse, afin de se rapprocher du lieu médicalement justifié de leur accouchement. Il convient d'accompagner ce mouvement par des actions visant à réduire les obstacles à sa mise en œuvre.

A ce titre, l'offre d'un hébergement adapté à la situation des femmes enceintes à proximité du lieu médicalement justifié de l'accouchement doit être favorisée.

Pour rendre opérationnelle cet accueil, il convient de susciter l'organisation de structures d'hébergement à proximité des plateaux techniques de périnatalité, destinées à permettre le séjour prénatal des femmes enceintes dans un environnement sécurisé (dispositif estimé à 22 places sur Nouméa et 6 places en province Nord).

Section 2 : Renforcer et harmoniser la couverture maternité

Le dispositif d'assurance maternité actuel a contribué à améliorer les conditions de prise en charge des grossesses. Une réflexion doit néanmoins être menée pour contribuer à résoudre certaines difficultés rencontrées dans sa mise en œuvre, notamment :

- la différence de remboursement des frais existant d'un organisme à l'autre qui provoque une discontinuité en cas de changement d'affiliation en cours de grossesse, et introduit des inégalités devant un risque à priori partagé ;
- certaines dépenses qui restent à la charge des femmes enceintes, notamment les cours de préparation à la naissance ;
- enfin, la prise en charge des nouveau-nés nécessitant des soins particuliers après leur naissance qui n'est pas formalisée en dehors des prises en charge spécialisées de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Autrement, une adaptation de la couverture maternité aux exigences de qualité de la surveillance périnatale paraît nécessaire ; elle pourrait se traduire par :

- l'harmonisation des dispositifs de couverture maternité et la simplification de leur mise en œuvre, dans le but de favoriser la surveillance de la grossesse et du développement de l'enfant ;
- l'adaptation des modalités de tarification des prestations de soins périnataux à leur nouvelle graduation, tenant compte des conditions de fonctionnement fixées par le présent schéma à chacun des niveaux de soins.

TITRE III ORGANISATION DES STRUCTURES SANITAIRES DE PERINATALITE

La répartition de l'offre de soins propre à répondre aux objectifs du schéma se compose de quatre niveaux et d'une unité optionnelle :

CHAPITRE I : LES QUATRES NIVEAUX DE L'OFFRE DE SOINS

Section 1 : Le Centre de Périnatalité de Proximité (CPP)

Le centre périnatal de proximité constitue le premier niveau de la prise en charge des femmes enceintes et de l'identification, en cours de grossesse, des facteurs de risques pour la mère et pour l'enfant, afin d'orienter la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée au niveau de risque qu'elle encourt.

1. Les missions

Les centres périnataux de proximité effectuent les consultations pré et post natales, les cours de préparation à la naissance, l'enseignement sanitaire pré et post-natale, la rééducation périnéale et les consultations de planification familiale ; les activités sont développées au sein de la structure sanitaire qui les abritent, ou par l'organisation de visites à domicile de leur personnel.

Dans le respect de critères d'admission fixés collégalement avec les autres structures de périnatalité, ils constituent en outre une offre d'hospitalisations pré et post-natales.

Par ailleurs, les C.P.P. peuvent éventuellement assumer d'autres missions telles que :

- les consultations de pré-anesthésie ;
- les consultations de gynécologie, de pédiatrie ;
- les actions de soutien à la parentalité (collaboration avec les équipes de psychiatrie).

2. Conditions d'autorisation de fonctionnement

Lorsque la structure juridique de rattachement d'un centre périnatal de proximité n'adhère pas au réseau de périnatalité, elle doit passer convention avec une ou plusieurs structures sanitaires, publiques ou privées, possédant les unités dont elle ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés vers ces structures sanitaires et de préciser les modalités de transmissions des informations médicale.

Ces conventions précisent les missions spécifiques assurées par le centre périnatal de proximité contractant.

Section 2 : L'unité d'obstétrique

1. Les missions

L'unité d'obstétrique intègre toutes les missions des Centres périnataux de proximité.

Elle assure en outre, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance.

Elle assure le suivi postnatal immédiat de la mère et de l'enfant dont la naissance est intervenue dans l'établissement, dans des conditions médicales, psychologiques et sociales appropriées.

Si la structure sanitaire dans laquelle est né l'enfant ne peut assurer une prise en charge adaptée, elle organise son transfert vers une autre structure sanitaire apte à délivrer les soins appropriés.

2. Conditions d'autorisation de fonctionnement

Lorsqu'une structure sanitaire accueillant une unité d'obstétrique n'adhère pas au réseau de périnatalité, elle doit passer convention avec une ou plusieurs structures sanitaires, publiques ou privées, possédant les unités dont elle ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces structures sanitaires et de préciser les modalités de transmissions des informations médicales.

Ces conventions précisent les critères d'admissions des femmes enceintes au sein de chaque structure contractante, sur la base de référentiels fixés par le réseau périnatal.

Des protocoles doivent traiter en outre de la prise en charge en urgence d'un accouchement issu d'une grossesse à risque, ainsi que des indications et des modalités de transfert in utero et néonatal.

Section 3 : L'unité de néonatalogie

1. Les missions

La maternité disposant d'une unité de néonatalogie développe toutes les missions dévolues aux unités d'obstétrique, ainsi que :

- la prise en charge de certaines grossesses à risques, notamment lorsqu'une hospitalisation du nouveau-né paraît probable, ou en cas de pathologie maternelle mal équilibrée sans pronostic vital ;
- les soins de néonatalogie, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, comprenant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance, sans détresse grave ou risque vital ; que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement.

Les soins de néonatalogie peuvent être réalisés dans la chambre de la mère, dans le respect des conditions de fonctionnement des unités de néonatalogie.

Si l'unité de néonatalogie où se trouve l'enfant ne peut assurer la prise en charge adaptée du nouveau-né, elle organise son transfert vers une unité ou une structure sanitaire apte à délivrer les soins appropriés.

La néonatalogie s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Toute unité de néonatalogie constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de réanimation néonatale, ou d'une unité de pédiatrie.

2. Conditions d'autorisation de fonctionnement

Lorsqu'une structure sanitaire accueillant une unité de néonatalogie n'adhère pas au réseau de périnatalité, elle doit passer convention avec une ou plusieurs structures sanitaires, publiques ou privées, possédant les unités dont elle ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces structures sanitaires et de préciser les modalités de transmissions des informations médicales.

Ces conventions précisent les critères d'admissions des femmes enceintes au sein de chaque structure contractante sur la base de référentiels fixés par le réseau périnatal.

Des protocoles doivent traiter en outre de la prise en charge en urgence d'un accouchement issu d'une grossesse à risque, ainsi que des indications et des modalités de transfert in utero et néonatal.

Section 4 : L'unité de réanimation néonatale

1. Les missions

La maternité disposant d'une unité de réanimation néonatale assure toutes les missions des maternités disposant d'une unité de néonatalogie, ainsi que :

- la prise en charge des grossesses à haut risque, notamment lorsqu'une hospitalisation du nouveau-né en réanimation néonatale paraît probable, ou en cas de pathologie maternelle grave pouvant mettre en jeu le pronostic vital ;
- tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux ; que les nouveau-nés soient nés ou non dans l'unité d'obstétrique de l'établissement.

La réanimation néonatale s'exerce dans des installations autorisées en médecine. Elle ne peut être pratiquée que si la structure sanitaire comprend sur le même site une unité de néonatalogie autorisée. Toute unité de réanimation néonatale constitue soit une unité individualisée, soit un secteur séparé au sein d'une unité de réanimation pédiatrique.

Toute structure sanitaire pratiquant l'obstétrique dotée d'une unité de réanimation néonatale dispose d'une unité de réanimation d'adultes permettant d'y accueillir la mère en cas d'urgence.

Conditions d'autorisation de fonctionnement

Lorsqu'une structure sanitaire accueillant une unité de réanimation néonatale n'adhère pas au réseau de périnatalité, elle doit passer convention avec une ou plusieurs structures sanitaires, publiques ou privées, possédant les unités dont elle ne dispose pas, afin d'assurer l'orientation des femmes enceintes, d'organiser les transferts, éventuellement en urgence, des mères et des nouveau-nés entre ces structures sanitaires et de préciser les modalités de transmissions des informations médicales.

Ces conventions précisent les critères d'admissions des femmes enceintes au sein de chaque structure contractante sur la base de référentiels fixés par le réseau périnatal.

Des protocoles doivent traiter notamment de la prise en charge en urgence d'un accouchement issu d'une grossesse à risque, ainsi que des indications et des modalités de transfert in utero et néonatal.

CHAPITRE II : L'UNITE OPTIONNELLE

Section 1 : Les missions de l'unité kangourou

Les missions des unités *kangourou* sont les soins de courte durée dispensés aux enfants nés dans l'unité et qui sont atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie. Ces soins peuvent être dispensés au sein des unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Section 2 : Conditions d'autorisation de fonctionnement de l'unité kangourou

Lorsqu'une structure sanitaire accueillant une unité *kangourou* n'adhère pas au réseau de périnatalité, elle doit passer convention avec une ou plusieurs structures sanitaires, publiques ou privées, possédant des unités néonatales ou de réanimation néonatale, afin d'assurer l'orientation des nouveau-nés, et d'organiser les transferts, éventuellement en urgence entre ces structures sanitaires et de préciser les transmissions d'informations.

Ces conventions précisent les conditions de maintien des nouveau-nés au sein de l'unité *kangourou* sur la base de référentiels fixés par le réseau périnatal.

TITRE IV EVALUATION

Un bilan annuel de l'activité périnatale sera présenté chaque année par les services compétents de la Nouvelle-Calédonie au comité d'organisation sanitaire et social de la Nouvelle-Calédonie, à partir des indicateurs mis en lumière par les différentes évaluations effectuées.

Cependant, devant les limites des indicateurs habituels pour apprécier l'évolution des soins périnataux, il est nécessaire de fixer des indicateurs spécifiques permettant un suivi quantitatif et qualitatif des activités définies par le présent schéma ; ces indicateurs devront permettre :

- de vérifier le respect des conditions de fonctionnement fixées à chacun des niveaux de soins ;
- de contrôler l'adaptation de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés pris en charge au niveau de soins de la structure qui les accueillent ;
- d'évaluer le respect par les structures, des référentiels d'orientation des femmes enceintes et des nouveau-nés en fonction des risques encourus.

Les axes de progression suivant peuvent être tracés :

- soumettre les structures à une procédure de renouvellement d'autorisation des activités relevant de la périnatalité, afin de vérifier leurs conditions de fonctionnement (personnel, matériel, locaux) et d'en déduire le niveau des soins périnataux qu'elles seront autorisées à prodiguer ;
- harmoniser un recueil d'informations internes à chaque structure autorisée, destinées à apprécier l'adaptation du risque encouru à son niveau de soin ;
- assurer une traçabilité des transferts permettant d'évaluer le respect des référentiels d'orientation des femmes enceintes et des nouveau-nés en fonction des risques qu'ils présentent.

TITRE V SUIVI ET MISE EN OEUVRE

Les structures sanitaires souhaitant exercer les activités de centre périnatal de proximité, d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale doivent se conformer aux conditions de fonctionnement et aux procédures d'autorisation détaillées aux articles 5, 16 et 17 de la délibération modifiée n°171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

Le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation prévu à l'article 25 de la délibération modifiée n°429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, doit garantir l'adhésion de la structure sanitaire au réseau de périnatalité ou l'existence de conventions passées avec une ou plusieurs autres structures sanitaires dans les conditions prévues par chaque niveau de la filière périnatalité détaillées au TITRE III de la présente annexe.

Annexe 2 à la délibération n°171 du 25 janvier 2001 fixant le schéma d'organisation de l'accueil et du traitement des urgences

I – OBJECTIFS ET MOYENS

Il convient, tout d'abord, de rappeler que tout professionnel de santé ou toute structure médicalisée a l'obligation de secourir les personnes en danger qui s'adressent à lui.

On entend par « urgence », la nécessité de soigner dans les délais les plus brefs tout patient contactant un professionnel de santé (médecin, sage-femme, infirmier...) pour des soins immédiats dont la prise en charge n'a pas été programmée, qu'il s'agisse d'urgence lourde ou d'urgence ressentie.

L'organisation de la prise en charge des urgences répond à deux objectifs principaux :

- un objectif concernant la qualité des soins : apporter la meilleure réponse technique aux patients : procédure – diagnostic – choix thérapeutiques. Ce dernier va de pair avec la qualité de la réponse soignante dans toutes ses dimensions ;
- un objectif concernant l'utilisation optimale des structures : utiliser de la meilleure manière possible les moyens disponibles en Nouvelle-Calédonie. La gestion de ces moyens inclut :
 - . les ressources humaines : médecins et infirmiers en premier lieu,
 - . les ressources structurelles : définition des missions et organisation des tâches à chaque niveau,
 - . les ressources financières.

C'est pourquoi, le schéma des urgences :

1. Inclut chacun des intervenants dans un schéma d'organisation

Les transformations souhaitables sont intégrées dans la programmation prioritaire du schéma d'organisation de l'urgence en Nouvelle-Calédonie. Sa mise en œuvre conduit à :

- fixer les objectifs et les fonctions de chaque professionnel et de chaque niveau de prise en charge,
- centrer les objectifs des structures accueillant des urgences :
 - . sur l'accessibilité et la permanence des soins,
 - . la justesse de l'analyse des besoins,
 - . la graduation des réponses de soins dans toutes leurs dimensions,
 - . la continuité des soins et la fiabilité des transmissions à l'intérieur d'un service, d'une structure, entre les établissements, dans un réseau coordonné de soins, sur une zone géographique délimitée, avec des intervenants complémentaires et coordonnés.
- évaluer les moyens à mettre en œuvre :
 - . ceux qui existent et qu'il faut utiliser différemment ou en complémentarité, pour éviter les redondances et permettre une spécialisation des structures,
 - . ceux dont il faut programmer la montée en charge au cours des cinq prochaines années, compte tenu du développement de la technologie médicale et de son coût.

2. Renforce les deux niveaux essentiels.

La variabilité de la situation des personnes et des structures et les particularités de la Nouvelle-Calédonie exigent :

- le renforcement et la professionnalisation des services d'urgence de proximité immédiate. Cette activité s'appuie sur les médecins du secteur public et ceux du secteur privé, ainsi que sur l'utilisation de toutes les ressources du secteur, en particulier celles des services communaux d'incendie et de secours. L'organisation et l'articulation de ces moyens sont définies dans un schéma local de l'urgence ;
- la professionnalisation, l'amélioration des moyens techniques du service de référence à vocation territoriale au niveau de :
 - . la régulation (centre 15),
 - . la médicalisation des transports sanitaires internes et externes,
 - . l'accueil :
 - des urgences lourdes pour le territoire (niveau de recours spécialisé),
 - des autres urgences pour la population de Nouméa et du grand Nouméa,
 - . la formation professionnelle.

3. Organise et formalise les procédures avec rigueur.

La multiplicité des fonctions à remplir devant une personne admise aux urgences oblige à renforcer la sécurité et implique, pour chaque professionnel, dans chaque structure, une organisation et des procédures de décision rigoureuses.

Ceci concerne non seulement l'exercice auprès de la personne mais également toutes les liaisons d'information entre professionnels susceptibles d'intervenir dans la prise en charge, sur le même site ou à distance.

4. Développe la formation continue qui devient obligatoire

Des formations adaptées seront dispensées aux équipes afin de les mobiliser autour des projets de chaque service.

5. Prévoit l'évaluation du système

Une évaluation de l'activité médicalisée et du fonctionnement interne des structures et de leurs résultats sera effectuée par les professionnels de l'urgence qui mettront en place les indicateurs nécessaires au suivi quantitatif et qualitatif de l'activité.

II – ACTIVITES DEVANT ETRE ASSUREES

Dans tous les cas, le centre 15 du centre hospitalier territorial devra être tenu informé de l'action et intervenir dans l'orientation. La prise en charge organisée des urgences nécessite que soient assurés :

1. Une prise en charge médicalisée de toute détresse vitale dans de brefs délais et son transfert vers la structure la plus adaptée

Médicalisation de premier recours et d'orientation qui sera assurée sans délai :

- soit par l'équipe médicale et paramédicale d'un centre médico-social provincial,
- soit par un médecin généraliste du secteur privé formé à l'urgence, équipé de moyens de télécommunication et de transport, avec l'aide de toutes les ressources disponibles du secteur, notamment les moyens des services communaux d'incendie et de secours, dans le cadre de l'application d'un schéma local de l'urgence,
- soit le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

2. L'accès à un accueil médicalisé et des soins de base dans une relative proximité

La fonction d'accueil polyvalent et de soins de base est assurée par les unités de proximité, d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPAOTU). Ces unités feront partie intégrante du réseau de prise en charge des urgences et seront coordonnées avec le centre 15 et le service d'accueil des urgences du centre hospitalier territorial.

Devront être précisées par convention avec le SAU :

- les modalités de transfert vers le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) de référence,
- la nature des urgences pouvant être prise en charge par l'établissement, siège de l'unité de proximité.

3. L'accès à des soins spécialisés

Dans le domaine médical, chirurgical, obstétrical et psychiatrique, cet accès est organisé directement, ou après passage par les deux niveaux de soins définis ci-dessus, dans la structure de niveau territorial : SAU du centre hospitalier territorial Gaston Bourret.

L'évacuation hors du territoire de certaines urgences relevant d'un niveau extraterritorial sera assurée à partir du niveau territorial.

4. Le suivi des malades

Les établissements, services ou unités doivent tenir un registre chronologique sur lequel figurent l'identité des patients accueillis par le service ou par l'antenne, le jour, l'heure et le mode de leur arrivée, le motif, l'orientation ou l'hospitalisation, le jour et l'heure de sortie ou de transfert hors du service ou de l'antenne.

III – ORGANISATION GENERALE DU RESEAU DES URGENCES (accueil, traitement, transport)

A. Niveau 1 – niveau de proximité immédiate

Selon la zone géographique concernée, ce niveau est assuré par le tour de garde des médecins, libéraux et publics, qui répond à une obligation déontologique et conventionnelle.

B. Niveau 2 – niveau de proximité rapprochée : antennes d'urgence

Ce niveau doit permettre d'assurer :

- les soins courant correspondant à des urgences vraies ou ressenties,
- une prise en charge médicalisée de toute détresse vitale dans de brefs délais, afin de garantir au patient toutes ses chances de survie et de limiter au maximum les risques de séquelles,
- l'organisation du transfert vers la structure adaptée.

Il s'agit d'une fonction :

- de médicalisation de premier secours assurant les soins courant et/ou le tri et l'orientation,
- pouvant être pré-hospitalière et, dans ce cas, nécessitant 24h/24 la conjonction :
 - . d'un médecin formé à l'urgence,
 - . d'un moyen de transport ambulancier adapté,
 - . d'un moyen de communication avec le centre 15 du centre hospitalier territorial,
 - . du matériel indispensable,
 - . formalisée dans un schéma local élaboré par la province, après avis du comité territorial de l'organisation sanitaire et sociale.

Le schéma local prévoit les fonctions, les obligations et les moyens des différents acteurs ainsi que l'articulation de leurs interventions. Il inclut toutes les ressources disponibles matérielles et humaines sur un secteur donné. Il définit les zones fonctionnelles d'intervention. Il prévoit les liaisons soit avec les UPAOTU, soit avec le SAU du centre hospitalier territorial, par l'intermédiaire du centre 15.

Structures concernées :

- Dans Nouméa et sa périphérie, cette fonction pourra être assurée, après déclenchement par le centre 15 :
 - . par un médecin libéral formé à la médecine d'urgence et ayant passé convention avec le centre hospitalier territorial. La participation à ce réseau de l'urgence est individuelle ou collective, à travers une association support telle que S.O.S. Médecins. Cette convention prévoit les obligations du médecin libéral : secteur et période desservis, moyens matériels, moyens téléphoniques, protocoles thérapeutiques, transmission de données au centre 15, formation continue auprès du SAU et formations qualifiantes. Elle prévoit, d'autre part, les modalités de rémunération du service rendu, avec l'accord des organismes de protection sociale ;
- Dans les autres communes : les circonscriptions médicales provinciales et leurs personnels, le centre hospitalier du Nord assurent cette fonction avec l'aide des médecins libéraux. Les services communaux d'incendie et de secours participent à cette mission.
 - . avec le concours des services communaux d'incendie et de secours.

C. Niveau 3 – niveau de proximité relative : unité de proximité, d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPAOTU)

Ce niveau doit permettre au minimum :

- d'assurer l'accès à un accueil médicalisé polyvalent et à des soins de base, c'est-à-dire l'accueil et la prise en charge des urgences liées à des pathologies courantes pouvant être traitées par son plateau technique (soins courant relevant essentiellement de la médecine générale et de chirurgie générale, accouchements) ;
- de mettre en condition et d'orienter les cas les plus lourds sur le SAU, en organisant les transports en coordination avec le centre 15 ;
- d'intervenir dans le sens d'une prise en charge plus globale du patient (soins de suite) et pour les soins psychiatriques.

Les structures remplissant ces fonctions :

- seront liées par convention avec le centre hospitalier territorial, siège du SAU référent pour :
 - . coordonner la prise en charge des urgences et assurer la continuité des soins,
 - . déterminer des protocoles précisant la nature des soins pouvant y être réalisés et des pathologies pouvant être prises en charge, les modalités de transfert, les démarches thérapeutiques cohérentes.

L'évacuation secondaire sur le SAU référent doit être la règle dès que l'état du patient l'exige.

- devront couvrir des secteurs géographiques d'attraction définis.

Fonctionnement : 24h/24

Dispositions techniques pour assurer ces activités :

L'UPAOTU doit comporter au minimum :

1. Pour l'organisation médicale :
 - un responsable (médecin thésé formé à la médecine d'urgence),
 - un(e) infirmier(ère) spécialement affecté(e) à ce pôle d'activité et ayant acquis une expérience professionnelle ou une formation à la prise en charge des urgences, présent(e) en permanence,
 - l'accès à un avis chirurgical rapide,
 - l'accès rapide à :
 - . la radiologie conventionnelle et à l'échographie,
 - . aux examens de laboratoire courants.
2. Pour une organisation des locaux :
 - une salle d'attente ou une zone d'accueil,
 - une salle d'examen et de soins, équipée en moyens de déchocage pour faire face à toute détresse cardio-respiratoire, en attente d'un transfert,
 - une zone de surveillance de très courte durée,
 - une aire d'atterrissage à proximité.
3. Pour l'organisation des transports : ambulance susceptible d'être médicalisée.
4. Un contrat de relais doit préciser les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques pour lesquels ces établissements s'engagent à remplir cette mission ainsi que les moyens qui y sont affectés, notamment les gardes.

Structures concernées :

Peuvent remplir cette fonction, sous réserve des obligations fixées par la réglementation :

- le centre hospitalier du Nord (site de Koumac),
- certains centres médicaux provinciaux,
- un site privé de Nouméa pourrait également, pour les populations des agglomérations de Nouméa, en complémentarité entre elles et avec le centre hospitalier territorial Gaston Bourret, assurer cette fonction,
- le centre hospitalier territorial Gaston Bourret assure ces fonctions pour les populations de Nouméa et du grand Nouméa.

D. Niveau 4 – niveau de référence : service d'accueil et de traitement des urgences (SAU)

Le SAU doit assurer 24h/24 tous les jours de l'année un service de proximité accueillant et prenant en charge toutes les urgences qui se présentent, y compris psychiatriques. Il assure :

- la fonction de tri et d'orientation des patients,
- la fonction de diagnostic, de soins polyvalents et globaux dont les soins psychiatriques,
- une fonction de recours pour toutes les urgences vitales et graves du territoire.

Le service doit disposer de locaux distribués en trois zones :

- une zone d'accueil,
- une zone d'examen et de soins comportant une salle et des moyens de déchocage,
- une zone de surveillance de très courte durée comportant au moins 2 lits par tranche de 10 000 passages par an dans le service.

Organisation médicale et fonctionnement

Le médecin responsable de ce service doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant les urgences. Dans les établissements publics de santé, ce responsable est praticien hospitalier.

L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent 24h/24, tous les jours de l'année, et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service.

Tous les médecins de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences. Des étudiants en médecine, des internes ou des résidents peuvent accomplir un stage ou une partie de leur formation dans ce service.

L'équipe médicale doit pouvoir faire venir à tout moment un médecin spécialiste de l'établissement ou, le cas échéant, un médecin spécialiste du secteur libéral ou du centre hospitalier spécialisé.

L'équipe médicale doit pouvoir orienter les patients vers d'autres établissements de santé publics ou privés.

L'équipe paramédicale du service, dirigé par un cadre infirmier, doit être suffisante pour que, 24h/24, tous les jours de l'année, au moins 2 infirmiers diplômés d'Etat soient effectivement présents pour dispenser les soins aux patients. Le service comprend, en outre, des aides-soignants ou éventuellement des auxiliaires de puériculture, des agents de service, un assistant de service social et un agent chargé des admissions.

Tous les membres de l'équipe paramédicale doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences, soit au cours de leurs études, soit par une formation ultérieure.

Il dispose d'un SMUR.

Le SAU contribue à l'énoncé des protocoles de prises en charge des soins d'urgence sur le territoire.

Le SAU développe des actions de formation à l'attention des autres acteurs du réseau de prise en charge des urgences.

Le SAU est l'élément moteur d'un système de recueil des données et d'évaluation de la pertinence de l'organisation des urgences.

Le centre hospitalier territorial, siège du SAU :

- passe des conventions ou des contrats de relais et établit des protocoles avec les autres établissements de Nouméa, des provinces ou des médecins spécialistes libéraux pour définir les modalités de prise en charge des urgences, notamment pour la prise en charge des urgences spécialisées (néonatales, cardiologiques, etc...) ;
- organise, dans le délai d'un an, un pôle spécialisé pour les prise en charge des urgences pédiatriques et gynécologiques ;
- passera, dans un délai de deux ans, une convention et établira des protocoles avec des établissements extérieurs au territoire pour la prise en charge des urgences médico-chirurgicales nécessitant des soins très spécialisés ;
- devra répondre, dans un délai de trois ans, à toutes les normes de qualité relatives à l'amélioration des services d'accueil et de traitement des urgences et aux conditions techniques de fonctionnement qui seront publiées au Journal officiel de la Nouvelle-Calédonie.

Localisation du SAU de Nouvelle-Calédonie : le centre hospitalier territorial Gasotn Bourret de Nouméa.

IV – LE DISPOSITIF DE L’AIDE MEDICALE URGENTE

L’aide médicale urgente a pour objet de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu’ils se trouvent, les soins d’urgence appropriés à leur état.

Cette mission est effectuée par le service de l’aide médicale urgente (SAMU) qui répond par des moyens exclusivement médicaux aux situations d’urgence.

Lorsque la situation d’urgence nécessite la mise en œuvre de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, le SAMU joint ses moyens à ceux des services d’incendie et de secours ou des forces armées.

A. Missions du SAMU de Nouvelle-Calédonie

Le SAMU exerce les missions suivantes :

- assurer une écoute médicale permanente par un centre de réception et de régulation des appels, appelé centre 15 ;
- déterminer et déclencher, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- veiller à la disponibilité des moyens d’hospitalisation publics et privés adaptés, à l’état du patient, compte tenu du présent schéma, du respect du libre choix ;
- organiser, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transport sanitaire à l’aide d’un inventaire régulier de ses moyens ;
- faire préparer son accueil et veiller à l’admission du patient.

Le SAMU de Nouvelle-Calédonie est assuré par le service des urgences du centre hospitalier territorial Gaston Bourret dont il constitue une unité fonctionnelle.

Le SAMU a une mission permanente de formation du personnel intervenant dans le dispositif médical des urgences.

B. Le centre 15

La qualité du dispositif des urgences est garantie par une régulation médicale efficace, ce qui implique :

- un médecin formé et expérimenté à la prise en charge des urgences, présent et disponible en permanence ;
- une information complète et entretenue tant du public que des professionnels concernés ;
- une information sur l’utilisation du n° 15 ;
- un travail institutionnel pour une bonne diffusion des numéros d’urgence ;
- une reconnaissance effective par l’ensemble des partenaires concernés du rôle du centre 15 ;
- la mise en œuvre de moyens matériels (transmission) et humains (formation adaptée et continue) ;
- dans tous les cas, le respect du secret médical et des intérêts des individus ;
- l’enregistrement daté des appels et des réponses téléphoniques.

Le centre hospitalier territorial, siège du SAU et du SAMU, devra passer des conventions avec tous les partenaires concernés de façon à permettre la continuité territoriale de sa mission ainsi que la gestion efficace des situations de catastrophe.

Les types de réponses que doit assurer le centre de réception et de régulation des appels (centre 15) du centre hospitalier territorial Gaston Bourret de Nouméa, sont en priorité les suivantes :

- informations et renseignements sanitaires,
- conseil téléphonique médical, y compris le conseil médical d'un centre antipoison,
- envoi d'un médecin généraliste au domicile du patient,
- envoi d'une ambulance non médicalisée,
- envoi d'un véhicule de pompier,
- envoi d'une unité mobile hospitalière d'un SMUR (moyens mobiles médicalisés du centre hospitalier territorial) pour une intervention :
 - . primaire : vers un lieu public ou le domicile,
 - . secondaire : dans un établissement de soins ou un centre médical,
 - . tertiaire : d'un établissement hospitalier du territoire vers un établissement hospitalier hors du territoire.

C. Les transports sanitaires intérieurs au territoire de Nouvelle-Calédonie

Ils sont régulés par le centre 15 dans le cadre de l'urgence.

Les transports aériens

Les différents partenaires pour des vols spéciaux sont :

- les compagnies aériennes privées (avions et hélicoptères) avec lesquelles le centre hospitalier territorial et les organismes de protection sociale devront passer des conventions afin que le SAMU dispose en permanence des moyens aériens civils nécessités par l'état des patients et la distance ;
- à défaut de ces moyens civils, et pour des motifs liés à la nature du secours (hélicoptère) ou à la météorologie :
 - . la gendarmerie : hélicoptères,
 - . les forces armées en Nouvelle-Calédonie : hélicoptères ou gardians.

Une facilitation des procédures du déclenchement de ces moyens sera recherchée par les partenaires.

Les contraintes inhérentes à ces modes de transport

Compte tenu des limitations au regard des problèmes liés notamment :

- aux conditions météorologiques,
- aux problèmes liés aux interventions nocturnes,
- aux coûts de ces prestations,

ces moyens doivent être complémentaires, en cas de nécessité absolue, aux moyens terrestres existants et peuvent être utilisés :

- en transport primaire, lorsqu'il s'agira d'amener sur place une équipe spécialisée du centre hospitalier territorial permettant d'assurer une prise en charge rapide et efficace jusqu'à cet établissement territorial,
- en transport secondaire, vu la rapidité et le confort inhérents à la géographie de la Nouvelle-Calédonie.

Les transports terrestres

Les moyens existants publics et des entreprises de transport sanitaire privées agréées doivent être utilisés rationnellement et en complémentarité. Une organisation adaptée entre tous les partenaires concernés sera mise en place, par convention et selon les dispositions réglementaires en vigueur, notamment la délibération n° 035 du 22 août 1996 relative aux transports sanitaires terrestres.

Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du centre hospitalier territorial de Nouméa

L'activation d'une unité mobile hospitalière par le SAMU, comprenant un médecin et/ou des infirmières et du personnel transporteur, doit permettre :

- par voie terrestre ou aérienne, le secours immédiat aux personnes en détresse vitale dans un rayon s'étendant au-delà du grand Nouméa, pour prendre en charge un patient présentant :
 - . une défaillance d'au moins une fonction vitale, que cette défaillance soit avérée ou potentielle,
 - . une urgence à caractère fonctionnel grave,
 - . le relais médical et la médicalisation d'une prise en charge déjà entreprise dans un rayon s'étendant à l'ensemble du territoire, par voie aérienne ou terrestre ;
- la participation à la sécurité médicale des grands rassemblements et, en cas de catastrophes, selon des procédures établies par l'autorité compétente.

Ces unités mobiles hospitalières du SMUR du centre hospitalier territorial pourront être délocalisées sous forme d'antennes sur certains sites tels que le centre hospitalier de Koumac, le centre hospitalier de Poindimié, le centre médico-social de Bourail, le centre médico-social de Wé. Le médecin appartiendra à l'équipe du SMUR, le vecteur sera fourni par la structure concernée ou les services communaux d'incendie et de secours.

Les fonctions de cette unité et ses liaisons seront définies dans le schéma local. Une convention signée entre la province concernée, le centre hospitalier territorial et la commune prévoira les modalités de cette coopération.

D. Les transports sanitaires aériens extérieurs au territoire

L'organisation des évacuations sanitaires urgentes extérieures au territoire est effectuée par le service spécialisé compétente ou selon les dispositions conventionnelles ou réglementaires en vigueur pour ces prestations.

Les moyens aériens seront :

- soit ceux des compagnies aériennes privées,
- soit ceux des forces armées, à titre exceptionnel (gardians).

S'agissant des évacuations sanitaires en provenance de Wallis et Futuna, les demandes émanent du médecin-chef du service de chirurgie de l'hôpital de Wallis auprès du médecin régulateur du centre 15.

Les modalités de déclenchement, de fonctionnement et de financement seront fixées par convention entre les partenaires concernés.

V – EVALUATION DE L'ACTIVITE ET DE LA QUALITE

A. Définition du principe

L'évaluation doit faire partie intégrante et permanente de l'exercice de l'urgence. Pour cela, des indicateurs sur le déroulement de cette activité et sur la qualité des services sont instaurés.

Cette disposition concerne les médecins, les infirmiers, les autres membres soignants et le secrétariat des structures concernées. L'administration doit faciliter la mise en place des outils et les formations et, pour cela, la diffusion régulière des données de gestion.

B. Les indicateurs

- Appréciation de l'activité des services à partir des données d'activité interne avec des critères définis, fins (par unité fonctionnelle) et utilisés par tous avec la même signification, le nombre et la différenciation des passages ne suffisant pas.

- Appréciation de la clientèle : son âge, sa couverture sociale, sa pathologie, sa filière, son degré de complexité. Il sera notamment fait référence aux expériences évaluées sur le choix de critères et des classifications des malades en plus du codage des pathologies et des actes.
- Appréciation des charges de travail du personnel médical et paramédical, par référence aux guides et outils existants. Ces outils qualitatifs permettent aux équipes un autocontrôle à usage interne, une meilleure appréciation pour le suivi et l'attribution de moyens, pour améliorer la compétence des professionnels et la satisfaction du public.

C. La coordination

La création d'un comité territorial de coordination de l'aide médicale urgente, par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, permettra d'assurer la régulation, le suivi et l'évaluation des diverses interventions telles que prévues par le présent schéma.

Ce comité spécifique par son rôle et ses membres sera rattaché à la section sanitaire du comité territorial de l'organisation sanitaire et sociale.

Annexe 3 à la délibération n°171 du 25 janvier 2001
fixant le schéma d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique
(S.O.I.R.C.) de la Nouvelle-Calédonie

Créée par la délibération n° 44/CP du 20 avril 2011 – Art. 7

TITRE I
OBJECTIFS FONDAMENTAUX

Section 1 : Objectifs généraux

Le schéma d'organisation sanitaire relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique (S.O.S.I.R.C.) établit une organisation coordonnée et graduée entre les différents acteurs de la filière (institutionnels, associatifs et professionnels de santé) afin que tout patient puisse être pris en charge par une équipe qualifiée et disposer du traitement le plus approprié à son état de santé, et dans la mesure du possible, au plus près de son domicile.

Le S.O.S.I.R.C. observe cinq principes directeurs pour réaliser ces objectifs :

- garantir le libre choix du patient,
- offrir une prise en charge de qualité, sécurisée et adaptée à l'état clinique du patient et à son contexte de vie,
- préserver une offre de soins de proximité,
- proposer une offre de soins diversifiée en encourageant le développement de la dialyse péritonéale et de la greffe,
- assurer la continuité de la prise en charge et l'orientation des patients entre les diverses modalités de traitement.

Section 2 : Le contexte

Les atteintes des objectifs généraux trouvent leurs limites dans la coexistence d'objectifs contradictoires :

- d'une part, la recherche de la sécurité conduisant à l'élaboration d'une réglementation fixant aux structures sanitaires des conditions de fonctionnement contraignantes qui se heurtent aux problèmes de démographie des professionnels de santé et d'éloignement géographique ;
- d'autre part, le maintien d'un bon niveau d'accessibilité de la population aux soins.

I. L'organisation du dispositif sanitaire en Nouvelle-Calédonie

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.4

La répartition géographique des patients demande un maillage territorial des structures sanitaires pouvant les prendre en charge, cependant, certains facteurs en limitent sa réalisation. En effet, la carence en médecins néphrologues, la difficulté de stabiliser un pool d'infirmiers formés à la prise en charge des patients Insuffisants Rénaux Chroniques (patients I.R.C.), le coût des infrastructures réunissant les conditions techniques nécessaires au traitement d'hémodialyse, réduisent les possibilités de diversification des structures sanitaires pouvant être autorisées.

II. La spécificité des soins de dialyse

La chronicité des soins influe fortement sur le développement psychoaffectif du patient, pouvant engendrer découragement, agressivité, dépression et comportements suicidaires.

Selon son origine géographique, son besoin de soins, et la localisation des structures susceptibles d'y répondre, le patient peut être contraint à :

- de fatigants transports,
- un isolement,
- un déracinement familial et social en cas de déménagement,
- en cas de greffe, un déplacement et une longue attente en Australie ou en France métropolitaine.

De plus, les représentations du bon état de santé et des notions d'hygiène alimentaire ne sont pas partagées de la même manière par toutes les communautés.

Enfin, il convient de rappeler que l'insuffisance rénale chronique demeure longtemps asymptomatique.

Section 3 : Les objectifs spécifiques

Les considérations précédentes ont suscité la définition des objectifs spécifiques suivants :

- assurer à tout patient insuffisant rénal chronique une information complète relative aux modalités de traitement afin qu'il puisse opérer un choix éclairé ;
- renforcer le travail en réseau, afin de mutualiser les moyens et outils capables de contribuer à une amélioration de l'organisation de l'offre de soins apportés aux malades ;
- garantir la qualité et la sécurité de la prise en charge, quelle que soit la structure où elle s'effectue, sur l'ensemble du territoire de la Nouvelle-Calédonie ;
- construire un recueil d'information commun à tous les acteurs de la filière concernant l'état des besoins en matière d'I.R.C. ;
- développer une prévention primaire, secondaire et tertiaire de l'I.R.C.

TITRE II PRECONISATIONS DU S.O.S.I.R.C.

Section 1 : Améliorer la qualité de la prise en charge de l'I.R.C.

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.4

La prise en charge de l'I.R.C. doit être coordonnée par un réseau afin de répondre aux missions suivantes :

- mise en place d'un registre de recueil épidémiologique ;
- formation de l'ensemble des partenaires ;
- élaboration concertée de référentiels et protocoles conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles ;
- organisation de l'information pré-dialyse ;
- participation aux missions de prévention ;
- régulation des coopérations entre structures sanitaires autorisées (conventions...).

Des moyens spécifiques devront être attribués au réseau par voie de convention pour assurer ces missions.

De plus, il est indispensable que l'association réseau de l'insuffisance rénale en Nouvelle-Calédonie (R.E.S.I.R.) recueille l'adhésion de tous les partenaires impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques (les structures sanitaires de la Nouvelle-Calédonie, les institutions provinciales, les organismes d'assurances maladies, les associations de patients, de médecins et de paramédicaux...).

I. Parfaire le recueil des connaissances épidémiologiques

En matière d'insuffisance rénale chronique, un outil de pilotage pérenne doit être institué pour que les planificateurs puissent projeter une organisation de l'offre adaptée aux besoins.

L'outil adéquat à ce dispositif prendra la forme d'un *registre relatif à l'insuffisance rénale chronique*. Son objectif général sera de décrire l'incidence et la prévalence des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, les caractéristiques de la population traitée, la mortalité et les modalités de traitement au moyen d'un enregistrement exhaustif et continu d'informations sur les patients.

Les structures sanitaires autorisées au traitement de l'I.R.C. devront ainsi participer au recueil de données épidémiologiques propre à la Nouvelle-Calédonie, en renseignant le registre national relatif à l'insuffisance rénale chronique traitée par un traitement de suppléance, du réseau épidémiologie et information en néphrologie (R.E.I.N.).

Le réseau sera chargé de la collecte des données, de leur validation et de leur transmission au R.E.I.N. Le rôle du R.E.I.N. est essentiel dans l'évaluation de la diffusion des recommandations en matière de prévention et de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et de leur impact sur la population. Ses informations contribuent à :

- l'élaboration de stratégies sanitaires visant à améliorer les modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en termes d'efficacité, de coût et d'efficience ;
- la surveillance de l'évolution de l'insuffisance rénale traitée ;
- prévoir les besoins de la population ;
- distinguer le profil des patients relevant de chaque modalité de traitement.

II. La mise en place d'une formation initiale et continue commune

Les sociétés savantes recommandent que les infirmiers doivent acquérir une formation spécifique, préalable à tout exercice dans une structure sanitaire pratiquant l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale.

Par conséquent, les professionnels de la filière se sont accordés pour confier au réseau la responsabilité de coordonner la formation initiale et continue des infirmiers exerçant en dialyse, dans le souci d'instituer une culture partagée des connaissances et pratiques.

Dans ce rôle, le réseau devra :

- à terme, dispenser la formation théorique d'infirmiers référents dans chaque structure sanitaire autorisée pour former les nouveaux infirmiers exerçant en dialyse ;
- organiser en partenariat avec les instituts de formation agréés, la mise en œuvre d'une formation continue à destination de tous les infirmiers exerçant en dialyse.

III. La formation des partenaires sanitaires

Il convient d'étendre les missions du réseau à la formation des personnels des structures sanitaires et des professionnels libéraux amenés à traiter des patients souffrant entre autres d'une I.R.C. En effet, il s'agit pour lui de diffuser les connaissances minimales pour la compréhension de la maladie et sa prise en charge en termes de prévention primaire, secondaire et tertiaire, notamment pour ce qui concerne :

- les bonnes pratiques d'hygiène de vie,
- la surveillance systématique des pieds et des plaies,
- la préservation du capital veineux des futurs dialysés.

A cet effet, il sera désigné un infirmier référent par structure sanitaire chargé de maintenir le niveau d'information auprès de ses collègues des centres médicaux.

IV. Elaboration concertée de référentiels et protocoles conformes aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles

Le réseau est chargé d'assurer la veille bibliographique concernant les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Il est chargé en concertation avec les néphrologues d'en assurer la diffusion auprès des professionnels concernés, et d'inciter les promoteurs à élaborer ou mettre à jour les référentiels internes et protocoles de fonctionnement qui en découlent.

V. Promotion du droit à l'information des patients

Le choix du mode de dialyse influe sur la qualité et les projets de vie des patients.

C'est pourquoi, il est confié au réseau l'harmonisation du contenu de l'information de pré-dialyse. Son contenu doit assurer à tout patient insuffisant rénal chronique une information complète et accessible à son niveau de compréhension, afin qu'il puisse opérer un choix librement consenti relatif :

- aux modalités de traitement (hémodialyse, dialyse péritonéale et greffe) ;
- aux structures sanitaires capables d'offrir une prise en charge adéquate aux besoins (prestataires, localisations et niveaux).

Dans ce but, chaque structure sanitaire autorisée devra désigner en son sein au moins deux infirmiers chargés de réaliser les entretiens de pré-dialyse.

Pour réaliser cet objectif, le réseau en concertation avec tous les promoteurs, formalisera le contenu de l'information pré-dialyse et élaborera les supports pédagogiques appropriés. Au travers de cette mission, le réseau :

- coordonnera la formation des infirmiers à dispenser l'information de pré-dialyse ;
- garantira qu'avant tout choix, chaque malade puisse rencontrer au moins un patient traité par hémodialyse et dialyse péritonéale (sauf urgence et contre-indications).

VI. Développer une prise en charge globale

Compte tenu des conséquences psychosociales provoquées par l'I.R.C., il est nécessaire de mettre à la disposition des patients souffrant d'I.R.C. en concertation avec l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie (A.S.S.N.C.), du temps :

- de psychologues et de psychiatres formés à l'approche culturelle de la maladie, pour intervenir si besoin aux moments tels que :
 - l'annonce de la maladie et de son traitement,
 - la préparation à la greffe et au suivi post-greffe,
 - la manifestation de comportements dépressifs ou suicidaires,
 - l'adaptation des traitements,
- de diététiciens pour accompagner la stabilisation des régimes alimentaires,
- d'assistants sociaux pour un accompagnement personnalisé.

Par ailleurs, pour pallier le turnover des infirmiers, préjudiciable à la stabilité des équipes, il serait souhaitable de constituer un pool commun d'infirmiers de remplacement, à même d'intervenir sur toutes les structures sanitaires autorisées.

VII. Harmoniser la couverture maladie

Pour accompagner les modalités de dialyse instituées par le Titre III de la présente annexe, les organismes d'assurances maladies concernés par le remboursement des soins devront s'accorder pour élaborer un forfait unique pour chaque type de modalité de traitement.

Dans le cadre de l'organisation des replis d'urgences et pour maintenir la cohérence des soins, il apparaît opportun de systématiser dans les meilleurs délais, la poursuite de la prise en charge par le même promoteur, et ce, quelle que soit la couverture sociale du patient.

Par ailleurs, une tarification devra être discutée pour valoriser l'information pré-dialyse et l'éducation thérapeutique du patient préconisées par le S.O.S.I.R.C.

VIII. Adapter l'organisation des transports des patients

Une réflexion entre les promoteurs de l'hémodialyse, les organismes d'assurances maladies et les transporteurs devra être initiée pour évaluer les difficultés liées aux transports des patients de l'I.R.C. (respect du libre choix et des horaires des séances, covoiturage des patients) et les solutions à y apporter.

Section 2 : La télédialyse

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.4

La *télédialyse* est un dispositif qui consiste à mettre en œuvre un système communicant entre un centre principal où se trouve l'équipe de médecins néphrologues et une unité satellite où se trouvent les patients et l'équipe soignante.

Le *système de télédialyse* repose sur :

- la visualisation et le stockage des paramètres des générateurs de dialyse pour la télésurveillance ;
- la visioconférence pour la téléconsultation, la téléassistance et la téléexpertise ;
- les applications support nécessaires à la réalisation d'actes médicaux à distance.

Il s'agit d'outils d'aménagement du territoire qui améliorent la qualité des soins de proximité en dialyse.

La télésurveillance d'une séance de dialyse correspond à un acte de surveillance ou de suivi continu ou non continu, qui a pour objet de transmettre à l'équipe de médecins néphrologues, pour interprétation, des indicateurs cliniques ou biologiques de l'état de santé du patient au cours de la séance. L'enregistrement et la transmission des indicateurs peuvent être automatisés ; les indicateurs peuvent aussi être recueillis par l'équipe infirmière directement au niveau du générateur de dialyse puis transmis à un centre de réception où se trouve le médecin néphrologue.

L'interprétation des indicateurs nécessite un accès en temps réel par l'équipe de médecins néphrologues située à distance, aux informations cliniques et techniques du patient, nécessaires à la surveillance usuelle conformément aux bonnes pratiques de l'hémodialyse.

Section 3 : Optimiser les diverses étapes de la prévention en matière d'insuffisance rénale chronique

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.4

L'A.S.S.N.C. est chargée de faciliter la garantie du droit à la santé de tous. A ce titre, elle fédère et coordonne de nombreux programmes de santé et de prévention. Ainsi, pour la population spécifique des patients I.R.C., sur les propositions du réseau, elle doit aussi œuvrer à la coordination de la prévention entre tous les acteurs médicaux et paramédicaux de la filière de soins.

Par ailleurs, au travers d'une étude épidémiologique dénommée *baromètre santé* qui a pour objectifs de repérer la prévalence des pathologies de surcharge, elle permettra de fixer les populations à cibler pour des programmes de prévention, et en la reproduisant dans le temps, de percevoir l'impact des actions qui auront été menées.

En Nouvelle-Calédonie, plus de 50% des nouveaux cas de patients I.R.C. ont pour étiologie les pathologies de surcharge. Lorsque celles-ci sont installées, leur suivi est nécessaire. Les recommandations de bonnes pratiques validées par le réseau concernant la prévention, le diagnostic, le suivi et la prise en charge des patients hypertendus et diabétiques et I.R.C., devront être généralisées et mises en œuvre. L'application de ces recommandations permettant de prévenir et de ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte.

I. De la prévention primaire

Il s'agit d'un ensemble de moyens mis en œuvre pour empêcher l'apparition d'un trouble, d'une pathologie, d'un symptôme.

Une hygiène de vie inadaptée est le plus souvent à l'origine de pathologies de surcharge favorisant l'apparition d'une insuffisance rénale chronique. A ce propos, l'alimentation industrielle et son marketing publicitaire ont bouleversé les comportements de consommation à l'échelle mondiale, en même temps que l'urbanisation et les changements de modes de vie ont diminué l'activité physique des individus. Ces facteurs ont généré des pathologies de surcharge (obésité, diabète, hypertension). Il devient donc nécessaire de prévenir les conséquences de ces processus en développant l'adhésion des populations vers des attitudes de néphroprotection. En effet, en prévenant ces pathologies de surcharge, on prévient l'apparition de l'I.R.C.

L'A.S.S.N.C. supervise déjà un programme de prévention primaire des pathologies de surcharge qui a pour objet :

- d'améliorer l'état nutritionnel de la population ;
- de stabiliser la prévalence de surcharge pondérale chez les enfants ;
- de favoriser l'activité physique et sportive.

Ce programme demande à être poursuivi et dynamisé afin de faire particulièrement évoluer :

- la mise en place de messages communs en matière d'équilibre alimentaire ;
- la composition en sel et en sucre des produits alimentaires issus de l'industrie ;
- les démarches de contrôle de la qualité des produits ;
- la réglementation en vue d'harmoniser l'étiquetage nutritionnel des produits alimentaires ;
- l'appropriation par les populations des connaissances des règles de diététique (index glycémique, règles nutritionnelles...).

De plus, un bon accompagnement sur le plan diététique, physique et psychologique des patients, permet de ralentir la progression des maladies, d'éviter une dégradation de leur état voire de permettre une guérison. A ce jour, ce travail est principalement coordonné par le centre d'éducation diabétique et diététique (C.E.D.D.) en étroite collaboration avec les médecins traitants.

En outre, il est indispensable d'améliorer le repérage de l'insuffisance rénale débutante ce qui passe par le partage de bonnes pratiques de dépistage et de suivi entre les médecins généralistes, les spécialistes des pathologies les plus fréquemment rencontrées à l'origine de l'atteinte rénale et les néphrologues.

En effet, dès que ces pathologies de surcharge sont diagnostiquées, des protocoles de suivi de marqueurs biologiques de la fonction rénale sont préconisés par les recommandations de bonnes pratiques validées par le réseau. Ils doivent être diffusés, connus, pratiqués et demandés dans le cadre notamment des protocoles de suivi des assurés longue maladie par tous les médecins.

D'autre part, l'institutionnalisation d'une journée d'information annuelle du rein, aujourd'hui à l'initiative du réseau, doit être encouragée.

II. De la prévention secondaire

Elle vise à la détection précoce des maladies, dans le but de les découvrir à un stade où elles peuvent être traitées.

L'entrée dans l'I.R.C. demeure longtemps asymptomatique, aussi une approche culturelle sur la représentation de la maladie doit être favorisée, afin d'obtenir l'adhésion aux préconisations et traitements.

A ce sujet, il est prouvé qu'une identification précoce de la dégradation de la fonction rénale et la mise en place d'une éducation thérapeutique adéquate, permettent de différer la substitution rénale.

De ce fait, dès lors qu'une dégradation des indicateurs est constatée, la consultation auprès d'un médecin néphrologue doit être demandée, et il est nécessaire d'organiser le suivi régulier de ces patients, pour éviter les perdus de vue et les décompensations tardives. Un travail d'éducation du patient abordant l'hygiène de vie (alimentation, activité physique et aspect psychologique), l'hygiène et la surveillance des pieds (à promouvoir par des podologues). Aussi, il conviendrait de charger l'ASS-NC, dans le cadre de ses missions de prévention, de mettre en place un dispositif permettant de toucher cette population de patients I.R.C. et de diffuser des supports d'information adaptés.

III. De la prévention tertiaire

Elle tend à éviter les complications pour les maladies déjà présentes.

Il s'agit ici de continuer le travail de soutien psychologique, de conseil diététique et d'activité physique, et d'accompagner le patient vers un projet de greffe lorsqu'il est indiqué.

TITRE III ORGANISATION DES STRUCTURES DE SOINS DE DIALYSE

Section 1 : Une graduation des soins formalisée

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.5

Lorsque les reins n'assurent plus leurs fonctions de filtration du sang et de sécrétion hormonale, les patients I.R.C. peuvent recourir à trois types de suppléance extra rénale pour continuer de vivre.

I. La transplantation rénale

Ce procédé de greffe d'un rein permet, lorsqu'il n'y a pas de rejet, un retour à la vie normale du patient (fin des séances de dialyse).

Aujourd'hui, toutes les greffes sont réalisées en Australie ou en France métropolitaine. Dans le souci d'augmenter les chances pour les patients de pouvoir bénéficier d'une greffe, la Nouvelle-Calédonie s'est dotée :

- d'un laboratoire permettant le groupage H.L.A. (Human Leucocyt Antigen) des patients en attente de greffe et des donneurs,
- d'une réglementation concernant le don d'organe.

Le dispositif permet de prélever en Nouvelle-Calédonie les reins de personnes décédées et de programmer leur transplantation à des patients compatibles, en Australie dans les heures qui suivent.

II. La dialyse péritonéale

Il s'agit d'un traitement de l'I.R.C. qui se réalise au domicile du patient et qui préserve son autonomie. Ce traitement nécessite de la part du patient une bonne connaissance de sa maladie, de son traitement, un apprentissage parfait de la technique, des règles d'hygiène très strictes et une surveillance régulière et rigoureuse.

Ce type de traitement se réalise de deux façons :

- la dialyse péritonéale continue ambulatoire (D.P.C.A.),
- la dialyse péritonéale automatisée (D.P.A.).

La D.P. doit être privilégiée en première intention en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques validées par le réseau.

III. L'hémodialyse

Il s'agit d'une technique de dialyse extracorporelle qui se fait au travers d'un générateur d'hémodialyse (ou rein artificiel).

Dans les structures de soins, les séances d'hémodialyse sont réalisées au moins trois fois par semaine, avec une présence permanente du personnel infirmier et, le cas échéant, du personnel médical.

Elles peuvent être réalisées au domicile du patient mais cette modalité nécessite une maîtrise parfaite des gestes à accomplir pour réaliser la séance de dialyse (nettoyer et désinfecter l'appareil).

IV. Mise en place d'une graduation des soins

Ce schéma prévoit de graduer la prise en charge de l'I.R.C. selon quatre niveaux.

La réglementation de cette graduation des soins correspond à un encadrement sanitaire, médical et paramédical structuré et tient compte des trois impératifs suivants :

- la distinction entre l'accès de proximité adapté aux patients stabilisés et l'accès à des sites accueillant des patients polyopathologiques qui nécessitent que leur sécurité soit assurée par des équipes compétentes et en capacité de répondre à l'urgence de leur état clinique ;
- la mise en réseau des professionnels, afin de promouvoir la continuité et la sécurité des soins ;
- la mise en réseau des dossiers patients entre tous les acteurs de la filière de l'I.R.C.

Dans tous les cas, en matière de sécurité sanitaire et technique, les structures sanitaires autorisées à pratiquer les activités d'épuration extra rénale s'engagent à mettre tous les moyens en œuvre pour suivre et appliquer les recommandations de bonnes pratiques validées par le réseau.

La répartition de l'offre de soins propre à répondre aux objectifs du S.O.S.I.R.C. se compose de quatre niveaux dont les conditions techniques de sécurité et de fonctionnement sont définies par un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Section 2 : Les quatre niveaux de l'offre de soins

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.5

Sont mis en place quatre niveaux de traitement par épuration extra-rénale. Il est préconisé que la population prise en charge selon chacune des modalités de traitement soit répartie comme suit :

| Modalité de traitement | Part de la population traitée en épuration extra-rénale |
|----------------------------------|---|
| Centre d'hémodialyse | 30 % |
| Unité de dialyse médicalisée | 30 % |
| Unité d'hémodialyse de proximité | 30 % |
| Dialyse péritonéale | 10 % |

L'hémodialyse à domicile au vu des expériences dans d'autres pays reste encore confidentielle autour de 1 % des patients bénéficiant d'une épuration extra-rénale.

I. Le centre d'hémodialyse (C.H.)

Le C.H. prend principalement en charge des patients traités par hémodialyse périodique, dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin ou dont le comportement est incompatible avec la dialyse selon une autre modalité de traitement.

Le C.H. est adossé à une structure sanitaire permettant l'hospitalisation à temps complet du patient dans des lits de chirurgie ou dans des lits de médecine, identifiés ou non en néphrologie.

Le C.H. assure les replis médical ou technique de l'unité de dialyse médicalisée, de l'unité d'hémodialyse de proximité et de l'unité de dialyse à domicile, lorsque ces derniers ne peuvent être réalisés par l'unité de dialyse médicalisée.

La structure sanitaire à laquelle le C.H. est adossé dispose également d'un service de réanimation, d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et d'un équipement d'imagerie ou, à défaut, établit une convention avec d'autres structures sanitaires en disposant. Ces services sont accessibles dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

Le C.H. peut accueillir des patients en déplacement ou en séjour de vacances habituellement traités en C.H.

Le C.H. ne peut accueillir des enfants que sous réserve qu'il dispose des moyens matériels adaptés et que l'enfant soit accueilli dans une salle de traitement distincte de celle des adultes ou dans un box isolé et qu'il soit suivi conjointement au médecin qualifié en néphrologie par un pédiatre.

Les techniques d'hémodialyse reposant sur la réinjection intraveineuse d'un liquide de substitution produit extemporanément à partir du dialysat peuvent être pratiquées dans les C.H.

Les C.H. ont accès, y compris en urgence, à des produits sanguins et à des médicaments dérivés du sang. Ces produits sont obtenus dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

II. L'unité de dialyse médicalisée (U.D.M.)

L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients dont l'état nécessite une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent pas être pris en charge en unité d'hémodialyse de proximité ou en hémodialyse à domicile.

L'unité de dialyse médicalisée peut accueillir des patients en déplacement ou en séjour de vacances habituellement traités en unité de dialyse médicalisée.

L'U.D.M. peut assurer les replis technique et médical de l'unité d'hémodialyse de proximité et de l'hémodialyse à domicile.

Les techniques d'hémodialyse reposant sur la réinjection intraveineuse d'un liquide de substitution produit extemporanément à partir du dialysat peuvent être pratiquées dans les U.D.M.

III. L'unité d'hémodialyse de proximité (U.H.P.)

L'unité d'hémodialyse de proximité accueille des patients stabilisés dont l'état clinique ne nécessite pas la présence d'un médecin au cours des séances.

L'unité d'hémodialyse de proximité peut accueillir des patients en déplacement ou en séjour de vacances habituellement traités en unité d'hémodialyse de proximité.

IV. L'unité de dialyse à domicile (U.D.D.)

La dialyse à domicile prévoit deux modalités de traitement : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile.

La dialyse péritonéale et l'hémodialyse sont réalisées à domicile ou dans le lieu où le patient réside, même temporairement. Pour l'application de cette disposition, tout établissement ou service public ou privé social ou médico-social assurant un hébergement est regardé comme un lieu de résidence du patient.

Le domicile ou le lieu où réside le patient est adapté à la pratique de la dialyse à domicile dans des conditions suffisantes de sécurité, d'hygiène et de confort.

L'U.D.D. autorisée à l'une des modalités de dialyse à domicile, installe, au domicile du patient qu'elle prend en charge ou dans le lieu où il réside, l'équipement nécessaire. Elle fournit également les médicaments, les objets et produits directement liés à la réalisation de la dialyse, et le cas échéant, un système produisant l'eau pour l'hémodialyse.

Le patient bénéficiant d'une dialyse à domicile et, le cas échéant, une personne de son entourage qui peut lui prêter assistance, sont formés à la modalité de traitement concernée. L'aide d'un infirmier, également formé, peut être sollicitée.

Lorsque l'état du patient requiert l'aide d'une tierce personne qui ne peut être trouvée dans l'entourage habituel du patient, il est fait appel à un infirmier formé à la modalité de traitement concernée.

La formation du patient et de la tierce personne est dispensée dans les conditions définies par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

1. La dialyse péritonéale

Toute structure sanitaire titulaire d'une autorisation d'hospitalisation complète, accueillant des patients traités par dialyse péritonéale doit être en mesure de permettre à ces derniers de poursuivre leur traitement pendant leur hospitalisation.

Qu'elle soit manuelle ou automatisée, cette technique est pratiquée soit par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce personne, soit par la tierce personne.

Pour les enfants, la dialyse péritonéale est réalisée à domicile, après formation de la famille par la structure sanitaire autorisée à pratiquer cette activité en lien avec le service de pédiatrie qui suit l'enfant.

Quand la pratique de la dialyse péritonéale n'est plus adaptée à l'état du patient, il est replié vers un C.H. qui définit la modalité de traitement la plus adaptée. En cas de nécessité, son hospitalisation peut être prononcée.

2. L'hémodialyse à domicile

L'hémodialyse à domicile est réalisée par le patient. Il est en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à son traitement, en présence d'une tierce personne de son entourage, qui peut lui prêter assistance. L'aide d'un infirmier peut être sollicitée.

Section 3 : Coordination entre les différents niveaux

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.5

La coordination entre les différents niveaux doit être formalisée par le biais de conventions et de protocoles qui engagent les structures sanitaires autorisées à exercer l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale, de façon expresse et individualisée.

Ces conventions de coopération dont le contenu est fixé par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, doivent être produites par toutes les structures sanitaires sollicitant une demande d'autorisation ou de renouvellement de fonctionnement.

L'évaluation de la mise en œuvre des conventions est réalisée par les structures sanitaires autorisées et les équipes médicales concernées au moins une fois par an et transmise au service compétent de la Nouvelle-Calédonie en matière de santé.

Cette évaluation concerne l'ensemble des patients, quel que soit leur parcours et leur devenir médical, et porte notamment sur les patients transférés, hospitalisés, transplantés, ainsi que sur les patients décédés. Elle permet d'évaluer le respect des référentiels d'orientation des patients I.R.C. en fonction des risques qu'ils présentent.

D'autre part, chaque patient doit disposer d'un dossier médical personnel qui doit être communicable entre toutes les structures sanitaires autorisées. Ce dossier contient au minimum :

- les éléments indispensables au recueil des données du registre relatif à l'I.R.C. ;
- une attestation signée par le patient spécifiant qu'il a bénéficié de l'information pré-dialyse ;
- une attestation de consentement éclairé, signée par le patient, rappelant :
 - les indications et contre-indications posées par son néphrologue référent au vu de son état de santé ;
 - l'indication de la modalité de traitement la plus adaptée à son état clinique ;
 - le choix opéré par le patient. Le cas échéant, celui-ci précise qu'il choisit pour des raisons personnelles une modalité de traitement dont le niveau de soins est inférieur à celui préconisé par son néphrologue référent ;
- tous les événements ayant entraîné un changement de modalité de traitement dans son parcours de soins.

Le dossier de demande ou de renouvellement d'autorisation prévu à l'article 25 de la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie, doit garantir l'existence des conventions passées avec une ou plusieurs autres structures sanitaires dans les conditions prévues par chaque niveau de la filière I.R.C.

Section 4 : Conventions entre les différents partenaires

Le promoteur d'un centre d'hémodialyse doit s'assurer par convention de la collaboration d'un cardiologue, d'un anesthésiste-réanimateur ou d'un réanimateur médical, d'un chirurgien et d'un radiologue.

Le promoteur d'une unité d'hémodialyse de proximité doit conventionner avec une structure sanitaire publique ou privée pour assurer la continuité des soins en cas d'urgence par l'intermédiaire d'un médecin généraliste.

Section 5 : Réunions de morbi-mortalité

Des réunions de morbi-mortalité, organisées entre les structures sanitaires autorisées à pratiquer les activités de traitement de l'I.R.C., ont pour objectif l'amélioration des pratiques.

Lorsque les reins n'assurent plus leurs fonctions de filtration du sang et de sécrétion hormonale, les patients I.R.C. peuvent recourir à trois types de suppléance extra rénale pour continuer de vivre.

L'évaluation de la mise en œuvre des conventions est réalisée par les structures sanitaires autorisées et les équipes médicales concernées au moins une fois par an et transmise au service compétent de la Nouvelle-

TITRE IV EVALUATION

Modifié par la délibération n° 346 du 20 janvier 2014 – Art.6

Avant le 1er juin de chaque année, un bilan de la prise en charge des patients souffrants d'I.R.C. doit être réalisé par le réseau et présenté aux services compétents de la Nouvelle-Calédonie en matière de santé.

Ce bilan comprend :

- une évaluation de l'atteinte des objectifs fixés par le S.O.S.I.R.C.,
- une évaluation de l'adaptation de l'offre au regard d'éléments démographiques et épidémiologiques recueillis au travers du registre relatif à l'insuffisance rénale chronique.

Lorsque ce bilan objective de nouveaux besoins, ceux-ci sont présentés au comité d'organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie pour avis. Le cas échéant, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie fixe les nouveaux besoins à couvrir par arrêté. Dans tous les cas, les demandes d'autorisation de fonctionnement destinées à répondre aux besoins de soins identifiés par cet arrêté sont reçues dans les conditions établies par l'article 24 de la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 précitée.

A la date de clôture de la période concernée, les services compétents en matière sanitaire de la Nouvelle-Calédonie transmettent les dossiers complets au président du comité d'organisation sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie.

TITRE V SUIVI ET MISE EN OEUVRE

Les structures sanitaires souhaitant exercer les activités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale doivent se conformer aux conditions de fonctionnement et aux procédures d'autorisation détaillées aux articles 5, 16 et 17 de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

Annexe 4 à la délibération n°171 du 25 janvier 2001 fixant le schéma d'organisation en faveur de la promotion de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie

Créée par la délibération n° 300 du 28 août 2013 – Art. 4

TITRE I HISTORIQUE ET PROBLEMATIQUES

La conception de la maladie mentale est le produit des cultures et de l'histoire d'une société. C'est pourquoi, le rapport de la raison à la folie diffère d'une communauté à une autre, et de manière générale, entre les individus qui les composent.

Pendant des siècles, des explications ésotériques et cosmiques ont gouverné la manière dont on traitait les personnes souffrant de troubles mentaux. Elles étaient considérées :

- soit comme appartenant au mal, à la bestialité et à la honte, la folie ne pouvant réserver aucune vérité,
- soit comme des médiateurs capables de communiquer avec les ancêtres et les esprits et de transmettre leur parole.

A ce jour, les comportements liés aux troubles mentaux peuvent être attribués à des causes spirituelles, ou à la possession par un esprit à cause d'actes présumés irrespectueux ou dommageables pour la communauté et perçus comme intentionnels. Cette appréhension des troubles mentaux provoque l'utilisation de remèdes qui peuvent être inadaptés, inefficaces et préjudiciables à la santé. En effet, l'action punitive et la critique peuvent conduire à une perte de confiance en soi, générant la stigmatisation et l'exclusion sociale. Aussi, le déni de la maladie, une interprétation erronée, ou inappropriée des troubles mentaux peuvent priver les personnes de l'assistance dont elles ont besoin (ex : troubles de l'attention-dyslexie assimilés à de la fainéantise).

En Europe, à partir du 17^{ème} siècle, la charité et la philanthropie ont inspiré les premiers dispositifs d'accueil et d'hébergement, prenant en compte sans différenciation étiologique les personnes vulnérables et les nécessiteux. Ils assuraient ainsi sans distinction des missions de protection, de moralisation, d'enfermement, de répression et d'éducation visant à préserver l'ordre social.

Cependant, même si des changements de paradigmes scientifiques et sociopolitiques ont fait évoluer ce type d'attitude souvent contre l'opinion publique, encore aujourd'hui les malades mentaux peuvent être considérés comme une sous-humanité incurable, justifiant des conditions de vie misérables et l'internement à vie en prison ou en asile.

Depuis le milieu du siècle dernier, les dispositifs ont commencé à différencier les publics et à diversifier leurs prises en charge, à spécialiser leurs professionnels, notamment dans le domaine de la maladie mentale. En parallèle, un long processus de désinstitutionnalisation hospitalière s'est progressivement mis en place puis s'est accentué par la découverte des neuroleptiques, qui ont élargi les possibilités thérapeutiques et permis aux malades d'accéder à une certaine autonomie, voire même d'envisager un retour à domicile ou dans des structures extrahospitalières adaptées.

De plus :

- la recherche médicale a permis de trouver des causes organiques aux troubles et pathologies mentales (anomalies du fonctionnement cellulaire, anomalies de neurotransmission, causes génétiques, biologiques, traumatiques, virales, etc.) ;
- les progrès des sciences humaines ont permis de mieux connaître les origines sociales de certains troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété,

Délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 – Mise à jour le 3/06/2016

- la recherche appliquée a mis en évidence que la plupart des troubles mentaux de l'adulte trouvent leurs origines dans le vécu de la petite enfance,
- les études ont démontrés que les interventions psychologiques et psychosociales accélèrent et confortent efficacement dans un grand nombre de cas la guérison des troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété, et stabilisent certaines affections chroniques,
- les neurosciences et la recherche pharmacologique ont diversifié la gamme des psychotropes adaptés à la plupart des pathologies, autorisant un compromis entre efficacité et tolérance des effets secondaires, dans le but d'améliorer la compliance des patients.

Depuis, il est communément admis que les maladies mentales résultent d'une interaction complexe et constante entre facteurs génétiques, biologiques, environnementaux. C'est le modèle bio-psycho-social.

Ces éléments ont modifié les représentations de la maladie mentale, et ont entraîné une prise de conscience institutionnelle de la nécessité de protéger les droits et la dignité des personnes souffrant de troubles mentaux. Dans ce contexte, à partir des années 80, l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.) définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social. La santé s'inscrit donc dans un processus dynamique résultant de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux en interaction constante.

Au vu de cette définition, la santé mentale est un facteur contribuant à l'état complet de bien-être. Aussi, du fait de son déterminisme multifactoriel, trois dimensions lui sont aujourd'hui communément attribuées, à savoir :

- **les troubles mentaux** : qui nécessitent une prise en charge psychiatrique et qui font référence à des classifications diagnostiques qui correspondent à des troubles plus ou moins sévères et handicapants comme les troubles psychotiques, les schizophrénies, les psychoses maniaco-dépressives, les délires chroniques, les troubles dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les troubles de l'usage des produits toxiques et les troubles de la personnalité, dont les personnalités antisociales ;
- **la détresse psychologique ou souffrance psychique** : qui est un état de mal-être potentiellement révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Elle correspond à la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Ce sont la mesure du degré d'intensité de la souffrance psychique, sa permanence et sa durée, ainsi que ses conséquences, qui peuvent conduire à la nécessité d'une prise en charge relevant du réseau sanitaire et social primaire ;
- **la santé mentale positive** : qui fait référence, soit à un état de bien-être, un sentiment de bonheur et/ou de réalisation de soi, soit à des caractéristiques de la personnalité (résilience, optimisme, impression de maîtriser sa vie, estime de soi). C'est un état positif, d'équilibre et d'harmonie entre les structures de l'individu et celles du milieu auquel il doit s'adapter. La santé mentale positive ne se définit pas seulement par l'absence de troubles mais comme une capacité dynamique, une continuelle recherche de l'autonomie.

La personne en bonne santé mentale se sent suffisamment en confiance pour s'adapter à une situation à laquelle elle ne peut rien changer, elle est capable d'établir un équilibre entre tous les aspects physique, psychologique, spirituel, social de sa vie.

A ce titre, l'amélioration de la santé ne relève donc pas seulement du secteur sanitaire. Son ambition est le bien-être complet de l'individu, nécessitant la synergie entre toutes les sphères de l'existence :

- logement ;
- éducation ;
- alimentation ;
- ressources stables et suffisantes ;
- écosystème préservé ;
- justice sociale garantissant un traitement équitable.

Si cette conception plurifactorielle peut générer de la confusion dans les remèdes à mettre en œuvre, elle permet de développer une prévention ciblée concernant certaines situations à risque.

En effet, la charge de morbidité mentale affecte plus particulièrement les groupes sociaux vulnérables, dont la situation et/ou les ressources sont défavorables. En Nouvelle-Calédonie comme ailleurs, ces groupes sont :

- les enfants et les adolescents dont le développement est perturbé ;
- les femmes, en particulier celles qui sont maltraitées ;
- les personnes âgées ;
- les personnes qui vivent dans la pauvreté, ou sans domicile fixe ;
- les personnes traumatisées par les conflits ;
- les populations ethniques autochtones ;
- les migrants et les personnes déplacées.

Leurs membres risquent plus que quiconque d'être stigmatisés, de voir leurs droits humains violés, et d'être exclus de la société. En effet, la maltraitance, la pauvreté, l'absence de domicile fixe, la précarité, le chômage... peuvent aussi bien générer des troubles mentaux, qu'en être le résultat. C'est pourquoi, ces personnes doivent être davantage soutenues pour adhérer à une démarche de soins et d'insertion.

Aussi, les troubles mentaux et les troubles physiques interagissent entre eux dans une relation complexe. De ce fait chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux, le risque de souffrir d'un trouble physique est plus élevé par négligence et manque d'observance de comportements sanitaires adaptés. Aussi leurs chances de guérison s'en trouvent d'autant plus compromises. A titre indicatif, au cours d'une étude multicentrique dirigée par l'O.M.S, il a été établi que 24 % des recours à une consultation de médecine générale, étaient identifiés comme relevant d'un diagnostic psychiatrique.

D'autre part, de nombreux facteurs macro-sociaux et macro-économiques non sanitaires ont une incidence sur la santé mentale (crises politiques et financières, catastrophes naturelles...).

D'un point de vue financier, l'O.M.S. et l'organisation internationale du travail, estiment entre 3 et 4 % du produit intérieur brut (P.I.B.) l'impact financier généré par les problématiques de santé mentale. Cette évaluation comprend à la fois les coûts directs sanitaires et sociaux, ainsi que les coûts induits par la perte de productivité (la diminution de la performance au travail, l'absentéisme et les congés de maladie, la perte d'emploi, le désinvestissement du temps libre et la mortalité précoce). Le P.I.B. de la Nouvelle-Calédonie étant de 752 milliards F.CFP pour l'année 2009, les dépens sont donc compris entre 22,5 et 30 milliards F.CFP.

Aujourd'hui, il n'y a donc pas de santé, de bien-être, ni de socialité équilibrée sans santé mentale. En ce sens, elle est un concept dynamique, à sans cesse reformuler et questionner, puisqu'elle implique tous les éléments de la vie qui sont susceptibles de l'altérer, de la préserver ou de la développer.

Consciente que la santé mentale d'un individu est déterminée par une multiplicité de facteurs (biologiques, personnels, familiaux, sociaux, économiques, politiques...), la Nouvelle-Calédonie adhère aux principes définis par l'O.M.S., et se reconnaît responsable de la santé de ses citoyens.

La construction et la place de la santé mentale continueront toujours d'interroger le rapport à la norme et les liens sociétaux. En Nouvelle-Calédonie, il faut rappeler que ces liens sont empreints de l'histoire coloniale, et que sa population est composée de groupes culturels divers. De plus, aujourd'hui, les valeurs océaniques et occidentales coexistent et interagissent avec les pressions de changement produites par la mondialisation, amenant les individus à :

- d'une part, créer eux-mêmes leur histoire, et ne plus être dépendants des lois impersonnelles,
- d'autre part, exister dans une culture de la performance et s'engager dans l'action à travers leur propre responsabilité.

En conséquence, l'action publique doit faciliter collectivement l'action individuelle y compris celles des citoyens atteints de troubles mentaux, dans l'objectif de permettre l'accomplissement et l'inclusion sociale de tous.

A ce titre, les collectivités de la Nouvelle-Calédonie influencent fortement ces facteurs par leurs politiques. Parmi les mesures et programmes publics existant qui peuvent entraîner un effet bénéfique sur la santé mentale et globale, il convient d'encourager ceux qui visent à :

- réduire la pauvreté, et d'une manière générale les fractures sociales ;
- promouvoir la qualité de vie en améliorant les facteurs déterminants environnementaux ;
- améliorer le logement et les conditions de vie des populations en particulier urbaines ;
- garantir de bonnes pratiques en matière d'emploi ;
- construire des programmes scolaires et de formation continue qui développent les aptitudes psychosociales essentielles ;
- encourager le suivi de l'enseignement secondaire ;
- soutenir le plan addictions.

L'ensemble de ces politiques doit s'inscrire dans une simplification des démarches administratives, et prendre en compte les populations vulnérables ou porteuses de troubles mentaux, ainsi que leurs proches qui sont les premiers aidants.

Au-delà de cette approche globale, le schéma de santé mentale de la Nouvelle-Calédonie choisit aussi d'inscrire ses préconisations organisationnelles et fonctionnelles, afin de rendre efficient le parcours de prise en charge de l'individu :

- en coordonnant les organisations existantes pour améliorer le dépistage, l'orientation et le suivi ;
- en promouvant des dispositifs insuffisamment développés ;
- en reconnaissant la place des aidants familiaux et de l'entourage ainsi que la nécessité de les accompagner et soutenir pour vivre avec un de leurs proches, malade.

TITRE II LES CONSTATS PARTAGES

La plupart des sociétés s'attachent à façonner des destinées individuelles dans un souci de pérennité des institutions familiales. En conséquence, les communautés peuvent être amenées à réguler socialement les problématiques de santé mentale individuelles et collectives. Même si ces dispositifs ne sont pas formalisables, ils font partie intégrante des prises en charge existantes.

Ainsi, aux pratiques soignantes traditionnelles et familiales de la santé mentale, s'ajoutent les dispositifs et structures institutionnels visant sa prévention, sa prise en charge sanitaire, sociale, médico-sociale et éducative.

Ces organisations ont la mission d'intervenir auprès de populations porteuses de troubles et/ou de souffrances psychiques. A ce titre, l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités », finalisée en 2010 avec le concours de l'O.M.S, s'est attachée notamment à estimer la prévalence des cinq principaux troubles mentaux en Nouvelle-Calédonie.

Le tableau ci-dessous détaille les prévalences des troubles constatées au sein de l'échantillon enquêté et estime la population concernée en extrapolant ces résultats à la population des personnes âgées de plus de 18 ans, sur la base des résultats du recensement de 2009 réalisé par l'Institut de la statistique et des études économiques (I.S.E.E.). Les éventuelles comorbidités ne sont pas prises en compte.

| Lieu de résidence | Grand Nouméa | | Brousse et îles | | Total des populations concernées estimées n+n' |
|-------------------------------|--------------|--------------------------------|-----------------|---------------------------------|--|
| Troubles | Prévalence | Population concernée Estimée n | Prévalence | Population concernée Estimée n' | |
| Au moins un trouble psychique | 46,1% | 53 445 | 34,6% | 18 639 | 72 084 |
| Problèmes d'alcool | 15,6% | 18 086 | 15% | 8 080 | 26 166 |
| Problèmes de drogues | 8,7% | 10 086 | 6,1% | 3 286 | 13 372 |
| Troubles de l'humeur | 18,9% | 21 912 | 13% | 7 003 | 28 915 |
| Troubles anxieux | 28,5% | 33 041 | 21% | 11 312 | 44 353 |
| Risque suicidaire : | | | | | |
| ▪ élevé et moyen | 6.5% | 7 535 | 2.4% | 1 292 | 8 827 |
| ▪ léger | 13.1% | 15 187 | 8.3% | 4 470 | 19 657 |
| Troubles psychotiques | 4,3% | 4 985 | 1% | 537 | 5 522 |

L'ensemble des acteurs institutionnels et associatifs concernés par les politiques de santé mentale, ont établi un état des lieux des structures et organisations existantes, des données épidémiologiques et une évaluation des coûts. L'état des lieux préalable à l'élaboration du schéma d'organisation en faveur de la promotion de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie est publié sur le site officiel de la D.A.S.S.-N.C. (<http://www.dass.gouv.nc/>) et consultable dans les locaux du service compétent de la Nouvelle-Calédonie. Cette première approche non exhaustive et imparfaite s'explique par un manque d'indicateurs partagés.

Toutefois, malgré les dispositifs qui se sont structurés et mis en place au cours des quinze dernières années, ainsi que les financements votés par les collectivités au service de la population, tous les représentants institutionnels et associatifs ayant participé à l'élaboration de ce schéma de santé mentale, se sont accordés sur les constats suivants :

- impression d'insuffisance des moyens pris individuellement ;
- difficulté de recrutement de médecins psychiatres de plus en plus ressentie en Nouvelle-Calédonie, conséquence du déficit de formation universitaire dans cette discipline ;
- manque de connaissances permettant une approche socioculturelle de la maladie dans une population multiculturelle ;
- professionnels socio-éducatifs souvent démunis au contact de personnes présentant un trouble ou une souffrance psychique, ce qui est préjudiciable à la prise en charge du public le plus en difficulté ;
- de nombreuses tentatives de mise en réseau réalisées, mais encore trop de personnes dépendantes. Elles se heurtent au renouvellement constant des professionnels et souffrent d'un manque de formalisation ;
- implication insuffisante du secteur libéral dans une politique de santé publique au service de toute la population du territoire ;
- manque d'informations claires sur les missions des services proposés, les modalités d'adressage ;
- délais de rendez-vous en secteur spécialisé trop longs, ce qui engendre une démotivation des personnes à s'engager dans une démarche de soins ;
- absence de réponse fiable et de contacts identifiés dans la plupart des institutions ;
- absence de retour d'information et de communication, relatives à l'évolution des patients adressés ;
- accessibilité financière réduite à l'offre psychothérapeutique, conséquence de l'absence de prise en charge par les organismes de protection sociale ;
- une filière incomplète pour la prise en charge des adolescents, par manque :
 - de structures alternatives à l'hospitalisation relayant les prises en charge initiées lors de la petite enfance,
 - d'internat spécialisé accueillant les enfants porteurs de troubles mentaux,

- de structure en capacité d'offrir des temps de rupture avec le milieu familial lors d'épisodes critiques ou afin de soulager les parents,
- une politique impossible à mener en termes de prévention de la maltraitance et de la délinquance, par insuffisance :
 - de moyens pour assurer les mesures éducatives de prévention administratives (aide éducative à domicile),
 - de moyens pour assurer les mesures éducatives en milieu ouvert prononcées par le juge,
 - d'établissements et de familles d'accueil dans les services de protection de l'enfance pour répondre aux demandes de placement réalisées par les juges des enfants,
 - de greffiers pour transcrire les jugements qui ont été rendus,
- manque de concertation pour les séjours de rupture organisés dans les îles Loyauté, avec les familles, les institutions coutumières et la direction de l'action communautaire et de l'action sanitaire de la province des îles Loyauté (D.A.C.A.S.) ;
- difficulté pour les professionnels à coordonner la prise en charge et à en assurer la continuité pour le public en errance. Aussi, les dispositifs existants répondent de manière inadaptée aux problématiques les plus complexes, ce qui aggrave l'exclusion de ces publics ;
- des personnes dans le déni de leur pathologie, dans la non expression de demande et désocialisées (non signalées et/ou sans prises en charge) refusent les soins proposés et n'acceptent pas d'entrer dans le dispositif de reconnaissance du handicap. Elles s'efforcent de vivre avec la maladie, le plus souvent sans soutien. Ces personnes ne sont pas comptabilisées mais ont à minima les mêmes besoins que les personnes recensées par la commission de reconnaissance du handicap et de la dépendance de Nouvelle-Calédonie (C.R.H.D.-N.C.) ;
- parmi les patients hospitalisés sans leur consentement, encore beaucoup le sont parce qu'ils perturbent l'ordre public, alors qu'ils ne relèvent pas des soins psychiatriques ;
- la pression générée par les urgences entraîne des durées moyennes de séjour trop courtes pour permettre une stabilisation des patients en hospitalisation libre et une adhésion à un parcours de soins cohérent en structure ambulatoire ou alternative ;
- manque de dispositif curatif et de sevrage pour les problématiques addictives ;
- à ceci s'ajoute le sentiment d'un défaut de reconnaissance du rôle des familles et des proches du malade. Ils demeurent le plus souvent les premiers aidants des patients et la prise en compte de leur souffrance reste encore insuffisante.

Par ailleurs, les médecins généralistes, acteurs de proximité privilégiés, et disposant d'une bonne connaissance des familles, représentent les acteurs sanitaires qui sont en capacité d'assurer :

- la détection précoce des pathologies psychiatriques ;
- la détection et le traitement des souffrances psychiques ;
- l'orientation auprès des professionnels spécialisés et le relais auprès de ceux-ci ;
- l'accompagnement psychiatrique et somatique des patients stabilisés, en concertation avec les psychiatres ;
- le premier recours en cas d'urgence.

Bien que ce rôle considérable soit connu de tous, l'absence de définition claire des fonctions entre le médecin généraliste et le psychiatre dans l'organisation du suivi nuit à un partenariat de qualité. Enfin, au-delà des constats précédents partagés par les médecins généralistes, ils reconnaissent un besoin d'améliorer leurs connaissances, tant en termes de diagnostic que de propositions thérapeutiques.

TITRE III

LE SCHEMA DE SANTE MENTALE DE LA NOUVELLE-CALEDONIE (S.S.M.-N.C.)

Ce schéma a pour vocation de fédérer tous les acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale, qu'ils soient des intervenants sanitaires, des institutionnels ou de simples citoyens, autour d'une mission de service public et de proximité.

Il prend en compte l'évaluation des actions s'articulant avec les autres plans et politiques publiques destinées aux personnes vivant avec des troubles psychiques.

Le choix a été fait de proposer des objectifs stratégiques, lisibles par tous.

Leur déclinaison implique tous les niveaux décisionnels concernés : gouvernement, provinces, Caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs salariés (C.A.F.A.T.), communes. A tous ces niveaux, les orientations stratégiques peuvent et doivent être traduites par chacun, dans le champ de compétence qui lui est propre. Les décideurs ont aussi pour mission de veiller à les articuler avec d'autres schémas et cadres réglementaires existants ou à venir (périnatalité, promotion de la santé maternelle et infantile, handicap, personnes âgées, addictologie, protection de l'enfance, prévention de la délinquance, programmes scolaires, insertion, logement...).

En effet, la primauté du droit commun concerne tout autant les soins somatiques que psychiatriques, l'accès aux droits, au logement, à l'emploi... L'articulation des dispositifs est essentielle (accès au droit commun, adaptation du droit commun quand c'est nécessaire et dispositifs spécifiques dès lors que le droit commun ne peut s'appliquer). Un défi particulier aux situations liées à des troubles mentaux chroniques réside dans l'impératif de conjuguer dans la durée les soins et les accompagnements.

La participation et la responsabilisation des personnes est au cœur de la promotion de la santé mentale. Il s'agit de permettre à tous, y compris aux personnes souffrant de troubles mentaux et leurs proches, d'exprimer et de développer leurs capacités et potentiels. Une véritable participation implique qu'une attention spécifique soit portée aux difficultés particulières rencontrées par les personnes vivant des troubles psychiques graves. Une vigilance particulière des professionnels s'attachera à recueillir avec l'accord des patients, la désignation d'une personne de confiance, et la désignation d'un soignant référent.

Par ailleurs, que l'accès aux soins soit effectué de façon précoce, anticipée ou en situation de crise, le projet élaboré avec et pour la personne doit être global : intégrant les dimensions de soins (psychiatrique et somatique) et d'accompagnement, et régulièrement réévalué.

Le soin ne peut s'inscrire dans la vie de la personne que s'il y a une recherche permanente d'une alliance thérapeutique, à travers une relation de confiance indispensable à l'observance du traitement et plus globalement au projet thérapeutique.

Parfois, la capacité à consentir à des soins est à ce point troublée que les équipes soignantes doivent intervenir en dérogeant au principe général de consentement libre et éclairé du patient (notamment les soins à la demande de tiers). Ces soins psychiatriques, qu'elles dispensent alors à une personne qui n'est provisoirement plus à même d'accepter ou non ces soins, doivent se dérouler dans un cadre très strictement défini, contrôlé par le juge judiciaire depuis la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*, applicable en Nouvelle-Calédonie.

Les ruptures de la capacité à demander de l'aide et à consentir font partie intégrante de nombreux troubles. Travailler sur cette capacité à consentir, rechercher l'alliance thérapeutique même dans les moments difficiles, amener progressivement la personne à prendre la mesure de ses troubles et mieux réagir lorsqu'elle en a besoin, est la meilleure garantie d'amélioration durable de l'état de santé de la personne et sont donc au cœur de la prise en charge psychiatrique. Toute action favorisant l'alliance thérapeutique doit également être recherchée pour les personnes privées de liberté (détenues).

Une attention particulière doit être portée au risque d'assimilation *a priori* de certains comportements déviant et/ou délinquants qui ne doivent pas être assimilés à des troubles psychiques.

Par ailleurs, une meilleure prise en charge des troubles mentaux réclame que se développent des interventions mieux coordonnées entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge. Là où le cadre légal d'exercice génère souvent du cloisonnement, le défi consiste à penser et agir la complémentarité entre les cadres d'exercice et entre les acteurs et les métiers. En effet, en matière de psychiatrie, le parcours de soin et le parcours de vie sont interdépendants. Ces complémentarités conditionnent la qualité des parcours.

La mise en œuvre du schéma de santé mentale permet une dynamique pour une prise en charge pluridisciplinaire et pluri professionnelle associant les médecins, les soignants, les psychologues, les éducateurs, les enseignants, les travailleurs sociaux, les établissements de santé et médico-sociaux, les associations... dans le cadre de leurs compétences et de leurs moyens et dans des programmes cohérents et coordonnés d'actions professionnelles validées.

Ce principe de partenariat doit conduire les professionnels à privilégier la place des aidants de proximité, et à être vigilant à leur soutien. Dans les sociétés océaniques, la parenté (au sens large) doit être le socle à partir duquel la prise en charge doit s'organiser. La matrice sociétale est bien présente, il faut l'utiliser et mieux la valoriser. Ces nombreux aidants (référénts parentaux, claniques, éducatifs, coutumiers, des structures confessionnelles...) doivent être identifiés et associés dès le début de l'accompagnement et tout au long du traitement.

CHAPITRE I^{ER} : LES OBJECTIFS

Section 1 : Un objectif général

Le S.S.M.-N.C. a pour objectif fondamental de promouvoir la bonne santé mentale de la population de la Nouvelle-Calédonie.

Section 2 : Trois objectifs stratégiques

A cette fin, les partenaires ayant participé aux travaux préparatoires du schéma ont validé les choix de mise en œuvre suivants :

- optimiser la coordination des prises en charges pluridisciplinaires et multi partenariales des souffrances et troubles psychiques,
- partager une culture commune,
- permettre à tous l'accès aux dispositifs de réponses adéquats.

CHAPITRE II : LES PRECONISATIONS

Section 1 : Optimiser la coordination des prises en charge pluridisciplinaires et multi partenariales des souffrances et troubles psychiques

Afin de concrétiser cet objectif, deux actions ont été identifiées comme prioritaires :

- la structuration du réseau de santé mentale,
- la modification des pratiques professionnelles.

Sous-section 1 : La structuration du réseau de santé mentale

Dans une démarche de régulation de l'organisation collective des réponses, ce schéma propose la mise en synergie au sein d'un réseau, des domaines qui peuvent tous favoriser, ou au contraire, porter atteinte à la santé mentale (éducation, emploi, logement, transports, environnement, protection sociale, justice, culture, les praticiens de la santé publics et privés, les dispositifs sociaux et médico-sociaux...). Cette entreprise consensuelle a aussi pour atouts :

- d'éviter les coûts cachés inhérents à des politiques divergentes, ou dont les actions se superposent,
- de réduire les incohérences et les négligences des acteurs institutionnels, économiques et politiques.

Ce réseau a pour fonction d'impulser une dynamique, fondée sur l'échange, le partage et la co-construction des prises en charge, dans une organisation transversale, coordonnée et évolutive, où aucun intervenant ne détient toutes les réponses. En ce sens, il doit être au service de la personne dans sa globalité, quelle que soit sa dénomination (usager, patient, client, citoyen...) dans le respect du secret médical et de la discrétion professionnelle. Il est le lieu de gouvernance de la politique de santé mentale.

Ainsi, la création du réseau de santé mentale s'articule en :

- un niveau décisionnel institutionnel,
- un niveau opérationnel de terrain.

I : La commission de concertation en santé mentale

Il est créé une commission de concertation en santé mentale. Ce dispositif, à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie, regroupe l'ensemble des institutions concernées. Sa coordination et son fonctionnement sont financés par la Nouvelle-Calédonie. Il est l'instance de gouvernance de la politique de santé mentale.

Sous la responsabilité du service compétent du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, le coordonnateur du réseau de santé mentale, membre de la commission de concertation en santé mentale, propose les outils de pilotage et produit annuellement les bilans permettant la planification de la politique en matière de santé mentale au comité d'organisation sanitaire et sociale (C.O.S.S.) plénier.

Il élabore à partir de la diversité des approches et missions de chacun des partenaires institutionnels, un processus d'interconnaissance, de respect, de confiance et d'estime réciproque, bases de la coopération au profit d'une meilleure prise en charge des personnes.

Ses missions :

- proposer des modifications de la présente annexe,
- définir les politiques de collaboration interinstitutionnelles (conventions, protocoles, référents...),
- accompagner l'évolution des pratiques des réseaux de proximité en s'appuyant sur les recommandations nationales et internationales,
- participer avec le soutien des institutions concernées à la mise en œuvre des préconisations du S.S.M.-N.C.,
- valider les protocoles et organisations proposés par les acteurs de terrain, en veillant au respect :
 - du secret médical,
 - du secret professionnel,
 - du devoir d'information du patient
 - du consentement du patient
- structurer en lien avec le service compétent de la Nouvelle-Calédonie, un observatoire de la santé mentale en définissant, harmonisant, recueillant et analysant les indicateurs qui seront recensés par les divers acteurs de terrain et adressés par les réseaux de proximité. Cette action tiendra compte des préconisations du schéma des technologies de l'information et la communication appliqué à la santé dès sa parution. Ces indicateurs permettront :

- de connaître l'épidémiologie de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie,
 - d'identifier les causes afin de prioriser les thématiques,
 - de construire des politiques de prévention adéquates,
 - d'évaluer les besoins au niveau des thérapies, des structures, des professionnels et des dispositifs de réponses à améliorer ou créer,
- concevoir un plan concerté de formation, tant initiale que continue, des professionnels concernés (sanitaire, social et médico-social, enseignement),
 - créer un site internet dédié à la santé mentale,
 - diffuser les organigrammes, les missions, et les référents identifiés par institutions ou services,
 - élaborer et diffuser des supports type pour rendre lisible la gamme de réponses existante : annuaire, plaquettes de présentation, coordonnées à jour, ...),
 - favoriser la collaboration avec les autres réseaux,
 - intervenir en recours en cas d'impossibilité d'accord sur le terrain,
 - définir les modalités et les indicateurs d'évaluation du réseau de santé mentale,
 - présenter un bilan annuel d'activité du réseau, ainsi qu'une analyse des données recueillies au sein de l'observatoire de santé mentale, au C.O.S.S. plénier.

Les administrations et opérateurs concernés font connaître annuellement à la commission de concertation en santé mentale, leur contribution aux objectifs fixés dans le schéma. Ils veillent à ce que les programmes qui ont un impact sur la santé mentale s'inscrivent dans les objectifs du schéma.

La composition de la commission de concertation en santé mentale est fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, ainsi que, sur proposition des organisations concernées, la liste nominative des membres de cette commission.

Les règles d'organisation et de fonctionnement de la commission, y compris les règles de quorum, sont définies par un règlement intérieur établi par la commission.

| OBJECTIF OPERATIONNEL | STRUCTURATION DU RESEAU DE SANTE MENTALE | | | | | |
|---|---|-------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|
| ACTION | Création de la commission de concertation en santé mentale | | | | | |
| <i>-Créer un dispositif à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie, regroupant l'ensemble des institutionnels et constituant l'instance de gouvernance de la politique de santé mentale en Nouvelle-Calédonie en concertation avec le service compétent en matière de santé du gouvernement et le C.O.S.S. plénier.</i> | | | | | | |
| Echéancier | Mise en place dès validation du schéma (fin 2012) | | | | | |
| Indicateurs | Nombre de partenaires participants / nombre de partenaires souhaités Nombre de réunions annuelles et % des partenaires présents Nombre de protocoles réalisés / nombre de protocoles à mettre en place Rapport annuel présenté au C.O.S.S. | | | | | |
| Objectifs à atteindre | Au moins 4 réunions annuelles pour définir les axes de travail, les modalités d'évaluation et en assurer le suivi | | | | | |
| Financeurs | Nouvelle-Calédonie | | | | | |
| Coût | 1 équivalent temps plein (ETP) de coordonnateur + fonctionnement | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Nouvelle-Calédonie | 13M | 13M | A moduler selon les besoins | | | |

II : Les réseaux de proximité

En fonction des réalités géographiques, le besoin de création de cinq réseaux de proximité est identifié, pour coordonner la prise en charge des populations sur les zones :

- nord est,
- nord ouest,
- centre,
- Grand Nouméa et île des Pins,
- Iles Loyauté.

Le réseau de proximité est piloté par un coordonnateur à l'échelon provincial (psychologue, infirmier diplômé d'Etat (I.D.E.), assistant social, éducateur ou cadre de santé) en lien fonctionnel avec la commission de concertation en santé mentale. Le coordonnateur s'appuie sur les professionnels de terrain existants (cf. annexe II de l'état des lieux préalable à l'élaboration du schéma d'organisation en faveur de la promotion de la santé mentale en Nouvelle-Calédonie). Il est subventionné à hauteur de 0.5 ETP dans la phase expérimentale pour le premier réseau de proximité, par la Nouvelle-Calédonie.

Ses missions :

- favoriser une meilleure connaissance du rôle et du fonctionnement de chaque institution et des différents dispositifs existants sur un territoire géographique identifié,
- tenir à jour les organigrammes, les missions et les référents identifiés par institution ou service,
- organiser annuellement une ou plusieurs réunions pluri-institutionnelles, par secteur géographique et thématique, pour identifier les professionnels concernés et leurs missions,
- clarifier les objectifs et la répartition des rôles entre les intervenants de terrain,
- formaliser avec les acteurs de terrain les protocoles et conventions élaborés au niveau de la commission de concertation en santé mentale,
- faciliter l'accès à l'anamnèse concernant le suivi par les divers services de soins,
- coordonner l'accès aux dossiers en cas d'urgence,
- mettre en place des outils permettant le suivi et l'évaluation afin de s'assurer de la réalité des prises en charge, pour alerter en cas de perte du suivi d'un patient,
- organiser les synthèses multi partenariales et aboutir à une proposition de prise en charge coordonnée et formalisée à chaque fin de commission,
- en cas de besoin, désignation d'un gestionnaire de cas pour optimiser la prise en charge globale d'un individu, en coordonnant les divers partenaires et leurs interventions,
- favoriser les actions permettant l'inclusion des personnes atteintes de troubles mentaux au sein de leur tissu social,
- recenser les besoins de professionnels, de structures et de services,
- contrôler les bases de données des indicateurs saisis par les acteurs de terrain, avant leur envoi au coordonnateur du réseau de santé mentale chargé d'en faire l'analyse conjointement au service compétent du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

| OBJECTIF OPERATIONNEL | STRUCTURATION DU RESEAU DE SANTE MENTALE | | | | | |
|---|---|-------------|------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| ACTION | Création des réseaux de proximité | | | | | |
| -Créer 5 réseaux de proximité, animés par un professionnel au niveau du territoire de proximité, chargé de coordonner les professionnels de terrain pour améliorer la prise en charge des populations : | <ul style="list-style-type: none"> ▪ centre (centré sur La Foa pour desservir les communes de Houaïlou, Kouaoua, Canala, Thio, Bourail, Moindou et Boulouparis) ▪ nord est (centré sur Poindimié) ▪ îles Loyauté ▪ nord ouest (centré sur Koumac et plus tard sur Koné) ▪ Grand Nouméa et île des Pins | | | | | |
| Echéancier | Formalisation d'un réseau par an au moins, selon un calendrier établi par la commission de concertation en santé mentale et les volontés existantes sur les territoires. | | | | | |
| Indicateurs | Par territoire de proximité : Nombre de partenaires participants Nombre de réunions interinstitutionnelles et nombre de participants Nombre de protocoles formalisés / nombre de protocoles proposés par la commission de concertation en santé mentale Nombre d'outils mis en place permettant le suivi et l'évaluation / propositions de concertation en santé mentale, Nombre de synthèses multi partenariales organisées, Nombre de participants présents aux réunions de synthèse / nombre de participants attendus Nombre de séances d'actions de sensibilisation et de formations réalisées | | | | | |
| Objectifs à atteindre | Création d'un réseau de proximité en 2014 Suite à l'évaluation : extension du dispositif aux quatre autres territoires Création d'annuaires locaux des partenaires ainsi que des référents, mis à jour en temps réel Recensement des besoins de formation, de structures ou de services | | | | | |
| Financeurs | Nouvelle-Calédonie pour 0.5 ETP de professionnel coordonnateur en 2014, puis selon résultats de l'évaluation, extension et apports des autres financeurs : provinces, communes, associations, organismes de protection sociale etc. | | | | | |
| Coût | 0.5 ETP au moins par territoire de proximité Valorisation des mises à disposition de locaux, véhicules, bureautique | | | | | |
| Financeurs / Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Nouvelle-Calédonie | 0 | 5 M | Selon évaluation et demandes | | | |
| Autres | 0 | ? | ? | ? | ? | ? |

Pour garantir le fonctionnement du réseau de santé mentale, un certain nombre de changements de pratiques doivent l'accompagner.

Sous-section 2 : Les modifications des pratiques

La mise en place du réseau s'accompagne nécessairement d'une évolution des pratiques professionnelles et interinstitutionnelles. Ces modifications relèvent essentiellement de l'adhésion des partenaires et d'une formalisation des outils de communication afin de renforcer l'efficacité des prises en charge.

I : Amélioration des relations entre les partenaires

La mobilisation conjointe entre les secteurs concernés est uniquement consommatrice de temps, et commande de :

- organiser une réponse de conseil psychiatrique pour les médecins généralistes, et la protocoliser pour pallier aux changements fréquents des professionnels dans les centres médico-sociaux (C.M.S.) provinciaux,
- identifier pour chaque établissement social et médico-social un médecin référent psychiatre du centre hospitalier spécialisé (C.H.S.) Albert Bousquet ou du secteur libéral, en capacité d'apporter des conseils en cas de crise ou de difficulté de l'équipe d'encadrement,
- identifier un référent psychiatrique pour les patients suivis par le C.H.S. Albert Bousquet dans chaque centre médico-social,
- identifier dans le réseau de prise en charge, la place de la famille et le référent familial,
- standardiser le compte rendu des réunions de synthèse et systématiser dans le dossier une fiche reprenant les divers éléments de la situation légale, médicale, éducative, psychologique, et les objectifs de prise en charge, afin de faciliter la transmission des éléments d'anamnèse en cas d'urgence,
- protocoliser la gestion des situations d'urgence lors des permanences des travailleurs éducatifs et sociaux (communes, maisons de quartier, milieu scolaire, structures d'accueil...),
- dans le respect du secret professionnel et du secret médical, améliorer le retour d'information à l'institution demandeuse d'un avis spécialisé.

| OBJECTIF OPERATIONNEL | LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES | | | | | |
|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ACTION | Amélioration des relations entre les partenaires | | | | | |
| <p>-Identifier un référent psychiatre par établissement social ou médico-social, chargé du conseil auprès des établissements, ayant une connaissance des personnes accueillies et chargé, en lien avec la famille et les soignants et avec l'accord de la personne, de s'assurer du suivi psychiatrique quand il est nécessaire.</p> <p>-Standardiser les outils et protocoliser les procédures permettant de faciliter les transmissions notamment en cas d'urgence selon les préconisations du réseau, dans le respect des secrets professionnel et médical.</p> | | | | | | |
| Echéancier | Selon les préconisations du réseau | | | | | |
| Indicateurs | <p>Nombre d'établissements disposant d'un référent / nombre d'établissements existants</p> <p>Nombre et % d'établissements disposant de protocoles, conventions et outils au vu des propositions du réseau</p> <p>Lors des visites de contrôle des établissements, nombre d'établissements utilisant les outils et les conventions</p> <p>Délai entre demande et premier rendez-vous d'évaluation</p> | | | | | |
| Objectifs à atteindre | <p>100% des établissements auront un référent nommé d'ici 2 ans</p> <p>60% ont signé les protocoles et utiliseront les outils préconisés par le réseau d'ici 2 ans et 100 % d'ici 5 ans</p> <p>Délai de 8 jours maximum entre demande et premier rendez-vous d'évaluation dans 100% des cas d'ici 5 ans</p> | | | | | |
| Financeurs | <p>Etablissements médico-sociaux par le biais du forfait soins : organismes de protection sociale</p> <p>Etablissements de protection de l'enfance et centres d'hébergements et de réinsertion sociale (C.H.R.S.) dans le cadre de leur budget</p> | | | | | |
| Coût | <p>Prévoir au moins une vacation par mois de psychiatre (libéral ou public) par établissement social et médico-social (1 vacation = 4h x 13 000F = 52 000F / 12 mois = 624 000 F / établissement et par an)</p> <p>Pour ce qui est des autres mesures, il n'y a pas de coût supplémentaire</p> | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| 4 établissements médico-sociaux (forfait soins organismes de protection sociale) | 2.5 M | 2.5 M | 2.5 M | 2.5 M | 2.5 M | 2.5 M |
| 9 (+1 en construction) établissements de protection de l'enfance + 10 établissements sociaux (subvention au C.H.S. Albert Bousquet pour recrutement d'un temps de psychiatre mis à disposition par convention aux établissements) | 12.5 M | 12.5 M | 12.5 M | 12.5 M | 12.5 M | 12.5 M |

II : Amélioration des prises en charge

Pour concrétiser la nécessaire prise en charge de la personne dans ses dimensions bio-psycho-sociales, il est indispensable de :

- proposer dans un délai compatible avec le degré d'urgence, un premier entretien d'évaluation réalisé par un membre de l'équipe des centres médico-psychologiques (C.M.P.) sur place ou au domicile de la personne, voire au cabinet du médecin généraliste ou en centre médico-social,

- conforter les familles en charge de personnes atteintes de troubles mentaux et de souffrances psychiques, par le développement de l’alliance et de l’éducation thérapeutique et la mise en place de groupes de soutien,
- construire des parcours de soins adaptés aux besoins du patient intégrant les partenaires extrahospitaliers.

| OBJECTIF OPERATIONNEL | LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES | | | | | | |
|---|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|
| ACTION | Amélioration des prises en charge | | | | | | |
| -Formaliser le parcours de soins multi partenarial de la personne dans ses dimensions bio-psycho-sociales | | | | | | | |
| -Renforcer l’aide aux aidants en développant la mise en place de groupes de soutien | | | | | | | |
| Echéancier | Début de mise en œuvre 2014 | | | | | | |
| Indicateurs | Nombre de parcours de soins multi partenariaux mis en œuvre selon les protocoles élaborés par le réseau Selon l’évaluation des besoins par le réseau (thématiques, lieux d’interventions, publics...), développer au moins 1 groupe d’aide aux aidants dans chacune des 5 zones de proximité avec 2 professionnels formés en présence à chaque séance Nombre annuel de groupes animés par site, Nombre de personnes présentes, Nombre de séances animées par 2 professionnels formés | | | | | | |
| Objectifs à atteindre | Augmenter de 20% par an le nombre de parcours de soins multi partenariaux élaborés pendant les 5 années à venir. | | | | | | |
| Financeurs | Partenariat provinces, communes, Nouvelle-Calédonie, associations.... 1 nouveau site par an | | | | | | |
| Coût | Vacations de psychologue Valorisation du temps des professionnels existant dans les équipes | | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | |
| <i>Aide aux aidants (groupes de soutien) Coût d’une vacation de psychologue de 2h tous les 15 jours (8000F CFP x 2 heures x 24 séances = 384 000F par site identifié)</i> | 384 000 | 768 000 | 1.15 M | 1.5 M | 1.9 M | 2.3 M | |

III : Faciliter l’accès aux prises en charge

Pour éviter la juxtaposition inutile de dispositifs répondant aux mêmes missions, il est proposé d’en mutualiser les moyens financiers et humains, en fonction des besoins qualitatifs et quantitatifs évalués par le réseau. Deux niveaux d’action sont identifiés par les partenaires :

1 : Sur le plan financier

Afin de rendre plus accessible à la population une réponse spécialisée il est préconisé de :

- créer une réglementation de la profession de psychologue comprenant notamment :
 - l'élaboration de règles conventionnelles,
 - une prise en charge par les organismes de protection sociale y compris les mutuelles complémentaires, conditionnée à une prescription médicale,
- supprimer l'avance de frais pour les actes de pédopsychiatrie,
- mettre en place le 1/3 payant pour les actes :
 - de psychiatrie générale (notamment pour éviter le mésusage de l'application du régime de longue maladie),
 - de psychologue suite à prescription médicale,
- prendre en charge un transport non sanitaire pour les personnes souffrant de pathologies chroniques, et pour les individus en situation de précarité selon un protocole individuel de soins prédéfini.

| OBJECTIF OPERATIONNEL | LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES |
|---|--|
| ACTION | <i>Faciliter l'accès aux prises en charge</i> |
| <i>Sur le plan financier</i> <i>-Lever l'avance de frais par la mise en place du tiers payant pour les actes de pédopsychiatrie dans le secteur public</i> | |
| Echéancier | Mise en place du 1/3 payant en 2014 pour les soins de pédopsychiatrie |
| Indicateurs | Nombre d'enfants suivis en consultation par années |
| Objectifs à atteindre | Augmenter de 5% par an, le nombre de 0-18 ans ayant recours à des soins psychiatriques |
| Financeurs | C.A.F.A.T. |

2 : Sur le plan organisationnel

- permettre l'accès à un avis spécialisé de proximité organisé par les institutions publiques ou associations, prioritairement hors du Grand Nouméa ;
- organiser une vigilance de l'adhésion aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques pour les patients bénéficiant d'un programme de soins avec ou sans consentement :
 - par l'élargissement du réseau de soins à des tiers ou des professionnels ne relevant pas du C.H.S. Albert Bousquet :
 - visite I.D.E. à domicile,
 - accompagnement par des tiers (entourage, agents de santé de proximité...),
 - intégration des pharmaciens au réseau de contrôle et d'accompagnement, notamment par l'incitation à la mise en place du dossier pharmaceutique, dans le cadre du schéma des technologies de l'information et de la communication appliqué à la santé,
 - par les structures sanitaires existantes (hôpitaux, C.M.S., médecins généralistes),

- en renforçant les capacités de visites à domicile effectuées par les C.M.P ;
- protocoliser les modalités de télémedecine appliquées aux soins psychiatriques afin d'en permettre l'accès aux populations en situation d'enclavement ou d'enfermement ;
- développer selon les besoins, la participation d'un médiateur culturel à certaines consultations ;
- favoriser le déploiement du numéro vert unique dédié aux personnes vulnérables, quelle que soit leur détresse, dont les missions sont l'information et l'orientation.

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| OBJECTIF OPERATIONNEL | LES MODIFICATIONS DES PRATIQUES | | | | | |
| ACTION | <i>Sur le plan organisationnel</i> | | | | | |
| | <p><i>-Permettre l'accès à un avis spécialisé de proximité organisé par les institutions publiques ou associations, prioritairement hors du Grand Nouméa</i></p> <p><i>-Organiser une vigilance de l'adhésion aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques pour les patients bénéficiant d'un programme de soins avec ou sans consentement</i></p> <p><i>-Favoriser le déploiement du numéro vert unique dédié aux personnes vulnérables, quelle que soit leur détresse, dont les missions sont l'information et l'orientation</i></p> | | | | | |
| Indicateurs | <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de consultations de psychologues créées, nombre de personnes vues, nombre de bilans, nombre de suivis, nombre moyen de consultations par personne suivie, liens formalisés avec le service ambulatoire du C.H.S. Albert Bousquet le plus proche. • Qui a orienté sur la consultation (% par administration ou structure) • Nombre de patients sous neuroleptiques retard / nombre de patients sous traitement quotidien • Nombre de protocoles de suivi réalisés avec l'environnement, familial, voisinage, professionnel de santé public, privé. • Bilan annuel du numéro vert unique | | | | | |
| Objectifs à atteindre | <ul style="list-style-type: none"> • Maillage complet de consultation de psychologue d'ici 5 ans • Diminution du nombre de patients traités par neuroleptiques retard • Augmentation des délivrances médicamenteuses quotidiennes par un aidant familial, ou par un professionnel • Diminution du nombre et de la durée des hospitalisations • Numéro vert unique connu de tous les professionnels et de la moitié de la population d'ici 5 ans | | | | | |
| Financeurs | Cofinancement : Nouvelle-Calédonie, provinces, organismes de protection sociale, communes... | | | | | |
| Coût Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Vacations de psychologue | Organisation d'une consultation de proximité selon la priorisation des besoins par le réseau : 1 vacation (4h) = 32 000 F | | | | | |
| Numéro vert unique | 35 M | 40 M | 40 M | 40 M | 45 M | 45 M |

Section 2 : Partager une culture commune

Tout professionnel au contact du public peut être amené à suivre des personnes en souffrance et peut se trouver en difficulté pour les accompagner ou les orienter.

Compte tenu de la stigmatisation et des comportements à l'égard des personnes psychiquement vulnérables, il convient d'accroître les connaissances et la tolérance sociétale à l'égard des personnes porteuses de troubles mentaux.

Aussi, à partir des multiples représentations des troubles psychiques présentes en Nouvelle-Calédonie, cet objectif vise à :

- reconnaître à tous le droit à une bonne santé mentale ;
- améliorer les mesures préventives, les compétences de repérage, dépistage, prise en charge, réhabilitation, réinsertion et accompagnement des souffrances psychiques et des troubles mentaux ;
- poser un diagnostic obtenant le consensus de tous les partenaires.

Aussi, pour atteindre cet objectif, la formation des professionnels et la vulgarisation auprès de la population sont deux axes de travail forts, préconisés.

Sous-section 1 : Construire un plan de formation institutionnel coordonné, multi partenarial et pluri catégoriel par zones de proximité

Les résultats attendus de ce plan de formation concourent à :

- améliorer les connaissances des professionnels au contact des publics sur les déterminants de la bonne santé mentale et les signes de mal-être,
- développer les savoirs, savoir-être et savoir-faire des professionnels et des associations.

I : Programme de formation de base

Il est proposé de promouvoir au cours de la formation tant initiale que continue des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux, de l'enseignement) les axes suivants :

- comprendre les contraintes de chaque professionnel liées à ses missions institutionnelles,
- le partage des représentations de la santé mentale et de ses facteurs déterminants,
- l'identification des situations à risques (événements de vie fragilisants : séparations, décès...),
- le repérage de la dépression et des risques suicidaires,
- la connaissance des dispositifs et de leurs missions,
- la connaissance des bénéfices des soins médicamenteux et psychothérapeutiques,
- la connaissance des systèmes de parentés océaniens,
- la reconnaissance des aidants familiaux et la nécessité de leur accompagnement,
- les repères du développement psycho-neuro-moteur de l'enfant,
- la compréhension des pratiques éducatives et des problématiques spécifiques de l'enfance et de l'adolescence,
- l'utilisation de tests de référence adaptés pour l'aide au repérage (retards cognitifs...).

Au regard des problématiques de l'enfance, ce plan de formation devra aborder :

- les troubles spécifiques des apprentissages,
- les troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité,
- les troubles envahissant du développement (T.E.D.),
- les troubles du comportement,
- les signes de mal-être et des épisodes de crises,
- le partage des connaissances de chaque handicap (signes, diagnostic, conséquences, type de prises en charge et structures ou services adaptés).

| OBJECTIF OPERATIONNEL | PARTAGER UNE CULTURE COMMUNE | | | | | |
|---|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ACTION | Programme de formation sur les notions de base (1 à 3 jours par agent et par an) | | | | | |
| Echéancier | Annuel selon les préconisations du réseau | | | | | |
| Indicateurs | Nombre de sites de formation Nombre de formations organisées par site Nombre de participants / nombre de professionnels concernés par institution Nombre d'institutions représentées par formation | | | | | |
| Objectifs à atteindre | 20% des professionnels concernés formés par an et par institution pour atteindre 80% en 5 ans | | | | | |
| Financeurs | Les institutions et établissements concernés, par le biais des cotisations versées à l'Institut de formation à l'administration publique (I.F.A.P). Pour les libéraux prévoir des subventions multi partenariales | | | | | |
| Coût | Valorisation du temps de travail | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Former ou informer 20% des professionnels / an | Evaluation des besoins | Pour les fonctionnaires, formation dans le cadre de l'I.F.A.P. prélevée sur les cotisations de l'établissement Pour les personnes dont l'employeur ne cotise pas à l'IFAP : 30 000 F pour 3 jours de formation | | | | |

II : Programmes de formation spécifiques

Pour les professionnels concernés (médecins, psychologues, I.D.E., éducateurs, assistantes sociales, aides médico-psychologiques, auxiliaires de vie sociale), il conviendrait de :

- développer un module d'éducation thérapeutique en psychiatrie,
- proposer des formations permettant de répondre aux besoins en matière de thérapie familiale, groupale, cognitivo-comportementale, systémique, psychanalytique, ethnopsychiatrie... ;
- créer un cursus diplômant ou professionnalisant, au travers d'un diplôme universitaire (D.U.) de santé mentale comprenant les modalités d'écoute, d'accompagnement et de prise en charge des patients atteints de souffrances ou de troubles psychiques.

Pour les médecins généralistes, développer par le biais de la formation continue, les connaissances sur :

- les critères diagnostics émis par la Haute autorité de santé et les conférences de consensus,
- les bonnes pratiques en matière de traitements,
- la prise en charge des urgences psychiatriques et hospitalières.

Pour les élus communaux, provinciaux et coutumiers, proposer un séminaire abordant les problématiques de santé mentale, leur permettant de mettre en place une politique en adéquation avec les préconisations du S.S.M.-N.C.

| OBJECTIF OPERATIONNEL | PARTAGER UNE CULTURE COMMUNE | | | | | |
|---|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ACTIONS | Programmes de formation spécifiques | | | | | |
| <i>-Développer par le biais de la formation continue les connaissances des médecins généralistes (critères diagnostics, bonnes pratiques, prise en charge des urgences psychiatriques et hospitalières)</i> | | | | | | |
| Echéancier | A déterminer selon l'évaluation des besoins effectuée par le réseau | | | | | |
| Indicateurs | Nombre de séances de formation Nombre de personnes formées ou informées Nombre d'entretiens confraternels C.A.F.A.T | | | | | |
| Objectifs à atteindre | Au moins 2 temps de formation médicale continue pour les médecins généralistes par an 100% des généralistes touchés par une information orale ou écrite par an | | | | | |
| Financeurs | Financeurs sur la base du volontariat des organismes de protection sociale | | | | | |
| Coût | Valorisation du temps de travail des intervenants | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| Formation médicale continue | 0.3M | 0.3M | 0.3M | 0.3M | 0.3M | 0.3 M |
| Une journée santé mentale tous les 2 ans / Nouvelle-Calédonie | 2 M | | 2 M | | 2 M | |

Sous-section 2 : Sensibiliser la population, les élus et les coutumiers aux problématiques de santé mentale

Il convient ici de permettre à chacun de surpasser ses *aprioris* à l'égard des services spécialisés, de démystifier auprès de la population le rôle des professionnels spécialisés et l'intérêt de la prise des traitements. La pratique des échanges entre pairs est ici conseillée, pour que lors du processus de changement d'attitude, les aspects culturels et sociaux soient pris en compte.

Pour atteindre ces objectifs, les préconisations suivantes sont à privilégier :

- promouvoir des campagnes annuelles de sensibilisation de la population :
 - aux impacts de la violence et de la maltraitance sur le développement,
 - au développement neuromoteur et psychoaffectif,
 - au repérage des signes de mal-être quel que soit l'âge,
 - aux changements d'attitudes à l'égard des personnes porteuses de troubles psychiques,
 - en validant et diffusant dans les médias des questionnaires d'autodiagnostic pour inviter à consulter si besoin,
- développer des lieux de parole permettant de partager les représentations,
- rendre lisible auprès de la population la gamme de réponses existante au moyen de supports de communication adéquats,
- développer les compétences de prise en charge de l'entourage des individus porteurs de troubles mentaux, l'alliance et l'éducation thérapeutique.

| | | | | | | |
|------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| OBJECTIF OPERATIONNEL | CONSTRUIRE UN PLAN DE FORMATION INSTITUTIONNEL COORDONNE, MULTI PARTENARIAL ET PLURICATEGORIEL PAR ZONES DE PROXIMITE | | | | | |
| ACTIONS | Sensibiliser la population et les élus aux problématiques de santé mentale | | | | | |
| | <p>a) promouvoir des campagnes annuelles de sensibilisation de la population sur des thématiques proposées par le réseau</p> <p>b) développer des lieux de parole permettant de partager les représentations,</p> <p>c) rendre lisible auprès de la population la gamme de réponses existante au moyen de supports de communication adéquats,</p> <p>d) développer les compétences de prise en charge de l'entourage des individus porteurs de troubles mentaux, et l'éducation thérapeutique,</p> <p>e) mener des actions d'information auprès des élus communaux, provinciaux et coutumiers, abordant les problématiques de santé mentale et le réseau, leur permettant de mettre en place une politique en adéquation avec les préconisations du S.S.M.-N.C.</p> | | | | | |
| Echéancier | Selon la programmation du réseau | | | | | |
| Indicateurs | <p>a) Nombre de campagnes annuelles et évaluation des messages retenus par la population</p> <p>b) Nombre de lieux de parole existants, créés Nombre de séances organisées par lieux de parole et de participants par séance</p> <p>c) Nombre de supports de communication réalisés Evaluation de la connaissance de la population des structures d'aide existantes (2012-2018)</p> <p>d) Nombre de séances d'éducation thérapeutiques réalisées et nombre de participants</p> <p>e) Nombre d'informations à destination des élus et nombre de participants / nombre d'invités Nombre d'hospitalisations sous contrainte demandées par commune Nombre d'initiatives menées par les élus dans le domaine de l'information de la population</p> | | | | | |
| Objectifs à atteindre | <p>a) Augmenter de 5 % par an le nombre de personnes ayant entendu parler des problématiques de santé mentale et en capacité de nommer un professionnel capable de l'aider</p> <p>e) 100 % des élus doivent avoir bénéficié d'au moins une séance d'information en 5 ans</p> | | | | | |
| Financeurs | <p>a) Agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (A.S.S.-N.C).</p> <p>b, c, d, e) Collectivités mettant à disposition l'intervention des professionnels (C.H.S. Albert Bousquet, provinces, communes...), et organismes de protection sociale</p> | | | | | |
| Coût | Une campagne d'information par an comprenant honoraires d'agence, publication assistée par ordinateur, affiches, spot radio, production TV, parutions presse Valorisation du temps d'intervention | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| a) ASS NC | 6 M FCFP | 6 M FCFP | 6 M FCFP | 6 M FCFP | 6 M FCFP | 6 M FCFP |
| b) | Valorisation du temps d'intervention | | | | | |
| c) | Financement multi partenarial | | | | | |
| d) | Valorisation du temps d'intervention C.H.S. Albert Bousquet | | | | | |
| e) | 1 fois par an sur autant de secteurs que nécessaire dans chaque territoire de proximité | | | | | |

Section 3 : Permettre à tous l'accès aux dispositifs de réponses adéquats

En accord avec la structuration du réseau, les acteurs institutionnels et associatifs ayant participé à l'élaboration de ce schéma ont identifié quatre types de populations auxquelles la gamme de réponse doit s'adapter, à savoir :

- les enfants,
- les adolescents et les jeunes adultes,
- les adultes,
- les populations à risque.

De plus, il est pointé la nécessité de développer des mesures visant à éviter les ruptures de prise en charge aux âges de transition.

Sous-section 1 : La petite enfance et l'enfance (0-11 ans)

Le développement d'un individu est fortement déterminé par l'environnement et les évènements de la petite enfance.

En ce sens, les préconisations du plan périnatal concernant la généralisation de l'entretien prénatal précoce, l'accès à la préparation à l'accouchement et l'accompagnement des très jeunes parents sont à rendre effectives.

Il s'écoule parfois un délai de plusieurs années entre l'apparition des premiers symptômes et leur prise en compte. La pratique fait la preuve que la précocité de l'intervention permet de diminuer la durée des soins et d'espérer sinon une guérison, des troubles moins sévères.

C'est pourquoi, les mesures précoces de prévention, repérage et dépistage, permettent la mise en place d'actions adaptées d'accompagnement familial et de prise en charge. Aussi, il paraît indispensable d'identifier le dispositif d'accueil médico-social précoce (D.A.M.S.P.) pour tous les enfants de la Nouvelle-Calédonie comme lieu de référence unique dans le but de réaliser :

- le suivi des enfants à risque, en lien avec les centres mère-enfant de la province Nord et les services assurant les missions de protection maternelle et infantile (P.M.I.) dans les provinces Nord et des îles Loyauté,
- le dépistage de tous types de handicaps,
- la coordination des soins,
- l'accompagnement des familles dans la démarche de reconnaissance du handicap de leur enfant.

De plus, une réflexion est à mener sur les types de prise en charge que doit assurer le D.A.M.S.P. y compris au-delà du Grand Nouméa.

Dans ce domaine, de nombreux dispositifs existent :

le réseau périnatalogie, les services hospitaliers de néonatalogie et pédiatrie, le D.A.M.S.P., le C.M.P., le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (C.A.T.T.P.), l'hôpital de jour (H.D.J.), la P.M.I., les centres mère-enfant, le secteur libéral, les établissements ou structures spécialisés comme l'institut médico-éducatif (I.M.E.), les dispositifs de l'Association calédonienne des handicapés (A.C.H.), les dispositifs de l'Association des parents des enfants handicapés de Nouvelle-Calédonie (A.P.E.H.-N.C.), le centre de l'enfance de la Croix-Rouge, la scolarisation en milieu ordinaire ou spécialisé, les interventions des membres des dispositifs d'enseignement spécialisé pour enfants en difficulté (D.E.S.E.D.),

Ils mobilisent des professionnels spécialisés encore rares en Nouvelle-Calédonie (orthophonistes, psychomotriciens, ergothérapeutes, puéricultrices). Leur bonne articulation peut être favorisée par :

- une définition claire des rôles des instances concernées par l'évaluation et l'orientation des enfants et une meilleure coordination entre elles,
- l'évaluation des besoins afin de créer ou d'adapter les structures de prise en charge,
- le suivi des préconisations pour évaluer l'efficacité des prises en charge préconisées,
- les relances nécessaires auprès des parents en mobilisant une personne relais si besoin.

| | | | | | | |
|------------------------------|--|---|-------------|-------------|-------------|-------------|
| OBJECTIF OPERATIONNEL | PERMETTRE A TOUS L'ACCES AUX DISPOSITIFS DE REPONSES ADEQUATS | | | | | |
| ACTION | Le D.A.M.S.P. | | | | | |
| | <p>-Identifier le D.A.M.S.P. pour tous les enfants de la Nouvelle-Calédonie comme lieu de référence unique dans le but de réaliser:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ le suivi des enfants à risque, ▪ le dépistage de tous types de handicaps y compris les complexes, ▪ la coordination des soins, ▪ l'accompagnement des familles dans la démarche de reconnaissance du handicap de leur enfant. <p>-Identifier d'éventuelles autres orientations pour le D.A.M.S.P.</p> | | | | | |
| Echéancier | Réflexion sur ce sujet 2 nd semestre 2012 / mise en œuvre 2013 | | | | | |
| Indicateurs | Bilan d'activité annuel | | | | | |
| Objectifs à atteindre | <p>Tous les enfants à risque et tous les enfants porteurs d'un handicap quel qu'il soit doivent être connus du D.A.M.S.P.</p> <p>Le D.A.M.S.P. doit être identifié par tous les professionnels de santé et les associations de parents d'enfants porteurs d'un handicap</p> | | | | | |
| Financeurs | Centre hospitalier territorial (C.H.T.) Gaston Bourret, C.H.S. Albert Bousquet et province Sud en 2012. 100 % dotation globale (D.G.) des hôpitaux en 2013 | | | | | |
| Coût | Organismes de protection sociale (dotation globale de fonctionnement (D.G.F.) des C.H.T. Gaston Bourret et C.H.S. Albert Bousquet) | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| D.G.F. hospitalière | 20 M en mesure nouvelle | Intégré dans la base D.G.F. des C.H.T. Gaston Bourret et C.H.S. Albert Bousquet | | | | |

Il est nécessaire par ailleurs :

I : Au niveau sanitaire

- 1) d'adopter une réglementation de la promotion de la santé de la mère et de l'enfant applicable à toute la Nouvelle-Calédonie, comprenant :

- la définition des âges clés auxquels un bilan de dépistage doit être proposé,
- de définir l'objet du dépistage et la systématisation des points de vigilance,
- de mettre en place des certificats de santé obligatoire,
- d'en déterminer les modalités de recueil, saisie et exploitation,
- de créer un observatoire de l'enfance,
- d'unifier les pratiques.

Ce dispositif, dont l'utilité a déjà été dégagée (assises de la petite enfance du 12 juin 2010), doit aussi être abordé dans le cadre du schéma des technologies de l'information et de la communication appliqué à la santé.

- 2) pour le C.H.S. Albert Bousquet il est préconisé de :

- doter les équipes de pédopsychiatrie de moyens permettant de développer la psychiatrie de liaison pour :

- formaliser les interventions préventives en maternités (publiques et privées), néonatalogie et pédiatrie visant à repérer les troubles de l'attachement,
 - proposer en lien avec les sages-femmes et gynécologues des maternités (publiques et privées) le suivi des femmes enceintes en situation de fragilité,
 - faire le lien avec les psychiatres de psychiatrie générale pour assurer la continuité des soins des patientes enceintes déjà connues ;
- dimensionner le C.A.T.T.P. et l'hôpital de jour aux besoins ;
 - augmenter la capacité de prise en charge de l'antenne médico-psychologique (A.M.P.) de Lifou, afin de couvrir Maré et Ouvéa,
 - doter les A.M.P. de Koumac et de Poindimié d'infirmiers et de psychologues formés à la pédopsychiatrie et organiser un recours au pédopsychiatre à fréquence régulière.

| | | | | | | |
|--|---|------|------|------|------|------|
| OBJECTIF OPERATIONNEL | PERMETTRE A TOUS L'ACCES AUX DISPOSITIFS DE REPONSES ADEQUATS | | | | | |
| ACTION | Au niveau sanitaire | | | | | |
| <p>-Doter les équipes de pédopsychiatrie de moyens permettant de développer la psychiatrie de liaison sur les maternités publiques et privées</p> <p>-Augmenter la capacité de prise en charge de l'A.M.P. de Lifou, afin de couvrir Maré et Ouvéa</p> <p>-Doter les A.M.P. de Koumac et de Poindimié d'infirmiers et de psychologues formés à la pédopsychiatrie, et organiser un recours au pédopsychiatre à fréquence régulière</p> <p>-Dimensionner le C.A.T.T.P. et l'hôpital de jour aux besoins</p> | | | | | | |
| Echéancier | En attente du projet d'établissement du C.H.S. Albert Bousquet | | | | | |
| Indicateurs | Valorisation de l'activité des services Nombre d'intervention auprès des futurs parents et nombre de futurs parents ayant bénéficié d'un entretien ou d'une prise en charge Indicateurs d'activité des services ambulatoires de pédopsychiatrie Délai d'attente de prise en charge dans les services ambulatoires de pédopsychiatrie | | | | | |
| Objectifs à atteindre | Adapter l'offre de soins aux besoins de la petite enfance Réduire les délais d'attente entre la demande et le premier rendez-vous à 8 jours maximum (10% de bénéficiaires supplémentaires par an) Diminuer le nombre de patients perdus de vue Améliorer la prise en charge précoce des enfants et diminuer l'interruption des prises en charge liée à l'âge | | | | | |
| Financeurs | Organismes de protection sociale au travers de la D.G. du C.H.S. Albert Bousquet | | | | | |
| Coût | En attente de la validation du contrat d'objectifs et de moyens | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| D.G. du C.H.S. Albert Bousquet | En attente de la validation du contrat d'objectifs et de moyens | | | | | |

II : Au niveau social et médico-social

- 1) rendre effectif le dispositif d'accueil collectif des enfants en situation de handicap psychique afin de favoriser une offre d'éveil de proximité telle que prévue par la réglementation en cours ;
- 2) améliorer les connaissances des auxiliaires de vie ;
- 3) proposer un service d'accompagnement médico-psycho-socio-éducatif sur les lieux de vie de l'enfant (école, domicile, modes de garde...) ;
- 4) en cas de carence, pour les enfants relevant d'un établissement médico-social, créer des dispositifs intégrant des éducateurs, des enseignants spécialisés et des rééducateurs dans les écoles,
- 5) développer des classes pour les enfants porteurs de troubles du comportement perturbant la socialisation et l'accès aux apprentissages, coordonnant : instituteurs, éducateurs et professionnels spécialisés ;

- 6) d'adapter et d'étendre des structures pouvant accueillir des mineures et femmes de enceintes ou avec enfant, en rupture avec leur milieu familial, ou souffrant de troubles psychiques.

Sous-section 2 : Les adolescents (12-18 ans) et jeunes adultes (18-25 ans)

L'adolescence connaît des crises, que certains qualifient même d'état pathologique normal. Elle est le temps où se posent les questions de l'identité du sujet, du rapport à son propre corps, à son nom, à sa place au sein de la famille et à la différence des sexes. Envahi physiquement par sa métamorphose, ses pulsions l'angoissent et le questionnent, le conduisant à établir de nouveaux équilibres et de nouvelles relations avec les autres.

Cette période de reconstruction identitaire conduit l'adolescent vers une prise d'autonomie, qui questionne la cellule familiale, la communauté dans laquelle il vit, et donc toute la société. A l'issue de cette transformation, lorsque la cellule familiale et la société assurent un rôle suffisamment contenant, sécurisant et étayant, la majorité des adolescents épousent la plupart des valeurs conventionnelles de leur communauté.

Les problèmes de santé mentale non traités chez les adolescents peuvent avoir des conséquences multiples : mauvais résultats scolaires, difficultés à trouver un emploi, consommation de stupéfiants, comportements à risque, criminalité, mauvaise santé sexuelle et procréative, automutilation, mauvaise hygiène personnelle.

Les parents, la famille, l'école et la communauté concourent à protection de la santé mentale des adolescents. L'éducation les aide à apprendre à se comporter dans la société, à mieux faire face aux difficultés de la vie et à acquérir de l'assurance, ce qui, en retour décourage les comportements violents et dangereux.

De plus, les partenaires du schéma estiment qu'il convient de poursuivre le développement d'un environnement scolaire qui améliore le bien-être psychosocial et émotionnel en :

- encourageant la coopération plutôt que la compétition ;
- facilitant une communication positive pour entrer en relation avec les autres ;
- développant la pensée critique et créative ;
- privilégiant la connaissance de soi-même et l'empathie ;
- apprenant à résoudre des problèmes facilitant la prise de décision ;
- luttant contre les châtiments corporels, l'intimidation, le harcèlement et la violence.

Ces compétences sont en lien avec des attitudes et des capacités au service de l'adaptation telles que :

- l'estime de soi,
- le sentiment d'auto-efficacité,
- les stratégies d'adaptation.

D'autre part, en dehors de cette étape transitoire normale, un certain nombre de pathologies peuvent émerger (troubles alimentaires, dépressions, psychoses...). Plus les dépistages sont réalisés précocement, plus les chances d'éviter des séquelles à l'âge adulte augmentent.

Les problèmes de santé mentale chez les adolescents entraînent des coûts économiques et sociaux élevés, dans la mesure où ils deviennent souvent plus handicapants à long terme. Aussi l'ensemble des institutions publiques et la société civile sont conscients des difficultés traversées par les jeunes de Nouvelle-Calédonie.

C'est pourquoi il est urgent de structurer cette filière et d'étendre ses moyens :

I : Au niveau sanitaire

- 1) en garantissant la réactivité du C.H.S. Albert Bousquet en cas d'apparition de signes de décompensation, et en cas d'urgence en s'assurant du relais entre l'unité d'urgence psychiatrique et le centre d'accueil et de soins pour adolescents (C.A.S.ADO.) ;
- 2) en structurant la filière de prise en charge thérapeutique des adolescents autour du CASADO en le complétant par ordre de priorité :
 - d'une équipe mobile ;
 - d'une hospitalisation en cas de crise et pour les pathologies émergentes de l'adolescence (troubles alimentaires, troubles de l'humeur et anxieux, suicides) au sein des services existants (pédiatrie et psychiatrie générale) :
 - en formant les équipes d'accueil aux problématiques adolescentes et des jeunes adultes,
 - en garantissant leur soutien par des professionnels de pédopsychiatrie, et de psychiatrie générale,
 - en sécurisant l'environnement des adolescents et jeunes adultes hospitalisés,
 - d'un suivi des jeunes systématique au cours de l'année qui suit une hospitalisation aiguë,
 - d'une alternative à l'hospitalisation complète permettant le relais de la filière petite enfance (hôpital de jour, ateliers thérapeutiques...).

| | |
|----------------------------------|--|
| OBJECTIF OPERATIONNEL | PERMETTRE A TOUS L'ACCES AUX DISPOSITIFS DE REPONSES ADEQUATS <i>L'offre d'un service en adéquation aux besoins des adolescents est jugé prioritaire.</i> |
| ACTION | <p><i>1. Garantir la réactivité du C.H.S. Albert Bousquet en cas d'apparition de signes de décompensation et en cas d'urgence en s'assurant du relais entre l'accueil des urgences psychiatriques et le C.A.S.ADO. Créer une équipe mobile au C.A.S.ADO. Assurer un suivi des jeunes systématique au cours de l'année qui suit une hospitalisation aiguë</i></p> <p><i>2. Structurer l'hospitalisation en cas de crise et pour les pathologies émergentes de l'adolescence (troubles alimentaires, troubles de l'humeur et anxieux, suicides) au sein des services existants (pédiatrie et psychiatrie générale) :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>en formant les équipes d'accueil aux problématiques adolescentes</i> ○ <i>en garantissant leur soutien par des professionnels de pédopsychiatrie</i> ○ <i>en sécurisant l'environnement des jeunes hospitalisés</i> <p><i>3. Développer l'alternative à l'hospitalisation complète</i></p> |
| Echéancier | En attente du projet d'établissement du C.H.S. Albert Bousquet |

| | | | | | | |
|--------------------------------------|---|-------------|---|-------------|-------------|-------------|
| Indicateurs | Nombre d'intervention auprès des adolescents et des jeunes adultes ayant bénéficié d'un entretien ou d'une prise en charge Indicateurs d'activité du C.A.S.ADO. Délai d'attente de prise en charge Nombre de suivis réguliers dans les suites d'une hospitalisation aiguë (délai de prise en charge, fréquence des interventions, type d'intervention et durée du suivi) Nombre de perdus de vue dans le cadre des suivis post hospitalisation aiguë Nombre de tentatives de suicide, nombre de récédives, délai entre première tentative et récédive | | | | | |
| Objectifs à atteindre | Adapter l'offre de soins aux besoins des adolescents et des jeunes adultes Diminuer le nombre de patients perdus de vue Eviter la rupture de prise en charge après la petite enfance (H.D.J., C.A.T.T.P. etc.) 100% des adolescents et des jeunes adultes doivent bénéficier d'un délai de première consultation inférieur à 8 jours en 2 ans, après la demande 100% des adolescents vus à l'unité d'accueil d'urgence du C.H.T. Gaston Bourret doivent être revus au moins 6 fois dans les 6 mois qui suivent d'ici 5 ans (si le projet de soins l'estime nécessaire). | | | | | |
| Financeurs | Organismes de protection sociale au travers de la D.G. du C.H.S. Albert Bousquet | | | | | |
| Coût | D.G.F. Hospitalière du C.H.S. Albert Bousquet | | | | | |
| Planification | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| D.G.F. C.H.S. Albert Bousquet | Mesures nouvelles prioritaires | | En attente de la validation du contrat d'objectifs et de moyens | | | |

II : Au niveau social et médico-social

Pour que les problématiques spécifiques rencontrées par les jeunes puissent être prises en compte, il convient :

- 1) de développer des lieux de paroles permettant d'amorcer le dialogue auprès d'adolescents et de jeunes adultes non demandeurs en :
 - multipliant les consultations cannabis DECLIC dans tout le pays,
 - formant des personnels relais chargés d'animer des points d'écoute et/ou d'échanges entre pairs, intégrant les aspects culturels et sociaux, au sein des lieux de vie privilégiés des jeunes,
- 2) de proposer une réponse aux adolescents et jeunes adultes porteurs de troubles du comportement perturbant la socialisation et l'accès aux apprentissages et/ou à une vie professionnelle en :
 - développant des classes coordonnant : instituteurs, éducateurs et professionnels spécialisés ;
 - créant un dispositif d'accueil séquentiel associant du personnel soignant, éducatif et enseignant, pouvant être élargi à des maîtres d'apprentissage et/ou des tuteurs des secteurs publics et privés.
- 3) lorsque la limite des compétences des personnels éducatifs, scolaires, des tuteurs et maîtres d'apprentissages est atteinte, développer la coordination avec le secteur psychiatrique public ou privé pour :
 - contenir le jeune,
 - proposer un soutien technique aux équipes éducatives et enseignantes,

- organiser des médiations à destination du personnel, des familles, des élèves, ou des apprentis / stagiaires,
- 4) de répondre aux besoins d'accueil des ressortissants de la protection de l'enfance et de la protection judiciaire de l'enfance et de la jeunesse (P.J.E.J.) :
- en établissements
 - au sein de familles formées à la prise en charge d'enfants présentant des troubles du comportement ou un handicap psychique,
- 5) de développer les actions d'aide éducative à domicile préventives ou de suivi.

Sous-section 3 : Les adultes

L'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » estime à plus de 72 000 personnes âgées de plus de 18 ans, la population appelée à connaître au moins une fois dans sa vie un trouble psychique.

Même si les réalités géographiques et démographiques demeurent un frein à la systématisation de l'offre de soins psychiatres sur l'ensemble du pays, elle s'est progressivement construite au cours de ces vingt dernières années en élargissant sa gamme de services (C.M.P., alternatives à l'hospitalisation, A.M.P.). Cependant, à l'unanimité, les partenaires s'accordent pour signaler :

- le manque de repérage,
- une coordination à améliorer entre les services existant et le secteur libéral,
- comme lors des travaux de 2001 et 2003 sur la santé mentale, un manque préjudiciable de dispositifs médico-sociaux.

Afin d'apporter une réponse à ces constats, il est proposé de :

I : Au niveau sanitaire

- adapter les moyens des A.M.P. et C.M.P. pour développer une prise en charge pluridisciplinaire sur les lieux de vie,
- créer une nouvelle A.M.P. pour la région centre,
- restructurer et redéfinir les missions de l'unité de réhabilitation et de réinsertion psychosociale pour améliorer son efficacité,
- adapter les locaux du C.M.P. de Nouméa et des ateliers thérapeutiques,
- promouvoir les services du C.H.S. Albert Bousquet auprès du secteur libéral et de la population (antenne des urgences psychiatriques (A.U.P.) et alternatives à l'hospitalisation)
- structurer la filière psychiatrique du nord, par la création :
 - d'une nouvelle A.M.P. à Koné,
 - d'une prise en charge hospitalière sur Koumac,
 - du suivi des injonctions thérapeutiques.
- appliquer les recommandations de bonnes pratiques thérapeutiques et mettre en place des protocoles partagés par la communauté médicale et les équipes,
- à l'horizon de l'ouverture du centre hospitalier de Koutio, entamer les réflexions pour prévoir des lits d'hospitalisation de crise à proximité de l'unité d'accueil des urgences psychiatriques, qui permettent l'évaluation et l'orientation en 24 à 48 heures.

| | | | | |
|------------------------------------|---|-------------|-------------|-------------|
| OBJECTIF OPERATIONNEL | PERMETTRE A TOUS L'ACCES AUX DISPOSITIFS DE REPONSES ADEQUATS | | | |
| ACTION | Après réalisation des priorités identifiées pour la pédopsychiatrie | | | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Créer une nouvelle A.M.P. pour la région centre ▪ Adapter les moyens des A.M.P. et C.M.P. pour développer une prise en charge pluridisciplinaire sur les lieux de vie ▪ Adapter les locaux de prise en charge ambulatoire, ▪ Structurer la filière psychiatrique du nord, par la création : <ul style="list-style-type: none"> ○ d'une nouvelle A.M.P. à Koné, ○ d'une prise en charge hospitalière sur Koumac ▪ Restructurer et redéfinir les missions de la réhabilitation et de la réinsertion psychosociale pour améliorer leur efficience | | | |
| Echéancier | En attente du projet d'établissement du C.H.S. Albert Bousquet | | | |
| Indicateurs | Rapport d'activité du service et des unités | | | |
| Objectifs à atteindre | Adapter l'offre de soins aux besoins Améliorer l'intégration des patients en milieu ordinaire | | | |
| Financeurs | Organismes de protection sociale au travers de la D.G. du C.H.S. Albert Bousquet | | | |
| Coût | En attente de la validation du contrat d'objectifs et de moyens | | | |
| Planification | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
| D.G. C.H.S. Albert Bousquet | En attente de la validation du contrat d'objectifs et de moyens | | | |

II : Au niveau social et médico-social

Les participants au schéma ont fait émerger l'insuffisance d'un certain nombre de structures entrant dans le champ d'autres domaines, notamment ceux du handicap ou de l'insertion sociale. A ce propos, les éléments quantitatifs et qualitatifs qui seront dégagés par le conseil du handicap et de la dépendance (C.H.D.) au cours des travaux du schéma du handicap, et la commission de concertation en santé mentale, permettront d'en valider les orientations et le dimensionnement afin :

- de répondre à la carence de dispositifs d'hébergement à destination des personnes porteuses d'un handicap psychique ou d'un trouble mental par la création :
 - au niveau collectif :
 - d'établissements médico-sociaux accueillant des personnes stabilisées nécessitant une protection, dont la vulnérabilité ne permet pas une intégration dans la cité. ils proposent une prise en charge continue par un personnel éducatif et soignant, participant au développement et au maintien de leurs acquis,
 - au niveau individuel et semi-collectif :
 - d'hébergements capables d'adapter de façon très souple le degré d'encadrement ou d'autonomie, aux besoins changeants des patients hébergés. L'action thérapeutique reposant sur les effets de la vie en groupe, notamment par la solidarité et l'entraide qui constituent des facteurs préventifs et curatifs considérables,

- d'un service de placement familial thérapeutique conventionné avec le C.H.S. Albert Bousquet, comprenant plusieurs familles d'accueil hébergeant des malades, pour lesquels le maintien ou le retour au domicile ou dans leur famille naturelle ne paraît pas souhaitable ou possible. Ces familles d'accueil sont formées par le C.H.S. Albert Bousquet,
 - de structures pouvant héberger plusieurs personnes stabilisées, dont l'autonomie permet une intégration dans la cité. Elles sont en capacité d'assumer les tâches ménagères et de partager le quotidien d'un domicile. Ces personnes sont suivies par le C.H.S. Albert Bousquet sur le plan thérapeutique et pour le reste par les services d'accompagnement de droit commun. Un professionnel participe à la vie du groupe, tout ou partie du temps, et une astreinte de nuit et jours fériés est organisée en cas d'urgence,
 - de dispositifs permettant de faciliter l'accès à un hébergement individuel ou collectif, temporaire ou définitif, à des locataires handicapés psychiques ou souffrants de troubles mentaux, stabilisés et en cours d'insertion. Le financement est assuré par les occupants eux-mêmes, sous caution d'un tiers. Ces dispositifs assurent l'interface entre les locataires, les bailleurs publics et privés en associant les partenaires sanitaires et sociaux concernés (centres communaux d'action sociale, provinces, tutelles, associations, C.M.P., C.R.H.D.-N.C.),
- d'adapter et d'étendre des structures pouvant accueillir les femmes souffrant de troubles psychiques ou victimes d'un accident de vie,
 - de répondre à l'insuffisance d'offre d'emplois adaptés pour des handicapés psychiques qui n'ont pas acquis suffisamment d'autonomie pour travailler en milieu ordinaire.

III : Contribuer à l'amélioration des conditions de travail

L'environnement professionnel doit être exempt de toute forme de discrimination et de harcèlement. Tous les salariés doivent pouvoir bénéficier d'une prise en charge, soit directement, soit indirectement dans le cadre de programmes d'aide aux employés. Les études révèlent par ailleurs que les politiques qui contribuent à développer au maximum les perspectives d'emploi pour l'ensemble de la population et la sécurité d'emploi des travailleurs, participent à l'amélioration de la santé mentale des communautés concernées.

Par ailleurs, les partenaires relèvent un retard dans la réglementation à l'égard des fonctionnaires, concernant :

- la mise en place d'une médecine du travail,
- la protection des agents (règles de sécurité, harcèlement...),
- la systématisation des instances régulatrices multi partenariales.

Enfin, sont unanimement encouragées les initiatives associant les partenaires sociaux à l'élaboration d'un plan d'amélioration des conditions de travail, de l'insertion et du logement.

Sous-section 4 : Les populations à risques

Rappelons que la précarité peut être à la fois source et conséquence des troubles mentaux.

Les populations en situation de grande précarité et d'exclusion sont inscrites dans des problématiques complexes remontant souvent à l'enfance. Leur prise en charge en est d'autant plus délicate, que ces personnes en manque d'estime d'elles-mêmes et peu compliantes, ne sont pas inscrites dans la même temporalité que les travailleurs sociaux.

Leur accompagnement mobilise de nombreux acteurs, qui face à des échecs successifs peuvent progressivement s'en désengager, par découragement professionnel. A ce propos, les techniciens rapportent un manque de coordination entre les divers intervenants institutionnels responsables des politiques :

- de soins, en signalant un besoin de référents pour la prise en charge psychologique ou psychiatrique,
- du logement, au travers une insuffisance :
 - de logements sociaux capables de faire face à l'exode rural, ce qui génère une quasi impossibilité pour ce public de se loger,
 - de coordination des dispositifs d'hébergement d'urgence,
 - d'hébergement de jeunes travailleurs,
- du travail, en précisant un déficit :
 - d'initiatives favorisant l'employabilité, l'estime de soi, l'assertivité, la prise de parole, l'aspect de soi, l'autonomisation et la capacitation...
 - de suivi social des travailleurs en cours insertion (logement, budget, adaptation à l'emploi, motivation...),
 - de diversité des dispositifs d'insertion professionnelle,
 - de conditions d'intégration à l'emploi (horaires, droits sociaux...), pour permettre aux entreprises compréhensives de mieux intégrer ces travailleurs.

Ce défaut de moyens est révélateur d'une difficulté à projeter des solutions innovantes. En effet, chaque personne a un parcours qui lui est propre, et les réponses doivent pouvoir être construites au cas par cas, aussi atypiques puissent elles être.

Sous-section 5 : Les autres populations

Les partenaires du schéma ont choisi de ne pas aborder les problématiques de trois catégories de populations vulnérables du fait de contextes particuliers :

1. La population carcérale : issue de milieux très souvent défavorisés sur le plan social, néglige sa santé, et les conditions d'incarcération ne sont pas favorables à cette prise en charge. Il est démontré que plus l'histoire judiciaire des individus est lourde et moins ils apportent de la considération à leur santé. De plus, les recherches sur l'état de la santé mentale de cette population démontrent que l'incarcération en provoque la dégradation, et que la prégnance des troubles psychosomatiques serait due à l'épreuve de l'enfermement dans le contexte de la détention.

En 2011, le contrôleur général des lieux de privation de liberté a constaté par la voie d'une procédure d'urgence, une violation grave des droits fondamentaux des personnes incarcérées au centre pénitentiaire de Nouville. Il émet les préconisations visant à :

- améliorer de manière significative les conditions d'hébergement en procédant à la rénovation et à l'extension *in situ* du centre pénitentiaire ;
- développer les activités de réinsertion pour l'heure quasi inexistantes.

Les services compétents en matière sanitaire du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie recommandent une évaluation et une mise en adéquation de l'offre de soins psychiatriques aux besoins des détenus, tant en soins individuels que collectifs, par une modification de la convention entre le centre de détention du camp est et le centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet.

Une récente convention entre le centre de détention du camp est et le centre hospitalier territorial (C.H.T.) Gaston Bourret, permet à la population carcérale d'améliorer l'accès aux soins somatiques.

Enfin, une réflexion est en cours entre la Nouvelle-Calédonie et les ministères de l'outre-mer et de la justice pour aboutir à l'affiliation de l'ensemble des détenus et de leurs ayants droits à un système de protection sociale.

2. Les personnes soumises à une addiction : car le plan addictions 2011-2015 élaboré en 2010 préconise davantage de transversalité entre les secteurs (collectivités, justice, milieu hospitalier, milieu du travail, services socio-éducatifs...)
3. Les personnes âgées : en effet les schémas relatifs à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées sont de la compétence des provinces par délégation, et la question de la santé mentale de cette population sera donc abordée plus spécifiquement à l'occasion de ces travaux.