

REPUBLIQUE FRANÇAISE

---

NOUVELLE-CALEDONIE

----  
Conseil Economique et Social

Nouméa, le 19 mars 2004

**Avis n°01/2004**  
**relatif au projet de délibération portant diverses dispositions**  
**d'ordre sanitaire et social**



Le Conseil Economique et Social de la Nouvelle-Calédonie, conformément à l'article 155 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie,

Vu la délibération n° 03/CP du 05 novembre 1999 portant organisation et fonctionnement du Conseil Economique et Social de la Nouvelle-Calédonie,

Vu la délibération n° 1-CES/2000 du 07 mars 2000 portant Règlement Intérieur du Conseil Economique et Social,

Vu la saisine en date du 24 février 2004 du Président du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie **relative au projet de délibération portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social,**

Vu l'avis du Bureau en date du **17 mars 2004,**

a adopté lors de la Séance Plénière en date du **19 mars 2004,** les dispositions dont la teneur suit :

## **I. PREAMBULE**

Le projet de délibération soumis à l'avis du Conseil Economique et Social, envisage diverses mesures se rapportant aux secteurs sanitaire et social, dont l'objet et le contenu sont les suivants :

### **I - LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION SOCIALE**

#### **A. LES MESURES DE SECURITE SOCIALE**

##### **1 - La modification des dispositions relatives au dispositif conventionnel entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé**

La délibération n° 490 modifiée du 11 août 1994 relative au plan de promotion de la santé et à la maîtrise des dépenses pose dans son titre III les règles du fonctionnement du dispositif liant les organismes de protection sociale et les professionnels de santé dont les rapports sont définis par des conventions.

Ces conventions, approuvées par le congrès par délibération parue au JONC le 13.06.2002, doivent, en application de l'article 20 de la délibération susvisée, être signées par trois organismes de protection sociale, gestionnaires d'un régime de base dont la Cafat et au moins une des organisations syndicales représentatives de la profession. Les signataires potentiels sont ainsi, d'une part, la Cafat, les provinces Sud, Nord et Iles Loyauté au titre de l'aide médicale, et, d'autre part, les médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes et les directeurs de laboratoire d'analyses médicales.

Le retrait de la Province Nord et de la Province des Iles Loyauté du dispositif conventionnel a motivé l'intervention de la Cafat chargée de la conduite du dispositif conventionnel notamment pour ce qui concerne la validité des conventions en cours et des ouvertures de conventionnement dans le grand Nouméa intervenues en fin d'année 2002. En effet, ces conventions n'engageront plus que deux organismes gérant un régime de base.

Il apparaît dès lors nécessaire de modifier la délibération n° 490 pour donner une nouvelle assise juridique au dispositif conventionnel. Ces modifications effectuées a minima visent également à empiéter le moins possible sur le champ de la loi du pays en attendant la rédaction d'un texte plus global qui pourrait résulter des travaux des groupes mis en place pour l'élaboration du nouveau plan de maîtrise des dépenses de soins.

Les modifications proposées portent sur les points suivants :

- Les conventions actuelles seraient valables dès lors qu'elles seraient signées par 2 organismes de protection sociale gérant un régime de base ;
- Elles seraient approuvées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;
- En cas de vide conventionnel, le gouvernement aurait la possibilité d'arrêter un règlement conventionnel type opposable à la Cafat et se substituant à la convention. Par ailleurs, seraient concernés par ce règlement les provinces et les organismes de protection sociale complémentaires qui ont notifié au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie leur acceptation de se voir appliquer ce règlement. Cette disposition est respectueuse de l'autonomie de ces organismes tout en liant la Cafat.

## **2 - La précision relative aux fonctionnaires de l'Etat dans le cadre des évacuations sanitaires**

Le congrès de la Nouvelle-Calédonie a, par délibération n° 337 du 13 décembre 2002, modifié la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale. Cette modification avait pour objectif d'associer un médecin conseil désigné par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sur proposition du haut-commissaire aux décisions relatives aux évacuations sanitaires des fonctionnaires de l'Etat.

Cependant, la formule employée par la délibération n° 337 du 13 décembre 2002 manque de précision en ce qu'elle ne vise que le « fonctionnaire d'Etat ». Or, il résulte de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et de la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie que la notion de « fonctionnaire d'Etat » recouvre plusieurs catégories (les fonctionnaires civils d'Etat stricto sensu, les magistrats de l'ordre judiciaire, les ouvriers de l'Etat et les fonctionnaires relevant des fonctions publiques territoriale et hospitalière). Les dispositions proposées ont pour objet d'harmoniser la rédaction de la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 modifiée avec les textes législatifs et réglementaires traitant de la même matière.

Enfin, il est inséré une disposition qui prévoit la nomination d'un médecin suppléant en cas d'empêchement ou d'absence du titulaire.

### **3 - La composition de la commission d'appel chargée d'examiner les recours contre la commission médicale.**

La délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 précise en son article 28 que le médecin prescripteur « peut former un recours devant une commission d'appel, présidée, avec voix prépondérante, par le médecin inspecteur territorial de la santé, et composée d'un représentant désigné par le conseil de l'ordre des médecins, d'un médecin expert de la discipline concernée désigné par le médecin inspecteur et d'un médecin désigné par l'exécutif du territoire ».

La direction des affaires sanitaires et sociales ne disposant que de deux postes de médecin inspecteur, il convient de prévoir la circonstance d'empêchement de ceux-ci et de permettre ainsi la continuité de fonctionnement de la commission d'appel. Il est proposé d'ajouter cette précision à la suite de l'alinéa précédemment cité.

### **4 - La prise en charge de la rémunération du médecin désigné par le conseil de l'ordre des médecins au sein de la commission d'appel chargée d'examiner les recours contre la commission médicale.**

L'article 28 de la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 précise que la commission d'appel comprend notamment :

- Un médecin désigné par le conseil de l'ordre des médecins ;
- Un médecin expert désigné par le médecin inspecteur ;
- Un médecin désigné par l'exécutif du territoire.

Si la prise en charge de la rémunération du médecin expert est prévue par l'article 36, celle du médecin désigné par l'ordre n'est pas fixée réglementairement. Aussi, est-il proposé de compléter le cadre réglementaire par une disposition prévoyant que la rémunération est versée, à l'instar de celle du médecin expert, par l'organisme de prise en charge à titre principal du patient .

### **5 - Le transfert de 0,5 point de cotisation de la branche famille vers la branche chômage gérées par la Cafat**

La branche chômage est financée par des cotisations dont le taux est fixé à 1,36 % (1,02 % à la charge de l'employeur et 0,34 % à la charge du salarié) d'une assiette plafonnée à 295 900 FCFP / mois.

Depuis l'exercice 2000, les résultats de la branche chômage sont déficitaires et vont en s'aggravant :

|      |               |
|------|---------------|
| 1998 | +330 millions |
| 1999 | +267 millions |
| 2000 | -55 millions  |

|      |  |
|------|--|
| 2001 | -256 millions  |
| 2002 | -784 millions  |
| 2003 | -805 millions prévus pour 2,3 milliards de charges et 1,5 milliards de ressources. |

Cette situation est due notamment, à la conjonction des facteurs suivants :

- En 1998, le transfert de 0,5 % de taux de cotisation chômage au financement de la branche maladie maternité invalidité décès ;
- A partir de 2000, l'affectation d'une partie de la contribution exceptionnelle de solidarité est supprimée ;
- En 2001, l'augmentation du SMG a élevé le niveau des prestations servies, car elles sont calculées proportionnellement à ce salaire minimum.

Le 19 novembre 2003, le conseil d'administration de la Cafat s'est prononcé à l'unanimité en faveur d'un transfert de 0,5 % de la branche famille vers la branche chômage. La branche famille devrait générer 700 millions d'excédent en 2003. Un résultat identique étant attendu en 2004, l'exploitation de la branche famille devrait rester excédentaire (+ 200 millions). Par ailleurs, les réserves de cette branche dépassent le niveau maximum requis par les textes (4,2 milliards).

L'incidence de ce transfert en année pleine étant de quelques 500 millions, le déficit prévisionnel de l'exercice 2004 de la branche chômage (environ 900 millions) sera atténué dans l'attente des mesures complémentaires de redressement qui devraient intervenir en cours d'année.

Pour des raisons de gestion, il est également suggéré que les dispositions relatives au taux de cotisations entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> jour du trimestre suivant leur parution au journal officiel de la Nouvelle-Calédonie.

## **B. LES MESURES D'AIDE MEDICALE**

Le dispositif relatif à l'aide médicale et aux aides sociales a beaucoup évolué s'agissant de l'aide médicale provinciale. Il est par contre resté dans sa livrée de décembre 1989 pour ce qui concerne l'aide médicale territoriale.

Compte tenu des difficultés rencontrées pour son application, il est proposé de diminuer le ticket modérateur de 20 % à 10%, niveau minimum constaté dans les provinces, et de le supprimer dans les cas où, soit les dépenses sont importantes, soit la prise en charge et le suivi médical apparaissent essentiels. Il s'agit notamment des frais consécutifs à l'hospitalisation, les frais relatifs aux maladies sociales et aux longues maladies Cafat, des soins liés à la maternité et à l'enfant de moins de 6 ans. Enfin, il est proposé de supprimer ce ticket modérateur dans les cas non expressément prévus, sur décision du président du gouvernement, au vu de critères sociaux ou médicaux le justifiant.

Enfin, et compte tenu des engagements pris à l'égard de l'armée, il est proposé de faire bénéficier d'une prise en charge territoriale les militaires étrangers en manœuvre en Nouvelle-Calédonie. Il s'agit notamment des Tongiens, Fidjiens, Vanuatais pour lesquels le concours de la Nouvelle-Calédonie s'inscrit dans une promotion de la coopération régionale.

## **II. LA MODIFICATION DE LA DELIBERATION RELATIVE A LA CORH**

La délibération n°113 du 24 juillet 1985 instituant la CORH (commission d'orientation et de reclassement des handicapés) a été modifiée par plusieurs textes. Cependant, certaines dénominations d'institutions sont restées inchangées et ne correspondent plus à celles employées actuellement. Il est proposé de modifier ces dénominations (DASS NC, CAFAT).

Par ailleurs, pour la définition du travailleur handicapé, cette délibération fait référence à un article du code du travail métropolitain qui n'est pas applicable en Nouvelle-Calédonie. Cette même disposition ayant été transposée en Nouvelle-Calédonie, il est proposé de la viser.

La délibération modifiée n°113 fixe le quorum de la CORH à la majorité absolue. A plusieurs reprises, le quorum n'ayant pu être atteint, l'examen des dossiers a dû être repoussé. Afin de ne pas pénaliser les personnes en attente d'une reconnaissance de handicap, il est proposé de réunir dans les quinze jours une nouvelle fois la commission, avec le même ordre du jour, et sans condition de quorum. Parallèlement, lorsque le président est absent, il est projeté de faire désigner un président parmi les membres.

Par ailleurs, un délai de 4 mois est laissé à l'équipe technique pour l'instruction des dossiers. Ce délai est incompatible avec les moyens actuels et le grand nombre de déplacements (presque une centaine par an) afin de couvrir tous les dispensaires de la Nouvelle-Calédonie où sont convoqués les usagers. Il est proposé d'étendre ce délai à six mois afin de permettre aux équipes techniques d'examiner les demandes dans les délais impartis.

En outre, la délibération modifiée n°113 prévoit la nomination des membres de l'équipe technique par l'exécutif du territoire (médecin, psychologue et assistante sociale). En cas d'absence d'un de ces professionnels (congrés, maladie..), la procédure de nomination du remplaçant n'est pas compatible avec les délais d'instruction. Il est proposé de supprimer cette nomination, les professionnels agissant *es qualite*.

Enfin, parmi les membres spécifiques de la section II (handicapés non travailleurs), un médecin du service chargé du contrôle médical pour le compte des provinces ainsi qu'un médecin représentant la Cafat doivent être nommés par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le contrôle médical ayant été unifié et transféré à la Cafat, cet organisme désigne systématiquement en qualité de médecin de la caisse le médecin chef du

service du contrôle médical. Il est donc proposé de nommer à la place du médecin du service chargé du contrôle médical pour le compte des provinces un médecin nommé sur proposition du directeur des affaires sanitaires et sociales de la Nouvelle-Calédonie.

### **III - LA MODIFICATION DE LA DELIBERATION N° 171 DU 25 JANVIER 2001 RELATIVE A LA CARTE SANITAIRE ET AUX SCHEMAS D'ORGANISATION SANITAIRE**

#### **1° - L'assouplissement de la condition d'astreinte opérationnelle exclusive d'un pédiatre 24 h / 24 :**

Dans l'annexe I à la délibération n°171 du 25 janvier 2001 fixant le schéma d'organisation de l'obstétrique, il est exigé une astreinte opérationnelle exclusive d'un pédiatre 24 h / 24. Cette astreinte pose des problèmes récurrents liés au petit nombre de pédiatres libéraux installés à Nouméa et au plus faible nombre de médecins encore qui acceptent de participer à cette astreinte. La même difficulté peut être observée en métropole. Aussi, est-il proposé d'assouplir la réglementation en retenant l'alternative de l'anesthésiste réanimateur. Par ailleurs, la référence du pédiatre est complétée par la mention « ou un médecin compétent en pédiatrie » pour prendre en compte la compétence ordinale de certains médecins généralistes.

#### **2° - La nécessité de disposer d'un dépôt secondaire de produits sanguins :**

Au niveau 3 du schéma de l'obstétrique qui concerne l'établissement de Koumac, il est exigé « un dépôt secondaire de produits sanguins sous la responsabilité du centre de transfusion sanguine ». Pour le niveau 4, cette disposition est reprise sous forme de renvoi ainsi libellé : « Outre les matériels du niveau précédent, celui devra ... ».

L'exigence posée pour le niveau 3 - qui ne concerne que Koumac - est commandée par l'éloignement de cette structure et par les délais d'acheminement des produits sanguins. Moins justifiée pour le niveau 4 qui ne concerne que les cliniques, elle est de surcroît susceptible de créer des difficultés de fonctionnement au centre de transfusion sanguine qui ne dispose pas de réserves suffisantes pour assurer l'approvisionnement de dépôts secondaires supplémentaires. Aussi, est-il proposé de supprimer cette obligation pour les établissements situés à Nouméa et, par conséquent, proches du centre de transfusion sanguine.

### **3° - La prorogation des délais de mise en œuvre des schémas:**

L'article 16 de la délibération n°171 du 25 janvier 2001 rappelle que les services d'obstétrique ainsi que le dispositif et le réseau de prise en charge des urgences devront s'organiser dans un délai de trois ans suivant la publication de la présente délibération au journal officiel, soit au plus tard le 6 mars 2004. Si un certain nombre de dispositions ont déjà été mises en œuvre, il apparaît néanmoins que le délai du 6 mars 2004 ne pourra pas être respecté.

Les professionnels de santé comme les gestionnaires des structures sanitaires souhaitent néanmoins conserver l'objectif des schémas. Aussi, est-il proposé de reporter la date du 6 mars 2004 au 31 décembre 2004, ce délai obligeant les structures à continuer leurs mises aux normes.

#### **IV - LA MODIFICATION DE LA DELIBERATION N° 375 DU 7 MAI 2003 RELATIVE A L'EXERCICE DE LA PROFESSION DE SAGE-FEMME**

L'attention du gouvernement a été appelée sur les compétences des sages-femmes en matière de prescriptions d'examens biologiques notamment les bilans de sérologie obligatoires de grossesse, les contrôles de sérologie de toxoplasmose, les examens cyto-bactériologiques des urines et les bilans d'anesthésie avant accouchement. Ces examens ne sont plus remboursés par la CAFAT s'ils ne sont pas prescrits par un médecin. La délibération n° 375 du 7 mai 2003 relative à l'exercice de la profession de sage-femme n'énumère pas en effet ces examens au nombre des examens pouvant être prescrits par les sages-femmes.

En métropole, ces prescriptions sont réglementées par l'article L.4151-4 du code de la santé publique qui est ainsi libellé :

***« Les sages-femmes ne peuvent prescrire que les examens ainsi que les médicaments nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces examens et de ces médicaments est établie par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie de médecine ».***

Cette liste a été fixée par arrêté du 17 octobre 1983 modifiée par arrêtés du 10 octobre 1989 et du 30 septembre 1997. Elle inclut les examens cités dans le premier paragraphe et ne soumet pas à formation complémentaire la réalisation de ces prescriptions.

L'article 11 de la délibération n° 375 du 7 mai 2003 qui est pourtant inspiré de l'article L.4151-4 du code de la santé publique omet la mention des **« examens »**. Cette omission ne semble répondre à aucune exigence particulière puisque les articles 10, 11 et 12 de la délibération sont directement inspirés, voire copiés, des articles L.4151-1 et suivants du code de la santé publique. Aussi, est-il proposé de mentionner les examens dans la liste fixée par arrêté du gouvernement.

**V - LA MODIFICATION DE LA DELIBERATION N° 391 DU 4 JUILLET 2003 PORTANT  
MODIFICATION DE LA DELIBERATION MODIFIEE N°425 DU 12 AOUT 1993 RELATIVE  
AU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION DE LA NOUVELLE-  
CALEDONIE**

La délibération n° 391 du 4 juillet 2003 prenant acte de la mise en œuvre du régime unifié d'assurance maladie-maternité a modifié les paramètres de calcul de la dotation globale de financement des établissements hospitaliers. Si elle a substitué la notion de régime à celle d'organisme gestionnaire pour les salariés et travailleurs indépendants, elle s'est limitée au seul régime unifié d'assurance maladie-maternité. Dans la pratique, il convient de viser les branches gérées par la Cafat à charge pour l'organisme gestionnaire d'effectuer la répartition notamment entre le régime unifié et les accidents du travail. En effet, le régime unifié n'est pas seul à supporter la dotation globale. Aussi, est-il proposé de remplacer l'expression « au régime unifié d'assurance unifié maladie » par l'expression « aux différentes branches gérées par la CAFAT » dans le 1) de l'article 1<sup>er</sup> de la délibération n°391 du 4 juillet 2003.

## **II - OBSERVATIONS**

⇒ Modification des dispositions relatives au dispositif conventionnel entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé

**Le Conseil Economique et Social s'est** rendu compte de la nécessité de modifier la délibération n°490 pour donner une nouvelle assise au dispositif conventionnel.

Par ailleurs, **il observe** que les médecins libéraux sont gênés dans la pratique par les trois systèmes provinciaux d'aide médicale qui induisent des disparités de tarifs.

⇒ La composition de la commission d'appel chargée d'examiner les recours contre la commission médicale

**Le Conseil Economique et Social rappelle** que lors de la mise en place de la commission d'appel, et afin de lui donner un certain poids, la fonction de président avait été dévolue aux personnes qui possédaient le titre de médecin inspecteur.

⇒ La prise en charge de la rémunération du médecin désigné par le conseil de l'ordre des médecins au sein de la commission d'appel chargée d'examiner les recours contre la commission médicale

**Le Conseil Economique et Social note** que le médecin désigné par le conseil de l'ordre intervient depuis près de trois ans de façon bénévole.

⇒ Les mesures d'aide médicale

- Concernant le premier point, **le Conseil Economique et Social constate** que la quasi-totalité des métropolitains arrivant sur le territoire bénéficient pendant un an des droits à la sécurité sociale. Néanmoins, une minorité d'entre eux, n'ayant pas de couverture sociale en Métropole, ressortent de l'aide médicale territoriale.
- A propos du deuxième point, **le Conseil Economique et Social souligne** qu'il s'agit d'un engagement pris avec l'Etat et qui ne concerne qu'un nombre restreint de personnes. D'autre part, **il rappelle** que l'armée française cotise au Régime Unifié d'Assurance Maladie et Maternité (RUAMM).

⇒ L'assouplissement de la condition d'astreinte opérationnelle exclusive d'un pédiatre 24h/24

- **Le Conseil Economique et Social indique** que la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie a été plusieurs fois confrontée au risque de devoir fermer le service de maternité d'une des deux cliniques de Nouméa. En effet les astreintes ne pouvaient pas toujours être assurées en raison de la pénurie de pédiatres. A ce propos, **il signale** que pour cette spécialité, deux conventionnements restent encore vacants sur le territoire.
- **le Conseil Economique et Social précise** en outre, que l'intitulé « médecin compétent en pédiatrie », relève d'une compétence délivrée par le conseil de l'ordre des médecins.

⇒ La nécessité de disposer d'un dépôt secondaire de produits sanguins

**Le Conseil Economique et Social signale** que les cliniques ont la possibilité de commander des produits sanguins à l'avance en prévision d'interventions qui risquent de nécessiter des poches de sang.

⇒ La modification de la délibération n° 375 du 7 mai 2003 relative à l'exercice de la profession de sage-femme

**Le Conseil Economique et Social constate** que depuis l'application de cette délibération, les examens prescrits par les sages-femmes ne sont plus remboursés. **Il note** donc l'importance de la modification demandée notamment pour celles qui exercent dans des endroits isolés de l'intérieur et des îles.

**Le Conseil Economique et Social se réjouit** de l'application de cette délibération en faveur de la profession de sage-femme qui avait déjà fait l'objet d'un avis favorable du Conseil Economique et Social en mai 2002.

⇒ Modification de la délibération n°391 du 4 juillet 2003 portant modification de la délibération modifiée n°425 du 12 août 1993 relative au financement des établissements d'hospitalisation de la Nouvelle-Calédonie

**Le Conseil Economique et Social précise** qu'il s'agit de permettre à l'agent comptable de la Cafat de débloquent les fonds nécessaires du régime « accident du travail » qui devraient également contribuer au financement des hôpitaux. Le texte actuel ne permet de débloquent que les fonds relatifs au RUAMM.

**Le Conseil Economique et Social** n'a pas de remarque particulière concernant les autres points de la délibération.

### III - PROPOSITION

Concernant la composition de la commission d'appel chargée d'examiner les recours contre la commission médicale, et sachant qu'il existe sur le territoire trois médecins inspecteurs autres que les deux relevant de la Direction des Affaires Sanitaires et Sociales de la Nouvelle-Calédonie, **le Conseil Economique et Social propose** la possibilité de désigner l'un d'entre eux en qualité de président de la commission en cas d'empêchement des deux médecins inspecteurs de la DASSNC.

### IV - CONCLUSION

Sous réserve de la proposition formulée précédemment, **le Conseil Economique et Social** émet un avis favorable au présent projet de délibération.

**LA SECRETAIRE**

**LE PRESIDENT**

**Léontine PONGA**

**Bernard PAUL**