



AVIS n°18/2025

du 22 août 2025

**concernant l'avant-projet de loi du pays portant
diverses dispositions en matière sanitaire et
sociale accompagné de son projet de
délibération**

Présentée par la CSPS¹ :

Le président :

Monsieur Pierre BOIGUIVIE

La rapporteure de séance :

Madame Larissa THONON

Dossier suivi par :

Madame Martine GARNIER, chargée
d'études juridiques ainsi que madame
Laetitia MORVILLE, secrétaire du bureau
des études.

¹ CSPS : commission de la santé et de la protection sociale.

Conformément aux textes régissant le conseil économique social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie, ce dernier a été saisi par lettre en date du 23 juillet 2025 par le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, d'un avant-projet de loi du pays portant diverses dispositions en matière sanitaire et sociale, selon la procédure normale.

La commission de la santé et de la protection sociale, en charge du dossier, a auditionné les représentantes et représentants du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ainsi que les services et directions, les actrices et acteurs concernés par ce sujet (cf. document annexe).

L'ensemble des contributions a apporté un précieux concours aux travaux de la commission dont les conclusions vous sont présentées dans l'avis ci-après.

AVIS n°18/2025

I – PRÉSENTATION DE LA SAISINE.....	3
II – OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS.....	3
I. VOLET SOCIAL.....	4
A. Organisation générale de la protection sociale.....	4
1. Renforcement du contrôle médical unifié (article 3 et 5 de l'avant-projet de loi du pays).....	4
2. Le conventionnement (article 12 de l'avant-projet de loi du pays).....	5
B. Numérisation et simplification des démarches.....	6
1. E-santé et dématérialisation : les feuilles de soins (article 6 de l'avant-projet de loi du pays et article 9 et 13 du projet de délibération).....	6
2. L'hébergement des données de santé (article 13 de l'avant-projet de loi du pays).	7
C. Prise en charge financière et accès aux soins.....	8
1. Les conditions de remboursement des prestations (article 7 et 8 de l'avant-projet de loi du pays).....	8
2. Les dispenses d'avance de frais : tiers-payant (article 11 de l'avant-projet de loi du pays et article 9 du projet de délibération).....	10
D. Les modalités d'exercice des professionnels de santé.....	11
1. Les professionnels de santé titulaires d'un diplôme étranger (article 14 et 16 de l'avant-projet de loi du pays).....	11
2. Les protocoles de coopération (article 15 de l'avant-projet de loi du pays).....	12
3. Le statut de collaborateur libéral (article 17 de l'avant-projet de loi du pays).....	13
II. VOLET SANITAIRE.....	14
A. Évolution par profession.....	14
1. Les professions médicales.....	14
2. Les autres professions de santé (article 33 et 35 de l'avant-projet de loi du pays).	16
B. Produits de santé et pharmacie.....	18
1. Les produits de santé : dispositions générales (article 48, 49 et 52 de l'avant-projet de loi du pays).....	18
2. Fabrication et distribution en gros : les stocks de sécurité (article 53, 54 et 55 de	

l'avant-projet de loi du pays).....	19
3. Les officines de pharmacie (article 58 et 59 de l'avant-projet de loi du pays)....	20
C. Santé publique : priorité de modernisation.....	22
1. Dispositions funéraires (article 4 du projet de délibération).....	22
2. Divers (article 8 et 9 du projet de délibération).....	22
III- CONCLUSION DE L'AVIS N°18/2025.....	24
Annexe : RAPPORT N°18/2025.....	27
Au titre de la commission du CESE :.....	28

I – PRÉSENTATION DE LA SAISINE

L'avant-projet de loi du pays soumis pour avis au CESE-NC a pour objet une refonte de l'ensemble des dispositions relatives au secteur sanitaire et social qui n'ont pas été révisées depuis 2017.

Il s'agit d'une démarche de fond puisque ces dernières années les textes principalement adoptés l'ont été dans l'urgence et/ou en réaction aux crises successives (crise sanitaire, émeutes, pénurie des professionnels de santé, etc), sans permettre une approche globale. En outre, en termes de prospective, les auteurs du texte tendent à anticiper sur d'éventuelles évolutions afin de renforcer la résilience du système de santé calédonien.

L'objectif affiché de cet avant-projet est de doter la Nouvelle-Calédonie d'un **cadre juridique modernisé et adapté**. Il vise à **optimiser et assouplir les règles existantes**, à **simplifier les procédures** pour les acteurs de la santé, et à **maîtriser les coûts** de dépenses de santé publique. De manière plus large, il s'inscrit dans une réforme de la **gouvernance de la santé**, de la **carte sanitaire** et de la **feuille de route de santé** du territoire.

Ce projet de texte est organisé en 5 chapitres distincts :

- le **chapitre I^{er}** traite des modifications en matière de protection sociale ;
- le **chapitre II** est consacré à l'hébergement des données de santé ;
- le **chapitre III** aborde les professionnels de santé ;
- le **chapitre IV** concerne les produits de santé ;
- le **chapitre V** comprend les dispositions transitoires.

Tel est l'objet de la présente saisine soumise à l'avis du conseil économique, social et environnemental selon la **procédure normale**.

II – OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS

En préambule, le CESE-NC met en exergue la faiblesse du processus de consultation mené en amont de cet avant-projet de texte, très largement exprimé lors des auditions.

En effet, les auditions menées ont révélé que la majorité des acteurs auditionnés n'a pas bénéficié d'une information exhaustive sur l'ensemble du projet. Or, lorsqu'il est question de parcours de soin, cœur du sujet, il est admis qu'une lecture globale de l'ensemble du projet de texte aurait permis une meilleure lisibilité. Cette consultation fragmentée a limité la compréhension des enjeux et a entravé la formulation d'observations complètes et pertinentes. Par exemple, il est regretté l'absence de participation de certains acteurs tels que des juristes spécialisés de la santé.

De plus, il a été souligné que plusieurs remarques et propositions issues de ces échanges n'ont pas été intégralement incorporées au texte final, ce qui soulève des interrogations quant à leur prise en compte effective.

I. VOLET SOCIAL

A. Organisation générale de la protection sociale

1. Renforcement du contrôle médical unifié (article 3 et 5 de l'avant-projet de loi du pays)

L'**article 3** de l'avant-projet de loi du pays vient ajouter, à la suite de l'article Lp.22-1 portant sur le contrôle du droit aux prestations des assurés, un article Lp.22-1-1. Alors que l'article Lp.22-1 a pour objet un contrôle de conformité et de régularité (contrôle sur la forme) des déclarations des assurés demandant l'ouverture de droit à prestations, l'article Lp.22-1-1 porte davantage sur un contrôle de fond, notamment sur les éléments d'ordre médicaux.

Il prévoit dans un :

- **I- alinéa 1**, que les éléments d'ordre médical, justifiant l'attribution de prestations, sont contrôlés par un service du contrôle médical (SCM). Ce contrôle s'exerce dans des modalités fixées par délibération.

À l'alinéa 2, il est également donné la possibilité à l'employeur de l'assuré de demander un contrôle dans le cas d'une incapacité médicalement constatée de reprendre le travail (art. Lp. 83-1) ;

L'alinéa 3 quant à lui, permet de conclure une convention entre la CAFAT et l'employeur de l'assuré. Cette convention permet de fixer les conditions du contrôle du SCM dans le cas d'arrêts de travail ne donnant pas lieu au versement d'indemnités journalières. Ce contrôle doit se faire à la demande de l'employeur ;

- **II-** il est donné la possibilité au directeur de la CAFAT, après proposition du service du contrôle médical et dans la limite maximum de six mois, de soumettre la délivrance des prescriptions, la prise en charge des prestations et le versement de l'indemnité journalière, à l'accord préalable de ce même service. Accord dont les conditions de délivrance sont fixées par arrêté et à la condition que soient constatés :
 - des prescriptions **anormalement élevées**,

- portant sur un **même type d'actes** ou sur un **même type d'arrêts de travail**,
- délivrées par le **même professionnel de santé**.

Sur la forme, il est remarqué qu'on doit comprendre au II de l'article Lp.21-1-1 plutôt d'une « *durée maximale de six mois* » et non pas d'une « *durée maximum* ».

Recommandation n°01 : eu égard à une pratique matériellement difficile vu le nombre d'employeurs, il est proposé la conclusion d'une convention interprofessionnelle ou de branches avec la CAFAT.

L'article 5 de l'avant-projet de loi du pays insère à sa suite une nouvelle disposition, l'article Lp.22-7-1 qui introduit une sanction administrative d'un montant maximum de 1 000 000 F.CFP par prescription non justifié, le fait pour tout professionnel de santé d'établir ladite prescription (arrêt de travail ou certificat) sans justification médicale. Le constat de cette infraction étant soumise à la procédure du contradictoire puisque avant tout prononcé de sanction par le GNC, sur proposition du SCM, le professionnel médical produit ses observations.

Au cours des auditions, il a été alerté sur le fait que ce contrôle pourrait entraîner une possible dérive budgétaire au détriment de la qualité des soins. Le projet de texte confie à la CAFAT des prérogatives de contrôle et de sanction sur des critères à la formulation ambiguë. En effet, **qu'est-ce qu'une prescription anormalement élevée ?** En outre, bien que l'article 5 prévoit le contradictoire, l'institution s'interroge sur les possibilités de recours.

2. Le conventionnement (article 12 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 12 du projet de texte vient modifier les articles 19, 20, 21 et 46 de la délibération n°490² :

- **l'article 19** conditionne la réussite de la maîtrise des dépenses de santé à l'instauration d'une convention entre les acteurs du secteur sanitaire et social dont les relations sont basées sur une confiance réciproque (**alinéa 1**). Alors que ces conventions étaient conclues pour une période de trois ans et reconductibles tacitement, à présent, elles sont limitées à une période de cinq ans (**alinéa 2**) ;
- **l'article 20** est modifié dans ses alinéas 2 et 3. Cet article précise que la convention résulte d'une négociation entre les acteurs de santé (**alinéa 1**). La CAFAT est chargée de sa mise en place (**alinéa 2**). Il est ajouté qu'**en l'absence de conclusion dans un secteur, l'exécutif territorial peut suspendre le versement à la caisse des moyens** conformément à la convention d'objectifs et de moyens prise au titre de l'article Lp.125 de la loi du pays n°2001-016. Les conventions et leurs avenants sont conclus valablement lorsqu'ils sont signés par la CAFAT et au moins une organisation syndicale représentative du territoire pour chaque profession (**alinéa 3**). **Nombre d'acteurs se sont interrogés sur cette disposition : pourquoi sanctionner**

² Délibération n°490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de Nouvelle-Calédonie.

la CAFAT pour une non-conclusion de convention qui ne serait pas de son fait ?

Recommandation n°02 : sur la forme, il faut remplacer à l'alinéa 2 « *les conventions et leur avenants en cours et à venir sont conclus valablement si elles sont signées », par « *les conventions et leurs avenants en cours et à venir sont conclus valablement s'ils sont signés »**

;

- **l'article 21** prévoit la suppression du mot « triennales » suite aux modifications apportée à l'article 19 ;
- **l'article 46** précise quant à lui qu'une convention conclue entre les pharmaciens, grossistes répartiteurs et officines détermine : leurs obligations respectives, les moyens d'améliorer la distribution des médicaments sur le territoire, les mécanismes de maîtrise des dépenses de médicaments ainsi que les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de la formation continue conventionnelle.

La modification apportée quant à elle concerne :

- d'une part, les acteurs à la convention - la mention aux grossistes répartiteurs est supprimée,
- et d'autre part, il est ajouté que la convention, en plus de contenir les quatre points énumérés ci-avant, détermine les tarifs de la prescription et de l'administration des vaccins obligatoires ou recommandés par le GNC.

Bien que le CESE-NC salue la mesure permettant la signature d'une convention entre la CAFAT et au moins une organisation syndicale, elle s'interroge sur l'effectivité des dispositions prises quant à la durée (triennale à quinquennale) et aux sanctions (suspension des versements à la caisse des moyens).

B. Numérisation et simplification des démarches

1. E-santé et dématérialisation : les feuilles de soins (article 6 de l'avant-projet de loi du pays et article 9 et 13 du projet de délibération)

L'article 6 du projet de texte insère une nouvelle disposition à la suite de l'article Lp. 68-1, l'article Lp.68-1-1 au sein du chapitre III des prestations du titre II du régime unifié d'assurance maladie-maternité (RUAMM). L'ouverture du droit à des prestations du RUAMM est conditionnée à la production de documents dont le contenu et les conditions de transmission sont déterminés par une délibération du congrès. Dorénavant, les feuilles de soins ont une base légale et sont régularisées par une loi du pays.

L'article 9 du projet de délibération organise la transmission par voie électronique des feuilles de soins. Elles tiennent lieu de facturation pendant un an et sont conservées par la CAFAT durant au moins cinq ans dès leur réception.

Recommandation n°03 : il est proposé d'ajouter à la rédaction initiale la dématérialisation, ainsi « *Article 27-9: Les feuilles de soins tiennent lieu de facturation pendant un an. Elles sont conservées de manière dématérialisée par*

la CAFAT pendant une durée minimale de cinq ans à compter de leur réception
».

L'article 13 du projet de délibération modifie l'article 59-27 de la délibération n°280. Selon cette disposition, le directeur est le seul à pouvoir engager et liquider des dépenses. Les ordres de dépenses sont transmis à l'agent comptable par voie électronique à condition de garantir l'identification de l'émetteur, son authentification, la sécurisation des échanges ainsi que l'intégrité des données transmises.

Recommandation n°04 : il est proposé d'ajouter à cette nouvelle rédaction un alinéa « Les ordres de dépense sont conservés de manière dématérialisée par l'agent comptable ».

Certains acteurs ont exprimé des **réserves quant à la dématérialisation des services de santé telle que proposée par le texte**, en termes de prise en compte des spécificités du territoire (problèmes d'équipement et de couverture internet dans certaines zones, *quid* des sanctions pour les professionnels de santé qui ne s'informatiseraient pas ou qui ne seraient pas dans la capacité de le faire), mais aussi du fait d'un manque de reconnaissance extérieur (la charge de travail pesant sur l'administration et la patientèle reposant désormais sur le professionnel de santé). Toutefois, une majorité des acteurs s'est exprimée favorablement.

2. L'hébergement des données de santé (article 13 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 13 de l'avant-projet de loi du pays pose le principe de l'hébergement des données de santé (article Lp.2111-1 à Lp.2113-3). Cette question est fondamentale pour le développement d'un système de santé numérique efficace en Nouvelle-Calédonie et notamment la mise en place d'un dossier médical partagé (DMP). Actuellement, il n'existe aucune norme locale afin d'encadrer l'hébergement de ces informations, pourtant extrêmement sensibles. L'enjeu est de garantir la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des données médicales de la population calédonienne.

À ce titre, le texte vise justement à établir un cadre juridique définissant les règles d'un système d'agrément des prestataires qui souhaitent héberger ces données. Cela permettra de s'assurer que ces hébergeurs respectent des standards de sécurité élevés. **L'agrément serait délivré pour une durée de trois ans.** Il est lui-même conditionné par :

- le **respect d'un référentiel technique** défini par arrêté du gouvernement,
- une **localisation des données hébergées en Nouvelle-Calédonie ou dans un État assurant une protection équivalente à celle figurant dans la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**,
- l'**obtention d'une certification délivrée par un organisme accrédité**,
- et la **souscription de garanties d'assurance couvrant sa responsabilité civile** pour l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel.

L'institution relève que l'avant-projet de loi du pays ouvre la possibilité à des tiers de prendre en charge cet hébergement, exposant ces données à des risques majeurs. Le texte évoque des contrôles et des sanctions, mais pour certains acteurs ceux-ci semblent insuffisamment définis. Ainsi, à l'article Lp.2112-1 est-il prévu que « *Un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie définit le contenu minimal du contrat de prestation d'hébergement de données de santé prévu au I de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique national dans sa version applicable en Nouvelle-Calédonie, notamment en ce qui concerne [...] les modalités de contrôle et de suivi de la prestation et le recours à des prestataires tierces* ». Il semble important de préciser qu'un contrôle soit par la DASS, soit par l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS-NC), ou tout autre observatoire de santé local, paraît nécessaire. Quant aux sanctions, il est prévu soit un retrait de l'agrément (article Lp.2113-1), soit une amende administrative d'un montant d'un million de F.CFP (article Lp.2113-2) en l'absence d'agrément. **L'hébergement des données de santé nécessite alors une réflexion approfondie sur ses implications pratiques, notamment en matière de sécurité, de souveraineté et de contrôle local des données sensibles.**

En outre, le double niveau de contrainte, à savoir l'agrément du GNC et la certification par un organisme accrédité, pourrait avoir un effet contre-productif sur l'offre de logiciels informatique en Nouvelle-Calédonie dans le sens où le marché du territoire a des spécificités qui lui sont propres notamment de par sa taille. D'autre part, la durée de trois ans de l'agrément peut être un frein à l'offre des prestataires. Face à toutes ses contraintes, administratives et financières, il existe donc un réel risque de ne pas trouver de prestataires adaptés aux besoins du secteur sanitaire de l'archipel.

C. Prise en charge financière et accès aux soins

1. Les conditions de remboursement des prestations (article 7 et 8 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 7 de l'avant-projet de loi du pays remplace les deux premiers alinéas de l'article Lp. 71 par quatre nouveaux alinéas portant sur le remboursement des actes médicaux. Auparavant, les actes des docteurs en médecine, docteurs en chirurgie-dentaire, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux étaient cotés et présentés au remboursement conformément à une nomenclature arrêtée par le GNC (**alinéa 1**). Les actes des professionnels de santé libéraux étaient remboursés selon la valeur des lettres-clés fixée soit conventionnellement entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé au titre de la délibération modifiée n°490³, soit réglementairement par l'autorité compétente (**alinéa 2**).

Dorénavant :

- les pharmaciens sont ajoutés à la liste des praticiens dont les actes sont remboursés selon une nomenclature établie par arrêté du GNC. De plus, la notion de nomenclature est précisée, elle attribue une lettre-clé à chaque type

³ Délibération modifiée n°490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie.

d'acte et un coefficient indiquant sa valeur relative clarifiant le mode de calcul (nouvel alinéa 1) ;

- la nomenclature peut prévoir la majoration ou le forfait pour la réalisation de certains actes (nouvel alinéa 2) ;
- la nomenclature a la possibilité de subordonner le remboursement de certains types d'actes à l'accord préalable du service de contrôle médical selon une procédure fixée par arrêté (nouvel alinéa 3) ;
- la valeur des lettres-clés, le montant des majorations et des forfaits sont fixés conventionnellement entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé dont les conditions sont déterminées soit par la délibération n°490, le cas échéant par un arrêté du GNC (nouvel alinéa 4).

La question a été posée de savoir si les majorations ne vont pas avoir pour conséquence une hausse des tarifs pour les patients sans remboursement de l'écart ?

L'article 8 du projet de texte modifie l'article Lp. 72 relatif au remboursement des médicaments. Il modifie les alinéas 1, 3 et 5 :

- l'alinéa 1 précise que les médicaments ne sont remboursables qu'à la condition de figurer dans une liste arrêtée par le GNC sauf exception du contrôle médical. Cette disposition permet de maîtriser les dépenses en encadrant les médicaments remboursés par une liste tout en permettant une flexibilité au travers d'une exception au cas par cas ;
- l'alinéa 3 énonce que le remboursement des spécialités pharmaceutiques est basé sur la spécialité du même groupe générique, *et maintenant biologique similaire*, proposée. Ces spécialités figurent dans une liste des groupes génériques *et biologiques similaires en application de l'article Lp. 5127-23 de l'ancien code de la santé publique applicable sur le territoire*. À l'avenir, l'exclusion de leur substitution ne sera plus en raison de contre-indication médicale, mais dans des conditions fixées par la disposition précitée. La nouvelle version modifie la base légale citée, le type de médicaments visés en élargissant son champ d'application et vient restreindre l'exception en l'encadrant par un texte ;
- l'alinéa 5 supprime la mention aux vaccins ou tests relatifs à la tuberculine.

Recommandation n°05 : au lieu de « Les médicaments, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales, ne sont remboursables qu'autant qu'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, sauf dérogation accordée par le contrôle médical » mettre « Les médicaments, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales, sont remboursables lorsqu'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, sauf dérogation accordée par le contrôle médical ».

2. Les dispenses d'avance de frais : tiers-payant (article 11 de l'avant-projet de loi du pays et article 9 du projet de délibération)

L'article 11 de l'avant-projet de loi du pays abroge l'alinéa 6 de l'article Lp.77-1 relatif aux dispenses d'avance de frais et ajoute deux alinéas à la suite de l'alinéa 10. Ainsi, auparavant, une dispense pouvait être accordée dans neuf cas. C'est toujours le cas, excepté que la dispense d'avance pour frais de radiologie et de biologie dans un contexte pré opératoire est supprimée et qu'il est ajouté une dispense pour frais d'analyses biologiques et d'imageries médicales. En outre, il est donné la possibilité à l'exécutif de prévoir des dispenses d'avance de frais pour la part donnant lieu à des remboursements dans des conditions fixées par lui à titre expérimental dans la limite de trois à six ans.

L'article 9 du projet de délibération insère les articles 27-3 à 27-9 à la suite de l'article 27-2. Il y est notamment précisé, que l'avance des frais soit à la charge de l'assuré ou qu'il bénéficie d'une dispense d'avance de frais totale ou partielle, les mêmes documents sont exigés pour le remboursement (**article 27-3**). Il est prévu que la transmission des documents se fait par voie électronique dans un délai de trois jours en cas d'avance de frais et de huit jours ouvrés en cas de dispense d'avance de frais, totale ou partielle (**article 27-6**).

Dans un objectif de sécurité juridique, il est demandé aux auteurs du texte d'ajouter une clause d'évaluation et de réversibilité afin d'une part, d'encadrer la notion d'expérimentation et, d'autre part, de les insérer dans l'avant-projet de loi du pays plutôt que dans un arrêté de manière à verrouiller ces garanties. La clause d'évaluation doit permettre d'analyser le dispositif à l'aide de critères objectifs tels que des indicateurs, quant à la clause de réversibilité, elle doit permettre de mettre fin à l'expérimentation si celle-ci n'aboutit pas, en cas d'imprévu ou d'effets négatifs par exemple, et de revenir au droit commun. Par la suite, l'arrêté du GNC pourra également préciser les indicateurs d'évaluation de cette expérimentation.

Recommandation n°06 : au lieu de « Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, à titre expérimental et pour une durée ne pouvant pas excéder trois ans, renouvelable une fois, prévoir l'application à certains actes professionnels d'une dispense d'avance de frais pour la part donnant lieu à remboursement, dans des conditions et selon des modalités qu'il détermine » mettre « Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, à titre expérimental et pour une durée ne pouvant pas excéder trois ans, renouvelable une fois, prévoir l'application à certains actes professionnels d'une dispense d'avance de frais pour la part donnant lieu à remboursement, dans des conditions et selon des modalités qu'il détermine par arrêté. Il est prévu une évaluation de cette expérimentation [insertion d'une limite temporelle par exemple tous les ans] dont les indicateurs sont précisés par arrêté (clause d'évaluation). Il peut être mis fin à cette dernière à tout moment par arrêté motivé (clause de réversibilité) ».

Au cours des auditions, cette disposition sur le tiers payant a été accueillie favorablement par les acteurs du secteur même si elles suscitent quelques interrogations. Or, la mise en place effective/pratique du tiers payant nécessite

quelques prérequis techniques et organisationnels tels que la création d'une plateforme centralisée (serveur unique) regroupant les droits de la CAFAT, des mutuelles et de l'aide médicale afin d'éviter les examens redondants et de réaliser des économies, la création d'un identifiant de santé pour la traçabilité, la télétransmission des feuilles de soins, etc. Or, le texte ne fournit pas de cadre précis en ce sens.

Sur les délais de transmission de la feuille de soins par voie électronique (FSE), il est prévu trois jours lorsque l'assuré fait l'avance de frais, alors que généralement lorsque l'assuré avance ses frais, il dépose lui-même directement sa feuille de soins à l'organisme concerné. Ce délai passe à huit jours ouvrés en cas de dispense.

Cette mesure pose plusieurs questions pour l'assuré notamment en matière de transmission hors délai de la feuille de soins par voie électronique (alinéa 4 de l'article 27-6 « *En cas de défaut de transmission ou de transmission hors délai, la CAFAT peut exiger du professionnel ou de l'établissement ayant dispensé les actes ou les prestations remboursables, la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré* »). **Est-il possible de prévoir une validation de l'acte par l'assuré afin de s'assurer que la FSE est bien transmise ? Comment contrôler la validation de l'acte par l'assuré ? Par quel autre moyen de transmission immédiate la FSE peut être communiquée après validation de la prestation ? Quid du remboursement de la prestation en cas de non transmission ?**

Recommandation n°07 : le dispositif de la FSE doit définir les modalités de validation de la prestation par l'assuré.

Recommandation n°08 : en cas d'avance de frais, la transmission de la FSE doit se faire de manière automatique et immédiate dès la validation de la prestation par l'assuré.

D. Les modalités d'exercice des professionnels de santé

1. Les professionnels de santé titulaires d'un diplôme étranger (article 14 et 16 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 14 de l'avant-projet de loi du pays vient modifier l'article 2 de la loi du pays n°2023-8⁴ en élargissant le champ d'application :

- d'une part, à un acteur, la profession de manipulateur d'électroradiologie médicale au titre des professionnels de santé possédant un diplôme étranger qui peuvent exercer sur le territoire,
- et, d'autre part, aux structures dans lesquelles les professionnels de santé peuvent effectivement pratiquer, autrement dit, en plus des structures sanitaires et sociales, les collectivités, les établissements publics (EP) ainsi que les organismes privés chargés d'une mission de service public.

L'article 16 de l'avant-projet de loi du pays modifie l'article Lp. 4112-5 du code. Ce dernier permet à un professionnel de santé étranger (médecin, dentiste, sage-femme) d'exercer temporairement sur le territoire (trois mois maximum consécutifs ou non par année civile), et ce, sans être inscrit sur le tableau de l'organe de l'ordre correspondant sous deux conditions :

⁴ Loi du pays n°2023 du 11 août 2023 portant suppression de la condition de nationalité prévue pour certains professionnels de santé et mise en œuvre d'un dispositif temporaire dérogatoire aux conditions de diplôme applicables.

- être ressortissant de l'Union européenne (UE) ou partie à l'espace économique européen (EEE),
- exercer légalement son activité dans son pays.

La Nouvelle-Calédonie s'efforce de simplifier et de sécuriser les procédures pour les professionnels de santé, qu'ils soient issus de l'UE ou d'autres pays. L'objectif étant de pallier le manque de personnel sur l'archipel tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins.

Le dispositif de droit commun : pour les professionnels dont le diplôme est reconnu par l'UE, l'exercice en Nouvelle-Calédonie est facilité. La procédure d'enregistrement a été simplifiée. Tous les professionnels de santé doivent être inscrits dans une base de données nationale et locale. Bien que le code de la santé publique calédonien soit différent, le diplôme obtenu dans l'UE est reconnu.

Le dispositif dérogatoire : pour les professionnels de santé dont le diplôme a été obtenu hors de l'UE, les conditions d'exercice sont plus encadrées. Depuis le 1^{er} septembre 2023, le dispositif dérogatoire permet à ces professionnels de déposer un dossier de demande de candidature afin d'exercer leur profession sur le territoire. Au-delà des établissements de santé et centres médico-sociaux (CMS), de nouveaux lieux d'exercice peuvent désormais les recruter, tels que la collectivité (le GNC), les établissements publics ou les organismes privés chargés d'un service public (CAFAT).

Ces professionnels ne peuvent pas exercer en libéral ni seuls. Ils travaillent obligatoirement en salariat, sous la supervision d'un tuteur. Cette mesure vise à les familiariser avec le système de santé calédonien, l'organisation des soins et les spécificités de la population. L'employeur a d'ailleurs la responsabilité de s'assurer que le professionnel répond aux exigences réglementaires. Ces professionnels sont soumis à un contrôle et un suivi renforcés par la DASS. Ils bénéficient d'un entretien de suivi et d'évaluation dans les douze premiers mois d'exercice (*cf. article 20 du projet de délibération, soit article 7 de la délibération n°334 du 22 août 2023*⁵). En cas de mise en danger d'un patient ou d'insuffisance professionnelle, une suspension immédiate et temporaire peut être prononcée, et l'autorisation d'exercice peut être retirée. L'autorisation d'exercice est donnée pour une durée déterminée par arrêté du gouvernement.

Recommandation n°09 : il est demandé qu'une évaluation soit faite par un supérieur hiérarchique, et ce, dès le premier trimestre (les trois voire six premiers mois) et non pas dans les douze premiers mois.

2. Les protocoles de coopération (article 15 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 15 du projet de texte pose le principe du protocole de coopération (**article Lp.4011-1 à 4013-2**). Ce dernier est un outil juridique et opérationnel qui permet de réorganiser les soins en Nouvelle-Calédonie. Son principe est simple : il autorise le transfert de certaines activités d'un professionnel de santé à un autre,

⁵ Délibération n°334 du 22 août 2023 prise en application de la loi du pays n°2023-8 du 11 août 2023 portant suppression de la condition de nationalité prévue pour certains professionnels de santé et mise en œuvre d'un dispositif temporaire dérogatoire aux conditions de diplôme applicables.

généralement d'un médecin vers un infirmier ou un autre soignant. L'objectif est de répondre à un besoin spécifique dans un contexte donné.

En somme, le protocole opérationnel détaille au soignant ce qu'il doit faire, comment le faire et dans quelles conditions. Il a été expérimenté en province Nord pour répondre à un besoin localisé. Il ne s'applique donc pas automatiquement à tous les professionnels de santé. Pour être mis en œuvre, le protocole doit être validé par la DASS-NC et être l'objet d'un arrêté du GNC. Cette validation assure sa légalité et sa conformité aux normes sanitaires. L'infirmier ou le soignant qui applique le protocole agit sous sa propre responsabilité médicale. En cas de manquement aux règles établies dans le protocole, le gouvernement peut décider de le suspendre.

Ces protocoles représentent une avancée significative pour les professionnels de santé, notamment pour les infirmiers. Ils permettent une meilleure utilisation des compétences de chacun et une adaptation de l'offre de soins aux réalités du terrain. Le protocole de coopération est un cadre strict et sécurisé qui offre une flexibilité dans l'organisation des soins pour améliorer l'accès à la santé des populations.

Lors des auditions, il a été fait part au CESE-NC que ce type d'initiatives a déjà été tenté sur le territoire, telle que mentionné plus haut. Or, **il faut s'interroger quant aux responsabilités et au contrôle de ces protocoles.** La mise en place des garde-fous juridiques est une priorité. La simple déclaration d'un protocole au gouvernement, sans un mécanisme de contrôle rigoureux et de sanctions claires, ne suffit pas à garantir la sécurité des soins. Il est indispensable de définir des règles précises pour éviter toute dérive et sécuriser à la fois les patients et les professionnels de santé.

3. Le statut de collaborateur libéral (article 17 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 17 du projet de texte vient insérer un article Lp. 4113-2-1. Il ouvre la possibilité aux professionnels de santé de l'article Lp.4111-1 d'exercer en tant que collaborateur libéral non salarié auprès d'un autre professionnel (titulaire) exerçant la même profession et, s'il exerce une spécialité, alors exerçant la même, sans aucun lien de subordination entre eux. Ce nouveau statut doit permettre au collaborateur libéral de conserver son régime fiscal et social de travailleur indépendant. La relation entre ce dernier et le titulaire est régie par un contrat qui doit comprendre cinq critères obligatoires :

1. la durée du contrat, déterminée ou indéterminée, et si le cas se présente, les conditions de son renouvellement ;
2. le montant et les modalités de rémunération du collaborateur libéral ;
3. les conditions d'exercice de l'activité de collaboration libérale ;
4. les conditions et modalités de la rupture du contrat ;
5. les modalités de suspension du contrat.

Le concept de collaborateur libéral est une réponse à une demande des professionnels de santé, notamment des médecins, qui cherchent des façons plus souples de pratiquer. Il s'agit d'un nouveau statut qui leur permet d'exercer en toute indépendance au sein du cabinet d'un confrère déjà établi. Cette approche répond à

un besoin, à savoir que de nombreux jeunes professionnels de santé souhaitent s'installer sans pour autant avoir envie d'investir ou de racheter un cabinet. Le collaborateur libéral se distingue du simple remplacement qui est, par nature, temporaire. Ce statut est régi par un contrat écrit entre le collaborateur et le professionnel titulaire du cabinet. Ce contrat doit respecter des normes strictes définies dans la future délibération. Il est soumis au régime des travailleurs indépendants. Ce dispositif a déjà fait ses preuves dans l'hexagone et vise à faciliter l'installation de nouveaux professionnels de santé en Nouvelle-Calédonie. Il permet à un nouveau praticien de s'acclimater, de travailler avec un confrère expérimenté, et de reprendre progressivement la patientèle, pour, à terme, obtenir son propre conventionnement.

Lors des auditions, **cette mesure a été bien accueillie puisqu'elle apporte une réponse concrète aux difficultés d'installation des professionnels de santé.** Elle permet à un médecin de s'installer dans un cabinet existant sans avoir à supporter immédiatement le poids financier d'un rachat ou d'un investissement lourd. Cette période de collaboration lui donne le temps d'évaluer le cabinet et de se familiariser avec la patientèle. D'une part, cette mesure facilite l'installation des jeunes médecins (transition souple, sécurisante, en limitant la prise de risque financière) et, d'autre part, elle permet d'assurer la continuité des soins. En effet, dans la pratique, le collaborateur libéral devient souvent le successeur du médecin titulaire.

II. VOLET SANITAIRE

A. Évolution par profession

1. Les professions médicales

- a) Les sages-femmes (article 19 à 21 de l'avant-projet de loi du pays et article 14 du projet de délibération)

L'article 19 du projet de texte vient supprimer de l'article Lp.4151-2 la mention faite aux femmes, aux nouveaux-nés et aux enfants de l'âge de deux ans. Dorénavant, les sages-femmes, quelles qu'elles soient (salarisées, libérales, remplaçantes, hospitalières), sont autorisées à prescrire et pratiquer les vaccinations sur tout patient du moment que lesdites vaccinations figurent sur une liste du GNC.

L'article 20 de l'avant-projet de loi du pays remplace au deuxième alinéa de l'article Lp.4151-3 les mots « quinze jours » par « trente jours ». Cette disposition autorise les sages-femmes à prescrire des arrêts de travail d'une durée maximale de trente jours, non plus quinze, aux femmes enceintes en cas de grossesse non pathologique, sans possibilité de prolongation ni de renouvellement. Au-delà, il fallait qu'elle consulte un gynécologue obstétricien. Cet article a pour objectif de simplifier la vie des patientes.

L'article 21 du projet de texte complète le premier alinéa de l'article Lp.4151-4 et insère un troisième alinéa à la suite du deuxième. Cette disposition permet aux sages-femmes de prescrire les examens et médicaments nécessaires à l'exercice de

leur activité. Les médicaments faisant l'objet d'une liste arrêtée par le GNC, après avis de l'ordre des sages-femmes et des directions provinciales des affaires sanitaires et sociales. Ainsi, l'ajout :

- **au premier alinéa** autorise les sages-femmes à prescrire des substituts nicotiques à l'entourage de la femme enceinte et de l'enfant ;
- **du troisième alinéa** leur permet de prescrire des tests de dépistage d'infection sexuellement transmissible (IST) ainsi que leur traitement à toutes patientes et leur partenaire. Il est espéré que ces évolutions vont permettre la diminution des IST, très nombreuses, sur le territoire.

L'article 14 du projet de délibération modifie la délibération n°185 du 9 janvier 2012 relative à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et au diagnostic prénatal. Il est introduit dans le corpus réglementaire local l'allongement du délai pour les IVG chirurgicales et médicamenteuses.

Sur ces articles, au cours des auditions, il a été maintes fois observé qu'autrefois précurseur dans ce domaine, aujourd'hui le territoire est en retard par rapport à l'hexagone. En effet, le cadre législatif actuel en Nouvelle-Calédonie concernant les droits de prescription des sages-femmes pénalise grandement les patientes. Sur l'archipel, les sages-femmes sont limitées à prescrire des arrêts de travail de quinze jours maximum, bientôt trente avec l'avant-projet de loi du pays. Cette restriction est en décalage puisque selon le conseil national de l'ordre des sages-femmes « *La sage-femme peut vous prescrire des arrêts de travail dans le cadre d'une interruption volontaire de grossesse (IVG) ou de la prise en charge de grossesse non pathologique, et ce sans limitation de durée. Elle peut également prolonger vos arrêts de travail, dans le respect de leur champ de compétences* »⁶.

Or, cette avancée majeure n'a pas été reprise localement. Qu'elle en est la justification ? Malgré, plusieurs réunions organisées, à ce sujet en 2022, avec la DASS, ces avancées n'ont pas été suivies d'effets. Il est regretté que peu d'actions concrètes aient été menées pour combler ce décalage. Cette situation a des conséquences dommageables pour les patientes calédoniennes puisqu'elles sont soumises à un réel parcours de combattante :

- une double consultation (la sage-femme puis le médecin),
- une procédure lourde (une perte de temps et d'efficacité tant pour la patiente que pour le système de soins)
- et un risque pour la santé (un arrêt de travail insuffisant peut mettre en péril la grossesse).

Les **arrêts de travail pour l'IVG** n'ont pas été abordés également. Cette disposition est pourtant essentielle, car une IVG, qu'elle soit médicamenteuse ou chirurgicale, est toujours un moment difficile et éprouvant sur le plan physique et psychologique pour une femme. L'IVG peut entraîner des saignements et une expulsion sur plusieurs jours, rendant le retour au travail immédiatement après l'acte souvent intenable et traumatisant pour la patiente.

⁶ [Droit de prescription - Conseil national de l'Ordre des sages-femmes](#)

De plus, il a été demandé à ce que la **liste de médicaments et de dispositifs médicaux que peuvent prescrire les sages-femmes soit, d'une part aligner sur le décret n° 2022-325 du 5 mars 2022 et, d'autre part, mise à jour pour y inclure les spécialités pharmaceutiques nécessaires à la pratique de l'avortement médicamenteux**. Les médicaments doivent être à la fois remboursables et disponibles dans les pharmacies d'officine de ville. En effet, il a été observé que cela fait maintenant près de 10 ans qu'il est attendu la mise en place d'un **accès facilité de l'IVG médicamenteuse en officine**. Les médicaments nécessaires sont souvent inaccessibles, les professionnels de santé ayant de grandes difficultés à les obtenir auprès des dispensaires, dont les stocks sont limités. Par ailleurs, il est souligné que les médecins et sages-femmes sont autorisés à pratiquer l'IVG médicamenteuse dans des centres hospitaliers jusqu'à neuf semaines d'aménorrhée et que la délivrance desdits médicaments ne peut se faire en cabinet libéral en l'absence de cadre législatif.

Lors des réunions avec la DASS, il avait été également proposé **d'allonger le congé maternité au travers du congé d'allaitement**. La promotion de l'allaitement maternel doit être une priorité de santé publique sur le territoire, allié précieux des nourrissons, d'autant plus face aux problématiques de santé spécifiques à la Nouvelle-Calédonie. Actuellement, aucun congé d'allaitement n'est mis en place sur le territoire, ce qui contraint de nombreuses mères à y mettre fin prématurément pour reprendre leur activité professionnelle. Cette situation est d'autant plus préoccupante que de nombreux foyers sont monoparentaux, les mères assument principalement seules la charge de leurs enfants.

Recommandation n°10 : de manière générale, s'aligner sur les dispositions de l'hexagone quant au champ de compétence et de prescriptions des sages-femmes (IVG, allaitement, etc).

- b) Les pharmaciens (article 23 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 23 du projet de texte modifiant l'article Lp.4221-4 autorise les pharmaciens à prescrire et administrer des vaccinations dans des conditions fixées par arrêté du GNC à la condition qu'ils justifient d'une formation spécifique.

Au cours des auditions, il a été observé que la référence à une formation spécifique n'est pas pertinente puisque le cursus de pharmacien comprend *de facto* les vaccinations.

Recommandation n°11 : il est proposé une réécriture de l'article « Les pharmaciens sont autorisés à prescrire et administrer les vaccinations dans les conditions fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, s'ils disposent des compétences adéquates, notamment de formation ».

- 2. Les autres professions de santé (article 33 et 35 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 33 du projet de texte modifie le deuxième alinéa de l'article Lp.4412-1 et insère deux autres alinéas à sa suite. Ce dernier permet à un professionnel de santé de l'article Lp.4411-1 d'exercer temporairement sur le territoire (trois mois

maximum consécutifs ou non par année civile), et ce, sans avoir procédé à l'enregistrement prévu au même article sous deux conditions :

- être ressortissant de l'Union européenne (UE) ou partie à l'espace économique européen (EEE),
- exercer légalement son activité dans son pays (**alinéa 1**).

Le projet de texte ajoute désormais que l'exécution de ces actes n'est plus adressée aux services compétents de l'exécutif, mais à l'organe de l'ordre concerné (**alinéa 2**). Les **alinéas trois et quatre** nouvellement ajoutés prévoient que les professionnels de santé doivent posséder des compétences linguistiques nécessaires à l'exercice de leur activité. En cas de doute, le président de l'organe de l'ordre concerné peut demander au professionnel concerné tout élément de nature à justifier de cette compétence.

Cette mesure interroge : d'une part, **pourquoi ne pas associer les services compétents du GNC (DASS) aux déclarations d'exercice de moins de trois mois au côté de l'ordre concerné ?** D'autre part, une **connaissance linguistique "nécessaire"** est demandée au professionnel de santé. Par la suite, s'il ne répond pas à ce critère, il lui est demandé de fournir tout élément établissant qu'il possède une **maîtrise "suffisante"**. Qu'est-il entendu par nécessaire et suffisante ? Est-ce à dire que le premier est un critère objectif (condition juridique à minima) et le second un critère de l'ordre qualitatif ? Quel est le certificat de langue requis ?

Recommandation n°12 : faire valider la déclaration d'exercice de moins de trois mois ainsi que le degré de maîtrise de langue française requis par les services compétents du GNC, après avis du conseil de l'ordre correspondant.

L'**article 35** du projet de texte complète le code par deux chapitres : un chapitre IV relatif à l'organisation des professions et un chapitre 5 quant aux mesures de police et sanctions administratives.

Sur le chapitre IV, il contient deux sections. Une section 1 sur les ordres professionnels et une section 2 sur l'inscription au tableau de l'ordre :

- **article Lp. 4414-1** : prévoit la création d'un ordre pour chaque profession de l'article Lp.4411-1 dont le double objectif est de s'assurer des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement ainsi que des devoirs et règles relevant du code de déontologie. En outre, un organe commun à plusieurs professions peut être créé. Enfin, l'organe a la possibilité de conclure une convention avec l'ordre national de la profession concernée.

Au cours des auditions, alors que certains intervenants se sont opposés à la **création d'un ordre professionnel**, la majorité des autres intervenants s'y est montré favorable ;

- **article Lp.4414-2** : les professionnels de l'article Lp.4411-1 sont inscrits au tableau de l'organe de l'ordre auxquels ils correspondent à la double condition - d'exercer leur profession et de posséder les compétences linguistiques nécessaires. En cas de non-respect de ces conditions, une radiation du tableau est prévue. Sa mise à jour est tenue par l'organe de l'ordre correspondant. Les modalités d'instruction et d'inscription sont fixées par arrêté ;

Sur le chapitre V, il contient quatre dispositions :

- **article Lp.4415-1** : prévoit la suspension, par arrêté et dans la limite de six mois, de l'activité du professionnel de santé, de l'article Lp.4411-1 en cas d'exposition des patients à un danger pour leur santé ou leur sécurité ;
- **article Lp.4415-2** : met en place, conjointement à la procédure de suspension, une enquête administrative, dans la limite de six mois, en cas de manquement à la réglementation. Les modalités de cette enquête sont arrêtées par l'exécutif territorial et prévoient une procédure du contradictoire. En l'absence de manquement, l'enquête prend fin et la suspension est levée.
Certains considèrent cette mesure disproportionnée en l'absence d'indemnisation s'il est révélé, à l'issue de l'enquête, qu'il n'y a pas eu de manquement ;
- **article Lp.4415-3** : en cas de manquement, le GNC a la possibilité par arrêté de prononcer quatre sanctions : un avertissement, le blâme, une interdiction temporaire d'exercer (limitée à cinq ans) ainsi qu'une interdiction définitive ;
- **article Lp.4415-4** : sanctionne d'une amende administrative, par un arrêté du GNC, à hauteur de 1 000 000 F.CFP le fait, d'une part, d'exercer soi-même alors que sous le joug d'une suspension ou d'une interdiction d'exercer à titre temporaire ou définitive et, d'autre part, d'employer un professionnel ayant fait l'objet d'une suspension ou d'une interdiction. La procédure dite du contradictoire intervient en amont du prononcé de la sanction.

Recommandation n°13 : si l'enquête révèle qu'il n'y a pas eu de manquement, prévoir une réparation pour le professionnel de santé qui a été suspendu.

B. Produits de santé et pharmacie

1. Les produits de santé : dispositions générales (article 48, 49 et 52 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 48 de l'avant-projet de loi du pays complète le chapitre 1^{er} par un article Lp. 5111-4 en définissant les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

L'article 49 du projet de texte vient modifier l'article Lp.5121-1. Il précise les notions de préparation magistrale (**alinéa 2**) et préparation hospitalière (**alinéa 3**).

Sur les modifications des définitions proposées par l'avant-projet de loi du pays, il est observé que, bien qu'elles visent à moderniser le code de la santé publique, elles sont déjà en partie obsolètes. Les définitions proposées, notamment celles concernant les médicaments, ne sont pas alignées sur les dispositions législatives hexagonales les plus récentes et qui ont pourtant servi de base de travail aux rédacteurs du texte.

Recommandation n°14 : mettre à jour les définitions en tenant compte des normes actuelles de 2025 afin de garantir sa cohérence avec la pratique de la profession sur le territoire.

L'article 52 de l'avant-projet de loi du pays vient modifier l'article Lp.5124-1 concernant les produits de santé remboursables. Désormais, l'exécutif territorial, au travers d'un arrêté, a la possibilité de prévoir des majorations sur lesdits produits en fonction de leur lieu de vente. De manière exceptionnelle, le GNC peut distribuer à la

population et aux établissements hospitaliers et CMS des médicaments gratuitement ou à un prix inférieur à celui sur le marché.

Au cours des auditions, cette disposition a fait l'objet de questions, notamment sur les modalités de distribution prévues par le GNC.

Recommandation n°15 : il est proposé de mettre « *Par dérogation, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, après information auprès du conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie, pour des raisons de santé publique et une période déterminée, distribuer au public et à des établissements hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux des médicaments et produits remboursables à titre gratuit ou à un prix inférieur à celui fixé en application du présent article* ».

2. Fabrication et distribution en gros : les stocks de sécurité (article 53, 54 et 55 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 53 du projet de texte insère une dérogation au principe posé par l'article Lp.5125-1. Ainsi, la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution en gros de produits de santé, mais aussi l'exploitation de médicaments ou spécialités pharmaceutiques, etc doivent être effectuées par des établissements dits pharmaceutiques. Néanmoins, le GNC peut réaliser ces activités pour des raisons de santé publique.

Ainsi, le GNC peut distribuer des produits de santé et des médicaments à titre gratuit ou onéreux, en invoquant des impératifs de santé publique. Tout d'abord **l'origine et les raisons d'une telle mesure posent question. Quel est l'intérêt et l'enjeu pour le GNC de distribuer gratuitement des médicaments ? Ensuite, quelles sont les modalités concrètes de cette distribution ? Sous quelle forme ?...** Cette disposition pose des interrogations similaires que celles de l'article 52 puisqu'il s'agit d'une activité pharmaceutique.

Recommandation n°16 : il est proposé « *Par dérogation, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, après information auprès du conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie, pour des raisons de santé publique et une période déterminée, effectuer les activités mentionnées au premier alinéa* ».

L'article 54 de l'avant-projet de loi du pays modifie l'article Lp. 5125-3 :

- l'exercice des activités mentionnées à l'article Lp.5125-1 sont soumises à autorisation du GNC. En l'absence d'activité dans un délai d'un an à compter de la notification, l'autorisation est caduque ;
- le début desdites activités est soumis à une visite de conformité. En l'absence de visite de conformité dans un délai de trois mois, l'autorisation est caduque.

Tel que rédigé, les acteurs concernés s'opposent à cet article. En effet, l'exercice des activités étant conditionné par une visite préalable, **quid du cas où les agents d'inspection se retrouvent en sous-effectif. Qui va effectuer la visite ?** D'aucuns considèrent que c'est de l'autorisation du GNC que doit dépendre l'ouverture de l'établissement et non pas de la visite de conformité dont le but est d'assurer la conformité à l'autorisation.

Recommandation n°17 : il est demandé que l'autorisation d'ouverture délivrée par le GNC, après avis du conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie, telle que proposée dans la rédaction initiale, soit conservée.

L'article 55 du projet de texte vient modifier l'article Lp.5125-7. Il prévoit l'information des services compétents du GNC lorsqu'un médicament est suspendu ou cesse d'être commercialisé, au moins un an avant, à la condition que celui-ci présente un intérêt thérapeutique majeur sans autres alternatives sur le marché. Pour tous les autres cas, l'information se fait dans un délai de deux mois. Les entreprises pharmaceutiques doivent constituer des stocks de sécurité dans la liste est fixée par arrêté.

Lors des auditions, l'institution a été alertée sur cette mesure qui pourrait être à double tranchant. En effet, il est souhaité créer des stocks de sécurité dans chaque pharmacie d'officine, PUI, etc. Or, cela pourrait au contraire accentuer la pénurie puisque au lieu d'avoir un stock de sécurité uniquement chez le grossiste, on aurait de multiples stocks de sécurité. Outre le risque de pénurie, cela accentuerait également les risques de gâchis eu égard aux dates de péremption de chaque médicament. Enfin, cet article présente un risque de sur-stock pour lequel la sécurité et le contrôle ne sont pas pris en compte par ces nouvelles dispositions législatives.

D'autre part, la notion de stock de sécurité tel que proposé par les rédacteurs du texte a interpellé. En effet, cette notion est considérée par trop imprécise malgré la mention à un arrêté du GNC qui en fixerait le cadre, sans consultation ni temporalité encadrant la mesure. **Ainsi, plusieurs questions se posent notamment concernant la prise en charge du coût des stocks de sécurité, le type de produits visés (uniquement les produits d'intérêt thérapeutique majeurs ? Adaptés aux spécificités du territoire pour être techniquement et économiquement viable ?), la durée de stockage précise, etc.**

Enfin, par bien des aspects, le projet de texte semble redondant avec la pratique actuelle des acteurs de terrain. **En effet, une bonne pratique de distribution pharmaceutique est déjà mise en place sur le territoire, prévoyant pour les grossistes de constituer des stocks. Par conséquent, cette disposition alourdit la procédure sans garantir un meilleur approvisionnement.**

Recommandation n°18 : préciser la notion de stock de sécurité (quantité, temporalité et finalité). Le CESE-NC s'interroge sur la nécessité d'un tel dispositif et demande à ce qu'il y ait un échange avec les professionnels de santé avant sa mise en place. Cette recommandation vaut pour les articles 61 et 64 de l'avant-projet de loi du pays.

3. Les officines de pharmacie (article 58 et 59 de l'avant-projet de loi du pays)

L'article 58 de l'avant-projet de loi du pays modifie l'article Lp.5127-12 qui oblige tout pharmacien voulant exploiter une officine à en faire la déclaration préalable au GNC, où elle sera enregistrée. Concernant tout changement affectant la propriété

de l'officine, cessation d'exploitation ou transfert, l'ordre des pharmaciens du territoire en est informé.

Cette mesure a suscité une remarque sur le fond et la forme. En effet, il semble nécessaire, au titre d'une bonne communication entre les acteurs, que les services compétents du territoire (la DASS) restent informés de toute cessation d'exploitation, transfert d'officine ou changement de propriété.

Recommandation n°19 : il est proposé « En cas de cessation d'exploitation ou de transfert d'officine, ou de tout changement affectant la propriété de l'officine, le pharmacien ou la société en informe le conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et les services compétents de la Nouvelle-Calédonie ».

L'article 59 du projet de texte remplace les anciennes dispositions de l'article Lp.5127-15. Dorénavant, il dispose que « *Par dérogation à l'article Lp. 5127-14, une mutuelle régie par les dispositions de la loi du pays n°2013-4 du 7 juin 2013 portant statut de la mutualité en Nouvelle-Calédonie peut être titulaire d'une licence délivrée dans les conditions prévues par le présent chapitre et ses dispositions réglementaires d'application* ».

Actuellement, **il existe sur le territoire deux systèmes : un système de pharmacie officinale et un système de pharmacie mutualiste. Le projet de texte prévoit de supprimer les pharmacies mutualistes.** Selon les rédacteurs du texte, suite à l'extension du tiers payant à l'ensemble des pharmacies de l'archipel, il n'y a plus de différenciation entre une pharmacie mutualiste et une pharmacie libérale. Ainsi, ce changement de statut, au titre de la simplification et de la cohérence juridique des textes, permettrait en outre aux pharmacies dites mutualistes de participer au tour de gardes qui relève d'une obligation statutaire des pharmacies. Plutôt que de créer un régime dérogatoire aux pharmacies mutualistes, ces dernières seront soumises à des règles générales applicables aux pharmacies d'officine.

Au cours des auditions, il a été soulevé de sérieuses oppositions quant à la proposition de suppression des pharmacies mutualistes. Par exemple, *quid* de la notion de pharmacien gérant? Ce dernier est l'acteur principal qui assure la responsabilité légale de l'établissement et son fonctionnement.

En outre, le projet de texte soulève d'importantes questions concernant le statut des pharmacies mutualistes. Les pharmacies mutualistes du territoire servent uniquement les adhérents de leurs mutuelles. De ce fait, elles ne peuvent être incluses dans l'organisation des services de garde et d'urgence. La modification interpelle sur :

- d'une part, en devenant des pharmacies classiques, **leur statut fiscal doit être clarifié puisque les pharmacies dites d'officines et les pharmacies mutualistes ne sont pas soumises au même régime d'imposition.**
- D'autre part, **les pharmacies d'officine ont une obligation statutaire de participer au service de garde et d'urgence. Or, les pharmacies mutualistes ne peuvent servir exclusivement que leurs adhérents et ne peuvent assurer un service général et non discriminatoire au public.**

Si elles étaient intégrées au système de garde, un patient non-adhérent pourrait se voir refuser la délivrance de médicaments. De plus, selon les retours recueillis par l'institution, il n'y a pas de nécessité de recruter des pharmacies supplémentaires. Les rotations se faisant déjà de manière efficace.

Il est ajouté qu'à plusieurs reprises, **les acteurs ont insisté sur cette mesure, qui vise à modifier "un système qui fonctionne bien" et qui est uniquement motivé par une simplification administrative d'un double statut (pharmacies officinales et mutualistes) et une problématique organisationnelle pour le service de garde.** Or, le conseil de l'ordre des pharmaciens précise qu'une telle modification à ce titre n'est pas nécessaire puisque c'est à lui que revient la gestion du système de garde et d'urgence, tel que précisé à l'article 60 de l'avant-projet de loi du pays soit l'article Lp.5127-16, et qu'en l'absence d'avis de ce dernier, le gouvernement doit alors désigner les pharmacies de garde par arrêté.

Recommandation n°20 : avant toute modification concernant les pharmacies mutualistes, s'assurer de la consultation des professionnels de santé.

C. Santé publique : priorité de modernisation

1. Dispositions funéraires (article 4 du projet de délibération)

L'article 4 du projet de délibération complète l'article 117 de la délibération n°35 du 7 mars 1958 portant règlement territorial relatif à l'hygiène municipale et dispose que « *Aucune inhumation ne peut avoir lieu moins de 24 heures après la mort et sans que celle-ci n'ait été dûment certifiée par écrit comme réelle et constante.*

Un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie fixe le modèle de certificat de décès et ses modalités de transmission aux services de la Nouvelle-Calédonie compétents en matière de santé publique ».

Cette disposition modifiée supprime le fait que le médecin certifie le décès. L'article 120, qui suit l'article 117, poursuit en précisant que « *Le transport des corps ne peut être effectué sans l'accord du professionnel de santé ayant établi le certificat de décès* ». **Mais qui certifie le décès ? Quel professionnel de santé précisément ?**

Recommandation n°21 : préciser nommément quels professionnels de santé peuvent certifier le décès.

2. Divers (article 8 et 9 du projet de délibération)

À l'article 9 du projet de délibération, les alinéas 1 et 5 de l'article 27-6 de la délibération n° 280 du 19 décembre 2001 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie dispose que « *l'article Lp. 104 de la loi du pays n° 016 du 11 janvier 2001* ».

Recommandation n°22 : au lieu de « l'article Lp. 104 de la loi du pays n° 016 du 11 janvier 2001 » mettre « l'article Lp. 104 de loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002 ».

Sur l'article 8 du projet de délibération, soit article 5 de la délibération n°280, concernant les majorations de retard en cas de délai de paiement des cotisations patronales et salariales, il est souhaité conserver la disposition suivante

« Le directeur a la possibilité après règlement intégral des cotisations salariales, d'accorder des sursis à poursuites pour le règlement des cotisations patronales, des astreintes et des majorations de retard. Ce sursis peut être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur ». Et y insérer un article 5-II bis « Le directeur peut accorder des reports d'échéance pour le règlement des cotisations en cas de situation de crise en Nouvelle-Calédonie ou de circonstances exceptionnelles dans un ou plusieurs secteurs d'activité constatés par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le report d'échéance peut être conditionné à des éléments permettant d'apprécier la situation des entreprises.

Les majorations de retard prévues au II ne s'appliquent pas lorsque le cotisant bénéficie d'un report d'échéance en application de l'alinéa précédent ».

Recommandation n°23 : conserver la disposition suivante : « Le directeur a la possibilité après règlement intégral des cotisations salariales, d'accorder des sursis à poursuites pour le règlement des cotisations patronales, des astreintes et des majorations de retard. Ce sursis peut être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur ».

Recommandation n°24 : ajouter à l'alinéa précédent un 5-II bis « Le directeur peut accorder des reports d'échéance pour le règlement des cotisations en cas de situation de crise en Nouvelle-Calédonie ou de circonstances exceptionnelles dans un ou plusieurs secteurs d'activité constatés par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le report d'échéance peut être conditionné à des éléments permettant d'apprécier la situation des entreprises. Les majorations de retard prévues au II ne s'appliquent pas lorsque le cotisant bénéficie d'un report d'échéance en application de l'alinéa précédent ».

Enfin, le CESE-NC met en exergue les observations suivantes :

- tout d'abord, plusieurs acteurs se sont manifestés auprès de l'institution afin d'être reconnus et intégrés au sein de cet avant-projet de loi du pays, entre autres **l'association des ergothérapeutes de Nouvelle-Calédonie (AENC)**. Son intégration permettrait de **fluidifier le parcours de soins, soulager la charge de travail des médecins et d'accélérer l'accès au dispositif nécessaire à la compensation du handicap et à la prévention de la perte d'autonomie** ;
- ensuite, à son grand regret, elle n'a pas pu inclure l'ensemble des observations formulées, un choix difficile et indépendant de sa volonté puisque tenu par des contraintes de temps et de personnel. C'est pourquoi, elle sollicite la bienveillance de tous et insiste sur la nécessité de retravailler ce projet de texte en profondeur, en y intégrant l'ensemble des professionnels de santé afin d'assurer sa pertinence ainsi que sa bonne application.

Recommandation n°25 : eu égard aux auditions, l'institution suggère de revoir ce projet de texte avec l'ensemble des professionnels de santé afin d'assurer sa pertinence et sa bonne mise en œuvre.

III- CONCLUSION DE L'AVIS N°18/2025

De manière générale, les professionnels du secteur saluent l'arrivée de nouveaux textes sur la santé qui vont dans le sens d'une modernisation et d'une régulation des données de santé. Cependant, de vives inquiétudes demeurent quant à la forme et au fond de ce projet de texte.

En effet, il a été soulevé à plusieurs reprises au cours des auditions, un manque de consultation et une rédaction du texte qui ne reflète pas toujours les discussions menées en amont entre les professionnels de santé et les auteurs du texte. Le CESE-NC regrette l'absence des délibérations et arrêtés d'application.

Au-delà de ces diverses mesures en matière sanitaire et sociale, les professionnels de santé attendent une réforme élaborée sur la base de la concertation de l'ensemble des acteurs concernés pour un système de santé calédonien efficace et résilient.

L'institution rappelle ses recommandations :

Recommandation n°01 : eu égard à une pratique matériellement difficile vu le nombre d'employeurs, il est proposé la conclusion d'une convention interprofessionnelle ou de branches avec la CAFAT.

Recommandation n°02 : sur la forme, il faut remplacer à l'alinéa 2 « *les conventions et leur avenants en cours et à venir sont conclus valablement si elles sont signées* », par « *les conventions et leurs avenants en cours et à venir sont conclus valablement s'ils sont signés* ».

Recommandation n°03 : il est proposé d'ajouter à la rédaction initiale la dématérialisation, ainsi « *Article 27-9: Les feuilles de soins tiennent lieu de facturation pendant un an. Elles sont conservées de manière dématérialisée par la CAFAT pendant une durée minimale de cinq ans à compter de leur réception* ».

Recommandation n°04 : il est proposé d'ajouter à cette nouvelle rédaction un alinéa « *Les ordres de dépense sont conservés de manière dématérialisée par l'agent comptable* ».

Recommandation n°05 : au lieu de « *Les médicaments, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales, ne sont remboursables qu'autant qu'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, sauf dérogation accordée par le contrôle médical* » mettre « *Les médicaments, c'est-à-dire les spécialités pharmaceutiques et les préparations magistrales, sont remboursables lorsqu'ils figurent sur une liste fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, sauf dérogation accordée par le contrôle médical* ».

Recommandation n°06 : au lieu de « *Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, à titre expérimental et pour une durée ne pouvant pas excéder trois ans, renouvelable une fois, prévoir l'application à certains actes professionnels d'une dispense d'avance de frais pour la part donnant lieu à remboursement, dans des conditions et selon des modalités qu'il détermine* » mettre « *Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, à titre expérimental et pour une durée ne pouvant pas excéder trois ans, renouvelable une fois, prévoir l'application à certains actes professionnels d'une dispense d'avance de frais pour la part donnant lieu à remboursement, dans des conditions et selon des modalités qu'il détermine par arrêté. Il est prévu une évaluation de cette expérimentation [insertion d'une limite temporelle par exemple tous les ans] dont les indicateurs sont précisés par arrêté (clause d'évaluation). Il peut être mis fin à cette dernière à tout moment par arrêté motivé (clause de réversibilité)* ».

Recommandation n°07 : le dispositif de la FSE doit définir les modalités de validation de la prestation par l'assuré.

Recommandation n°08 : en cas d'avance de frais, la transmission de la FSE doit se faire de manière automatique et immédiate dès la validation de la prestation par l'assuré.

Recommandation n°09 : il est demandé qu'une évaluation soit faite par un supérieur hiérarchique, et ce, dès le premier trimestre (les trois voire six premiers mois) et non pas dans les douze premiers mois.

Recommandation n°10 : de manière générale, s'aligner sur les dispositions de l'hexagone quant au champ de compétence et de prescriptions des sages-femmes (IVG, allaitement, etc).

Recommandation n°11 : il est proposé une réécriture de l'article « *Les pharmaciens sont autorisés à prescrire et administrer les vaccinations dans les conditions fixées par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, s'ils disposent des compétences adéquates, notamment de formation* ».

Recommandation n°12 : faire valider la déclaration d'exercice de moins de trois mois ainsi que le degré de maîtrise de langue française requis par les services compétents du GNC, après avis du conseil de l'ordre correspondant.

Recommandation n°13 : si l'enquête révèle qu'il n'y a pas eu de manquement, prévoir une réparation pour le professionnel de santé qui a été suspendu.

Recommandation n°14 : mettre à jour les définitions en tenant compte des normes actuelles de 2025 afin de garantir sa cohérence avec la pratique de la profession sur le territoire.

Recommandation n°15 : il est proposé de mettre « *Par dérogation, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, après information auprès du conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie, pour des raisons de santé publique et une*

période déterminée, distribuer au public et à des établissements hospitaliers, sociaux ou médico-sociaux des médicaments et produits remboursables à titre gratuit ou à un prix inférieur à celui fixé en application du présent article ».

Recommandation n°16 : il est proposé « *Par dérogation, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut, après information auprès du conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie, pour des raisons de santé publique et une période déterminée, effectuer les activités mentionnées au premier alinéa* ».

Recommandation n°17 : il est demandé que l'autorisation d'ouverture délivrée par le GNC, après avis du conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie, telle que proposée dans la rédaction initiale, soit conservée.

Recommandation n°18 : préciser la notion de stock de sécurité (quantité, temporalité et finalité). Le CESE-NC s'interroge sur la nécessité d'un tel dispositif et demande à ce qu'il y ait un échange avec les professionnels de santé avant sa mise en place. Cette recommandation vaut pour les articles 61 et 64 de l'avant-projet de loi du pays.

Recommandation n°19 : il est proposé « *En cas de cessation d'exploitation ou de transfert d'officine, ou de tout changement affectant la propriété de l'officine, le pharmacien ou la société en informe le conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie et les services compétents de la Nouvelle-Calédonie* ».

Recommandation n°20 : avant toute modification concernant les pharmacies mutualistes, s'assurer de la consultation des professionnels de santé.

Recommandation n°21 : préciser nommément quels professionnels de santé peuvent certifier le décès.

Recommandation n°22 : au lieu de « *l'article Lp. 104 de la loi du pays n° 016 du 11 janvier 2001* » mettre « *l'article Lp. 104 de loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002* ».

Recommandation n°23 : conserver la disposition suivante : « *Le directeur a la possibilité après règlement intégral des cotisations salariales, d'accorder des sursis à poursuites pour le règlement des cotisations patronales, des astreintes et des majorations de retard. Ce sursis peut être assorti de garanties du débiteur qui sont appréciées par le directeur* ».

Recommandation n°24 : ajouter à l'alinéa précédent un 5-II bis « *Le directeur peut accorder des reports d'échéance pour le règlement des cotisations en cas de situation de crise en Nouvelle-Calédonie ou de circonstances exceptionnelles dans un ou plusieurs secteurs d'activité constatés par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Le report d'échéance peut être conditionné à des éléments permettant d'apprécier la situation des entreprises.*

Les majorations de retard prévues au II ne s'appliquent pas lorsque le cotisant bénéficie d'un report d'échéance en application de l'alinéa précédent ».

Recommandation n°25 : eu égard aux auditions, l'institution suggère de revoir ce projet de texte avec l'ensemble des professionnels de santé afin d'assurer sa pertinence et sa bonne mise en œuvre.

L'avis de la commission a été adopté à l'unanimité des membres consultés par **30 voix « POUR »** dont 8 procurations.

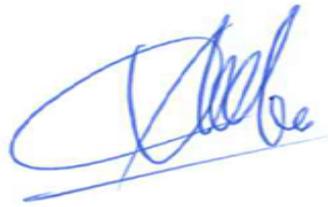
Suite aux observations de la commission, le CESE-NC émet un **avis réservé** à la majorité sur l'avant-projet de loi du pays portant diverses dispositions en matière sanitaire et sociale accompagné de son projet de délibération.

LE SECRÉTAIRE



Gaston POIROI

LE PRÉSIDENT



Jean-Louis d'ANGLEBERMES

Annexe : RAPPORT N°18/2025

- *Nombre de réunions en commission : 3*
- *Adoption en commission : 18/08/2025*
- *Adoption en bureau : 20/08/2025*

Invités auditionnés (19) :

- **Monsieur Jean-Claude ATHEA**, collaborateur au cabinet de C.GAMBEY membre du GNC chargé de la santé et de la protection sociale ;
- **Madame Marie-Laure MESTRE accompagnée de monsieur Sébastien MABON**, respectivement directrice et directeur adjoint des affaires sanitaires et sociales (DASS) ;
- **Madame Aline VULAN**, directrice adjointe de la direction des affaires juridiques (DAJ) ;
- **Docteur Bruno CALENDREAU**, président de l'ordre des médecins ;
- **Monsieur François DELBOY**, vice-président de l'alliance des infirmières calédoniennes (ADIC) ;
- **Monsieur Thierry CORRE**, président du bureau du conseil de l'ordre des sages-femmes (COSF NC) ainsi que **madame Carine BEAUMATIN**, membre du bureau du COSF NC ;

- **Monsieur Benjamin BOMMART**, président du conseil de l'ordre des pharmaciens de la NC (COPNC) ;
- **Messieurs Christophe DELEST et Mathieu NOEL**, respectivement président et secrétaire du syndicat des pharmaciens de la NC ;
- **Madame Hélène TAHAN**, directrice du groupement des pharmaciens de la NC (GPNC) ;
- **Monsieur Christophe FOUQUET**, président du syndicat des biologistes ;
- **Messieurs Xavier MARTIN et Laurent TOLMÉ**, respectivement directeur général de la CAFAT et directeur des prestations sociales et de la santé à la CAFAT ;
- **Monsieur Patrick DE VIVIES**, directeur de la mutuelle des fonctionnaires (MDF) ;
- **Monsieur Didier COURIER**, directeur de la mutuelle du commerce (MDC) ;
- **Monsieur Michel OBERTI ainsi que madame Hélène PICHOT**, respectivement président et vice-présidente du conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

Observations par écrit (11) :

- CAFAT,
- MDF,
- COP NC,
- SYPSAD,
- UT-CFE-CGC,
- Syndicat des chiropracteurs de NC ;
- AENC ;
- ADIC ;
- FPLS ;
- conseil de l'ordre des sages-femmes de Nouvelle-Calédonie ;
- SML.

Invités n'ayant pu participer ou envoyer des observations par écrit (14) :

- UNIPHARMA ;
- MPL ;
- MDN ;
- SANC ;
- GAP NC ;
- CHT ;
- clinique Kuindo-Magnon ;
- USOENC ;
- USTKE ;
- CSTC-FO ;
- CSTNC ;
- COGETRA ;
- La Fédé ;
- OPUSS-NC.

Au titre de la commission du CESE :

Ont participé aux travaux : madame Larissa THONON ainsi que messieurs Pierre BOIGUIVIE, Jean-Marc BURETTE, Jean-Louis d'ANGLEBERMES, André ITREMA, Jean-Pierre KABAR, Richard KALOI, Jean-Louis LAVAL, Gaston POIROI et Jean SAUSSAY.

Étaient présents et représentés lors du vote : madame Larissa THONON ainsi que messieurs Pierre BOIGUIVIE, Jean-Louis d'ANGLEBERMES, André ITREMA (*en visioconférence a donné procuration à monsieur d'ANGLEBERMES*), Jean-Pierre KABAR, Richard KALOI (*a donné procuration à monsieur LAVAL*), Jean-Louis LAVAL, Gaston POIROI, Jean SAUSSAY (*a donné procuration à madame THONON*) et Lionel WORETH (*a donné procuration à monsieur POIROI*).

Étaient absents lors du vote : monsieur Jean-Marc BURETTE.