



AVIS n°06/2026

du 27 mars 2026

**concernant l'avant-projet de loi du pays relatif
aux économies de santé**

Présentée par la CSPS¹ :

Le président :

Monsieur Jean SAUSSAY

Le rapporteur :

Monsieur Lionel WORETH

Dossier suivi par :

Madame Martine GARNIER, chargée
d'études juridiques et madame Giulia
RAVIZZONE, secrétaire au 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 25 février 2026 par le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, d'un avant-projet de loi du pays relatif aux économies de santé.

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 sujet².

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°06/2026

I – PRÉSENTATION DE LA SAISINE

Le présent avant-projet de loi du pays, soumis à l'examen du CESE-NC, porte sur le système de santé calédonien suite à la délibération n°505 du 14 août 2025 *approuvant le plan de réformes budgétaires, sociales et fiscales visant à rétablir l'équilibre des finances publiques de la Nouvelle-Calédonie*.

Selon des chiffres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie (GNC), le régime unifié d'assurance maladie-maternité (RUAMM) fait face à un **déficit critique en 2025 estimé à 9 milliards de F.CFP**. Avec ce projet de loi du pays, la volonté est de faire des **économies de 3,4 milliards de F.CFP**, pour atteindre un **déficit de 5,8 milliards de F.CFP en 2028**.

Il est divisé en trois chapitres composés de 16 articles. Le **chapitre I^{er}**, relatif à la prise en charge des dépenses de santé, modifie les articles de la loi du pays n°2001-016 du 11 janvier 2002 *relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie* (**article 1^{er}**). Ainsi :

- mise en place du dispositif de classification commune des actes médicaux³ (**article 2**) qui remplace la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- instauration d'une franchise sur chaque boîte de médicament ce qui a pour effet de modifier l'article Lp.72 relatif aux remboursements des médicaments (**article 3**) ;
- durcissement des conditions, prévues par l'article Lp.75, quant aux soins dispensés en dehors du territoire pouvant être pris en charge par le RUAMM (**article 4**) ;

² Cf. Document annexe.

³ CCAM.

- création d'une franchise sur chaque transport sanitaire (**article 5**) ;
- modification des conditions de prise en charge de la longue maladie pour supprimer, d'une part, l'obligation d'établir un protocole type de soins par convention entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé et, d'autre part, la mention de médecin de famille. Il est renvoyé aux articles Lp.72 et Lp.75 pour la prise en charge des médicaments et des frais de transport (**article 6**) ;
- introduction, dans un nouvel article Lp.141-4, d'une obligation de souscription des salariés et des agents publics à une complémentaire santé proposée par l'employeur (**article 7**).

Le **chapitre II** modifie plusieurs dispositions relatives au dispositif conventionnel et introduit de nouvelles obligations pour les établissements hospitaliers, de santé et médico-sociaux. Ainsi :

- exclusion de l'application des dispositions spécifiques aux conventionnements des médecins et des chirurgiens dentistes dans les communes du Grand Nouméa, aux professionnels de santé exerçant une activité libérale au sein d'un établissement hospitalier public ou privé (**article 8**) ;
- modification de la 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* (**article 9**) ;
- inscription à l'article 46 des modalités de perception de la franchise sur les boîtes de médicaments (**article 10**) ;
- intégration au dispositif conventionnel de l'ensemble des professionnels de santé énumérés par l'article Lp. 4411-1 de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie, notamment les ambulanciers et les podologues (**articles 11 et 12**) ;
- obligation pour les établissements hospitaliers de santé et médico-sociaux de transmettre aux services compétents de la Nouvelle-Calédonie les données nécessaires à la réalisation d'études calédoniennes de coûts sanitaires (coûts de prise en charge), en assortissant cette obligation d'une amende administrative (**article 13**) ;
- introduction des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens⁴ à la délibération n°490 (**article 14**).

Le **chapitre III** crée une base législative au numéro calédonien de santé⁵ au sein de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (**article 15**).

Le **chapitre IV** prévoit trois entrées en vigueur différentes :

- pour le **projet de texte**, l'entrée en vigueur est prévue au lendemain de sa publication au journal officiel (JONC) ;
- pour l'**article 8-1 de la loi du pays n°2001-012**, l'entrée en vigueur est prévue à la date d'entrée en vigueur du présent avant-projet de loi du pays ;

⁴ CPOM.

⁵ NCS.

- pour l'**article Lp.141-4 de la loi du pays n°2001-016**, l'entrée en vigueur est prévue dans un délai de 6 mois à compter de la publication du présent projet de texte.

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

II – OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

En propos liminaires, il ressort des auditions :

- **d'une part**, que les économies attendues par les rédacteurs du texte semblent discutables. En effet, les chiffres avancés ont été remis en cause par certains acteurs dénonçant une absence de base commune pour les établir emportant des conséquences concrètes et tangibles pour le patient ;
- **d'autre part**, bien que l'institution ait conscience que le prêt garanti par l'État est conditionné à des réformes structurelles, il est remarqué qu'un nombre important d'acteurs n'ont pas été consultés à leur plus grand regret. Or, un Ségur de la santé calédonien se tient fin mars⁶ de cette année et d'aucuns s'interrogent. **Il serait plus judicieux d'attendre l'organisation de cet événement qui aurait permis de recueillir l'adhésion des professionnels de santé.**

Par ailleurs, l'absence des textes d'application ne permettent pas d'avoir une vision d'ensemble du projet. **De ce fait, le CESE-NC regrette que les arrêtés ne lui aient pas été communiqués alors qu'ils contiennent des informations de compréhension inhérentes au projet de texte.**

À noter que pour certains « *Le risque apparent du projet de loi actuellement proposé est l'effondrement du système libéral déjà fragilisé* »⁷, notamment du fait de la pénurie généralisée de médecins et du vieillissement de ces derniers, etc.

Recommandation n°01 : engager un dialogue social et organiser une réelle concertation des professionnels de santé afin de garantir l'adhésion des acteurs.

Recommandation n°02 : conditionner l'examen de tout projet de loi du pays à la présentation concomitante de ses projets de textes d'application (arrêtés et délibérations) et ce afin d'assurer une visibilité immédiate sur les modalités concrètes de mise en œuvre.

1. La CCAM (article 2)

L'article 2 du projet de texte modifie l'article Lp.71 qui passe de l'ancien système, dit NGAP obsolète et peu précis, à la CCAM alignée sur le standard

⁶ [Assises de la santé, plan Do Kamo, Ségur : "On revient à zéro tous les dix ans, sans jamais rien faire évoluer".](#)

⁷ Observations par écrit du SML du 19/03/2026.

hexagonal de la sécurité sociale. Au travers de cette classification, chaque acte possède un code unique permettant d'adapter précisément la tarification à la réalité de la pratique, à l'état du patient et aux conditions de réalisation. L'instauration de la CCAM permet de suivre toutes les évolutions technologiques de la médecine. Via cette disposition, les rédacteurs du texte estiment une **économie à hauteur de 300 millions de F.CFP par an**.

De manière générale, l'introduction de la CCAM est bien reçue par les professionnels de santé puisqu'elle permet de mettre en place un cadre réglementaire précis (notamment pour la vaccination, les tests d'orientation rapide tels que la cystite⁸, les angines à streptocoque⁹, etc). En outre, l'absence de CCAM est un élément de non attractivité des professionnels de santé formés sur cette nomenclature.

Il est à noter que le conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie (COP-NC) préconise une modification de l'article Lp. 77-1 relatif au tiers payant afin d'assurer la pleine effectivité du dispositif. Il est demandé que la CCAM s'étende au tiers payant des actes pharmaceutiques. Ce dispositif est d'autant plus la bienvenue qu'une étude actant la tarification par le conseil d'administration (CA) de la CAFAT a déjà été réalisée.

Recommandation n°03 : généraliser le dispositif du tiers payant à toute la nomenclature de la CCAM.

Il est également requis un délai supplémentaire afin que ce nouveau dispositif soit mis en œuvre dans les meilleures conditions, du fait de mise à jour technique que ce soit pour la CAFAT, les mutuelles ou les professionnels de santé. En effet, de nombreux logiciels et interfaces ont été conçus pour la NGAP, et leur adaptation représente un coût et un effort technique significatifs pour l'ensemble des acteurs.

En outre, il convient de souligner que la CCAM entraîne une révision de l'ensemble des tarifs appliqués. Cette transition n'est pas anodine comme l'ont démontré les augmentations tarifaires observées lors de sa mise en œuvre dans l'hexagone. Si cette évolution est attendue, elle nécessite un délai d'adaptation suffisant ainsi qu'un accompagnement des professionnels afin d'éviter toute rupture dans la prise en charge des patients.

Recommandation n°04 : prévoir un délai suffisant entre l'application de l'avant-projet de loi du pays et l'arrêté quant à la nomenclature. Puis, accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de la CCAM prévenant ainsi tout risque de rupture de charge administrative ou de soins.

Enfin, la mise en œuvre de la CCAM doit s'inscrire pour la CAFAT dans un projet global d'instauration du NCS et de digitalisation associé au dossier médical partagé, notamment à la création de la feuille de soins électronique. Cette dernière permet de mettre au service du contrôle médical unifié (CMU) des outils performants afin d'obtenir une analyse plus juste des dépenses de santé.

⁸ Infection urinaire localisée au niveau de la vessie.

⁹ Inflammation des amygdales d'origine infectieuse, l'angine est le plus souvent provoquée par un virus.

2. Les franchises

Cette disposition a interpellé nombre d'acteurs et la majorité d'entre eux, s'ils ne sont pas réservés, se montrent défavorables à sa mise en œuvre. En effet, le dispositif des franchises ne permet pas réellement de responsabiliser les patients, notamment après comparaison avec les systèmes internationaux (tels que l'Allemagne, les États-Unis, la Suisse), ni d'éliminer les dépenses inutiles s'opposant ainsi aux objectifs annoncés par les rédacteurs du texte. D'autant plus que cette mesure a pour désavantage d'impacter les patients les plus fragiles : défavorisés et en longue maladie (LM).

Recommandation n°05 : évaluer d'autres modalités de responsabilisation du patient que les franchises.

a. La franchise des boîtes de médicaments (article 3)

L'article 3 du projet de texte modifie l'article Lp 72 en instaurant une franchise de 100 F.CFP laissée à la charge de l'assuré pour chaque boîte de médicament délivrée. L'objectif étant de responsabiliser le patient et les professionnels de santé. Cette mesure permettrait d'économiser environ **200 millions de F.CFP par an**. En complément, il est apporté la précision suivante : le pharmacien est dans l'obligation de délivrer le médicament sous le conditionnement le plus approprié à la durée du traitement. Ainsi, lorsque le patient a un traitement de 28 jours, le pharmacien doit lui donner une boîte contenant 28 comprimés, et non pas deux boîtes de 14 comprimés chacune, et ce afin de payer une seule fois la franchise.

Cette mesure pose question de l'**accès aux soins** surtout pour les patients au budget limité et aux pathologies chroniques. Cela risque d'entraîner un **renoncement aux soins**. **Par conséquent, cette mesure va-t-elle être évaluée ?** En effet, cette dernière pourrait avoir un **effet paradoxal**, c'est-à-dire qu'au lieu de faire des économies estimées à 200 millions de F.CFP par an, en **limitant l'accès aux soins précoces et préventifs**, elle entraînerait une **dégradation de l'état de santé** des patients qui ne seront pas pris en charge à temps. À termes, le coût pour le RUAMM pourrait s'avérer être supérieur aux économies attendues. Ainsi, « *Un patient hypertendu qui ne prend plus son traitement chronique est exposé à une complication grave d'AVC, amenant un coût pour la société bien supérieur au coût de son traitement de fond sur 20 ans s'il reste paralysé (hospitalisations, suivi médical, examens complémentaires, fauteuils roulants, lit médicalisé, soins paramédicaux infirmiers et kinésithérapiques, aménagements du domicile. Liste non exhaustive)* »¹⁰.

Le syndicat des pharmaciens considère quant à lui que « *la mise en place d'une franchise de 100 F CFP par boîte, telle que proposée, est socialement brutale et techniquement inapplicable. Sans mécanisme de plafonnement, cette mesure ne régule pas la consommation : elle taxe lourdement les Calédoniens les plus malades* »¹¹. Il appelle à la mise en place d'un **plafonnement annuel**.

¹⁰ Cf. Observations du Syndicat des médecins libéraux (SML) du 19/03/2026.

¹¹ Cf. Auditions du Syndicat des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie au CESE-NC du 11/03/2026.

Dans l'hexagone, la franchise existe, elle est à 1 euro (119.26 F.CFP) plafonnée à 50 euros (5 963 F.CFP) annuel par patient, récupérée par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Prenant l'exemple d'un dialysé, il consomme en moyenne 45 boîtes par mois. Une franchise de 100 F.CFP par boîte revient à 4 500 F.CFP /mois soit 54 000 F.CFP/an à payer par le patient¹². Cette situation constitue à leurs yeux tant une rupture de l'équité des soins qu'une rupture de confiance patient/pharmacien. À ce propos, **les professionnels demandent à ce que la LM soit exemptée de ce dispositif.**

À titre d'information, les rédacteurs du texte ont informé l'institution qu'une mesure de **plafonnement est envisagée à 10 000 F.CFP par an**. Néanmoins, ce plafonnement ne figure pas au sein de l'avant-projet de loi du pays puisque techniquement la CAFAT n'est pas en mesure de l'appliquer actuellement (développements techniques longs et coûteux). La CAFAT semble également dans l'impossibilité technique d'assurer ce système de remboursement au même titre que la CPAM dans l'hexagone. Seulement après la mise en œuvre du NCS, il serait possible d'appliquer ledit plafonnement.

Les pharmaciens appréhendent qu'il ne soit demandé aux officinaux d'assurer cette partie. Face à cette mesure, certains acteurs plaident en faveur d'une **évaluation régulière et transparente du dispositif.**

Les mutuelles quant à elles ne sont pas opposées au principe mais s'interrogent sur leurs modalités d'application. Il reste un doute sur l'identité de l'interlocuteur qui s'occupera des franchises et du plafond s'il s'avérait qu'il y en est un. Est-ce une franchise qui s'applique à tous les assurés ? Est-elle prise en charge par le patient lui-même ? Ou par les mutuelles ? Il est important de ne pas créer un système alourdissant la gestion. D'autant qu'il semble que les mutuelles ne disposent pas des informations nécessaires à l'application d'un plafond. À ce titre, les mutuelles ont d'autres propositions à étudier.

Ainsi, il est demandé de préciser les modalités d'application de cette franchise sachant que les pharmaciens du territoire utilisent trois logiciels¹³ différents et l'ajout apporté par l'avant-projet de loi du pays modifierait lesdits logiciels dont le coût serait supporté par les pharmaciens eux-mêmes. Pour cette raison, des acteurs considèrent que cette franchise ne doit pas être à la charge des professionnels.

Recommandation n°06 : mettre en place un plafond annuel afin de garantir que la franchise ne constitue pas un frein à l'accès aux soins.

Recommandation n°07 : exempter de toute franchise les assurés reconnus en longue maladie et tenir compte des foyers à petit revenu et pension.

Recommandation n°08 : instaurer une mesure d'évaluation de l'impact des franchises sur le renoncement aux soins et sur les recettes réelles du RUAMM. Cette évaluation devra permettre d'ajuster le dispositif en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.

¹² Selon des chiffres du Syndicat des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie lors de son audition au CESE-NC du 11/03/2026.

¹³ Officine, Concentrateur, Caisses.

b. La franchise des transports sanitaires (article 5)

L'article 5 du projet de texte crée un nouvel article Lp.75-1 appliquant une franchise de 500 F.CFP par trajet pour chaque transport sanitaire non urgent (sur prescription médicale et autorisation) pour une **économie estimée à 100 millions de F.CFP par an**. Pour l'instant aucun plafond n'est envisagé.

Les ambulanciers considèrent qu'ils n'ont pas à être chargés du recouvrement de la CAFAT. D'autant plus, qu'ils ne disposent pas dans les faits ni de caisses ni de formation comptable. Le risque étant d'alourdir leur process. En outre, 95 % de leur transport est qualifié de non urgent. De ce fait, mettre en place une franchise de 500 F.CFP par transport revient à mettre en difficulté la profession. Pour rappel, il est constaté « *des difficultés majeures pour les patients les plus fragiles qui cumulent difficultés sociales, difficulté de transport en commun et difficultés à accéder aux soins de par leurs budgets réduits* »¹⁴. Il est précisé que le service ne revient pas qu'à faire du transport, il comprend aussi l'accompagnement (bâtiments non adaptés, sortie de chimiothérapie, de dialyse, etc) à plus forte raison lorsque 80 % de l'activité porte sur des patients atteints de LM.

Le CESE-NC relève que le coût pour certaines pathologies (type dialysé) pourrait être très important sur l'année et qu'il n'y a aucune prise en compte de la situation financière des patients par la mise en place d'un plafond. Comme vu pour la franchise sur les médicaments, ce dispositif peut être contre-productif du fait du renoncement aux soins.

Recommandation n°09 : instaurer un plafond, à défaut réduire le montant de la franchise par trajet.

3. La rationalisation des soins hors du territoire (article 4)

L'article 4 du projet de texte **durcit les conditions de prise en charge** par le RUAMM des soins dispensés en dehors de la Nouvelle-Calédonie, soit les **soins en France hexagonale**, prévues par l'article Lp.75. Cette mesure vise surtout les **soins dits programmés** qui correspondent à des soins qui auraient pu être pris et faits sur le territoire mais qui sont réalisés dans l'hexagone. Désormais, ces derniers sont traités comme des soins à l'étranger.

Sont **exemptés** de cette règle, les soins **en cas d'urgence, d'évacuation sanitaire (Evasan)** ou d'**accord de coordination préalable**.

L'urgence doit être comprise ici comme l'état de santé revenant à nécessiter immédiatement des prestations de soins au cours d'un court séjour. Les cas spécifiques, tels que l'absence de spécialiste sur le territoire ou les délais anormalement longs incompatibles avec l'état de santé du patient, feront l'objet du CMU.

¹⁴ Observations par écrit du SML du 19/03/2026.

L'objectif étant de privilégier les actes pouvant être dispensés localement pour une **économie estimée à 400 millions de F.CFP par an**. Suite aux différentes auditions, l'institution émet des doutes sur le montant de cette économie.

Recommandation n°10 : identifier les cas d'urgence notamment sur la durée des séjours dans l'hexagone.

Elle observe que selon le point de vue, le postulat de départ est différent. L'objectif est le même dans les deux cas, réduire le déficit du RUAMM, mais la responsabilité peut incomber à deux acteurs différents.

Lorsque les rédacteurs du texte mettent en place cette mesure, ils prennent en compte dans leur formule que le patient prend ses soins programmés dans l'hexagone alors qu'ils auraient pu les prendre sur le territoire qui offre les mêmes soins. Le projet de texte entérine alors la suppression de cette prise en charge au titre de la sécurité de l'offre de soins et des compétences en Nouvelle-Calédonie. Cependant, en faisant cela, ils omettent de prendre en compte d'autres facteurs dans leur paradigme. En outre, lorsque les rédacteurs du texte **alignent les soins dispensés hors Nouvelle-Calédonie sur ceux dispensés à l'étranger**, ils opèrent une **rupture d'égalité** alors que la reconnaissance mutuelle des diplômes d'État et l'homogénéité de l'organisation hospitalière entre le territoire et l'hexagone rendent le système de santé calédonien indivisible du système de santé national.

D'autres acteurs, estiment, en revanche, que la responsabilité du choix des soins ne repose pas uniquement sur le patient mais aussi sur le professionnel de santé. Ainsi, le sujet n'est pas celui des soins programmés qui auraient pu être réalisés sur le territoire, mais plutôt de la préservation de l'offre de soins sur le territoire calédonien sachant qu'il existe un problème de coordination des soins voire de défaillance du système de santé. La question est alors comment s'organiser pour que ces soins soient pris en charge localement.

De plus, c'est un fait, les actes médicaux réalisés en Nouvelle-Calédonie coûtent plus chers que ceux de l'hexagone. Dès lors, partant du postulat, **comment une économie de 400 millions de F.CFP par an peut-elle être escomptée en supprimant la prise en charge de la dispense de soins hexagonal ?**

Sans compter que la suppression de la prise en charge, *de facto*, élimine la **liberté de choisir du patient**. Or, cette dispense de soins n'est pas la partie des dépenses les plus conséquentes pour les mutuelles. Cette mesure ne prend pas en compte la **renonciation aux soins** du fait de l'absence de prise en charge et l'**aggravation des pathologies**. Elle peut même ajouter des **dépenses supplémentaires** s'il est fait recours à l'**Evasan (à défaut de soins en hexagone, risque de report de charge vers les évacuations sanitaires)**.

À ce titre, la CAFAT voire les mutuelles possèdent des accords de coordination avec l'hexagone, hors urgence et évacuation sanitaire, permettant à chacune des parties, (Nouvelle-Calédonie et France hexagonale) de prendre en charge ses ressortissants respectifs. Par conséquent, la CAFAT opte pour une extension desdits accords de coordination et non la mise en œuvre de toute autre mesure.

Recommandation n°11 : compte tenu de ce qui précède, conserver la prise en charge des soins dispensés dans l'hexagone.

4. La simplification de la longue maladie (article 6)

L'article 6 du projet de texte modifie l'article Lp.79, qui fixe les conditions de prise en charge de la LM, pour supprimer l'obligation d'établir un protocole type de soins offrant ainsi plus de flexibilité au CMU. Les rédacteurs du texte sont clairs : la longue maladie n'est pas supprimée. En revanche, le patient a le droit à un panier de soins. Si le patient est instable et qu'il a besoin d'un autre acte médical en plus alors il devra le payer. Même si potentiellement l'acte peut être remboursé après contrôle du CMU. La mise en place de cette mesure induit une **économie estimée à 20 millions de F.CFP par an**.

Pour certains acteurs, cette mesure introduit un risque de « *partialité du médecin contrôleur (ou d'un agent contrôleur autre que médecin) selon son appréciation médicale de l'état de santé du patient (sans avoir connaissance dudit patient ni de son passé médical), selon son appréciation du médecin prescripteur avec une confiance accordée ou non si des antécédents ont forgé son jugement* »¹⁵.

Le protocole de soins initial (PSI) est une formalité liée à la prise en charge de la LM. C'est un référentiel de soins qui permet de lister un nombre d'actes à faire compte tenu de la longue maladie et ce, afin que la pathologie soit suivie dans les meilleures conditions. Lorsque le patient n'est pas en adéquation avec le premier protocole de soins proposé, le médecin référent a la possibilité de demander des actes supplémentaires qui peuvent être accordés selon les justifications médicales.

Ainsi, avec le PSI, le système s'appuie sur le médecin référent qui n'est contrôlé par le CMU que lorsqu'il sort du cadre ordinaire. Le contrôle de ce dernier est réduit au strict nécessaire (**contrôle par exception**). Tandis qu'en supprimant le PSI, il est demandé au CMU de faire un **contrôle à la carte par patient** alors qu'il ne dispose pas de l'effectif adéquat. D'autant plus préjudiciable pour le patient qui ne saura pas s'il sera remboursé ou pas.

D'un côté, la volonté est de supprimer le PSI qui fonctionne et qui est utile tant pour le patient (offre de soins) que pour la CAFAT (référentiel clair et dépense prévisible pour la CAFAT) et, de l'autre, les médecins référents sont payés à faire des actes qui entrent dans le cadre normal de leur activité professionnelle.

Le protocole type est un moyen de contrôler la dépense pour un type de maladie décrit. **Le PSI étant lui-même un outil de régulation, en quoi le supprimer va permettre de réaliser des économies ?** Deux chemins se profilent : soit le patient renonce aux soins en risquant d'aggraver sa pathologie (coût plus élevé pour le territoire), soit les demandes d'actes vont se multiplier nécessitant un contrôle du CMU et de surcroît sans aucune visibilité des dépenses pour la CAFAT.

Suite aux auditions, les conseillères et conseillers s'interrogent sur la pertinence de la mise en place de cette mesure.

Recommandation n°12 : maintenir le protocole type de soins pour la longue maladie.

¹⁵ Observations par écrit du SML du 19/03/2026.

5. L'obligation de souscription à une complémentaire santé (article 7)

L'article 7 du projet de texte introduit un nouvel article Lp.141-4 qui oblige les salariés et les agents publics à souscrire à une complémentaire santé proposée par l'employeur. L'adhésion obligatoire à une mutuelle et la part employeur/salarié seront négociées et fixées par des conventions collectives. Afin de compenser la hausse de la participation des assurés, tous les employeurs, publics et privés, doivent proposer et co-financer une complémentaire santé prenant en charge a minima le ticket modérateur.

L'article 7 fixe une liste limitative de quatre cas dans lesquels le salarié est dispensé d'adhérer à la mutuelle obligatoire :

- pour les **contrats existants** déjà couverts par les contrats collectifs d'un employeur ;
- en cas de **mutuelle individuelle** offrant de meilleures garanties ;
- pour les **ayants-droit** bénéficiant d'une couverture via un proche pour les mêmes risques ;
- et pour ceux bénéficiant de l'**aide médicale gratuite (AMG) provinciale**.

Tout d'abord, il a été porté à l'attention du CESE-NC que « *les conventions collectives sont plus strictes [que l'article 7] et exigent que la dispense soit sollicitée par "notification écrite" et prouvée par un "justificatif annuel"* »¹⁶.

Sur la généralisation de la complémentaire santé, la mutuelle des fonctionnaires (MDF) rappelle que la complémentaire est déjà obligatoire pour l'ensemble des agents publics de Nouvelle-Calédonie et ce quelque soit leur statut.

Les mutuelles attirent l'attention sur certains points pouvant présenter des difficultés. Actuellement, elles ont une bonne couverture des actifs. Les activités et entreprises non couvertes étant à la marge. Néanmoins, une catégorie de la population n'est pas traitée dans le projet de texte :

- **le personnel de maisons à employeurs multiples**¹⁷ : dans un secteur où les salariés cumulent souvent de faibles volumes horaires chez plusieurs employeurs, un employé aura-t-il autant de mutuelles que d'employeurs ou un système de mutualisation va-t-il être mis en place ? Dans l'affirmative, comment s'organisera ladite mutualisation ? De plus, « *Exiger d'une famille ou d'un particulier la négociation, la souscription et la gestion d'un contrat "collectif" de mutuelle auprès d'un organisme d'assurance est matériellement inadapté à la relation de travail de gré à gré. Cette nouvelle obligation vient heurter l'esprit de certains dispositifs tels que le Chèque Emploi-Service (CES) et le Dispositif Simplifié d'Emploi (DSE) conçus précisément pour décharger le particulier employeur de toute gestion administrative complexe (bulletins de paie, calcul des charges, déclarations). Imposer à ces particuliers la gestion d'une telle obligation réduirait à néant cette simplification et risquerait de favoriser le retour au travail dissimulé* »¹⁸ ;

¹⁶ Observations par écrit de la direction du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DTEFP) du 20/03/2026.

¹⁷ Ménage, garde d'enfants, assistance aux personnes âgées.

¹⁸ Observations par écrit de la DTEFP du 20/03/2026.

- **les contrats courts (contrat à durée déterminée¹⁹, intérim, saisonniers) :** d'une part, « *L'absence de seuil minimal (volume horaire ou durée de contrat) pourrait pénaliser les travailleurs de courte durée, dont les cotisations ne permettraient pas une mutualisation efficace des risques* »²⁰ et, d'autre part, « *la retenue de la part salariale de la mutuelle viendrait amputer un salaire déjà faible, pour une couverture santé qui, dans les faits, n'aura potentiellement pas le temps d'être activée ou utilisée par le salarié* »²¹. Cette mesure n'est intéressante ni pour l'adhérent ni pour la mutuelle.
- **le choix de la mutuelle :** l'institution relève une ambiguïté entre le choix du salarié et/ou de l'entreprise de la complémentaire santé.

En outre, cette mesure semble être mise en place en contrepartie de la diminution envisagée de la part de remboursement prise en charge par la CAFAT. Ce qui veut dire que dans l'hypothèse où les mutuelles prennent en charge ce risque, cela ne se fera pas sans évolution tarifaire, soit un transfert de la charge vers les employeurs et les salariés. Tel que rédigé, **les mutuelles se demandent également si, à l'avenir, elles auront aussi l'obligation de compenser toutes les baisses de prise en charge de la CAFAT ?** Auquel cas, il faudra s'attendre à une augmentation de la charge tarifaire.

Les mutuelles observent que rendre obligatoire la complémentaire santé ne signifie pas uniquement attirer des adhérents et de la ressource. *A contrario*, les adhérents représentent aussi une dépense. D'ores et déjà, les mutuelles estiment que ce transfert de charge les impactent de manière significative. D'autant plus, qu'elle ne sera pas compensé ni par leurs adhérents actuels ni par les adhérents que ce projet de texte leur fait gagner.

Enfin, l'article 16 de l'avant-projet de loi du pays dispose que « *Par dérogation au I, l'article Lp. 141-4 de la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale entre en vigueur dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi du pays.* ». Or, compte tenu de tout ce qui précède, le CESE-NC appelle à **l'extension du délai d'entrée en vigueur** pour des raisons de sécurité juridique. En effet, « *le délai de six mois apparaît matériellement insuffisant pour permettre l'aboutissement du processus de révision conventionnelle [...] l'analyse des dispositions communes à la quasi-totalité des conventions collectives de branche (BTP, Commerce, Roulage, Sécurité, etc.) démontre que la seule procédure de révision nécessite un délai incompressible : les modifications demandées doivent d'abord être mises à l'étude dans les 15 jours, puis les partenaires sociaux disposent d'un délai légal de trois mois pour parvenir à un accord. A ce temps strict de négociation paritaire (jusqu'à 3 mois et demi), il conviendra d'ajouter les délais administratifs de dépôt de l'avenant, d'instruction par les services de la Nouvelle-Calédonie, de passage devant la Commission Consultative du Travail (CCT), puis enfin de publication de l'arrêté d'extension par le gouvernement pour que l'avenant s'applique à toutes les entreprises de la branche* »²².

¹⁹ CDD.

²⁰ Cf. Observations par écrit des quatre mutuelles (MDF, MDC, MDN, MPL) du 18/03/2026.

²¹ Observations par écrit de la DTEFP du 20/03/2026.

²² Observations par écrit de la DTEFP du 20/03/2026.

Recommandation n°13 : corrélér l'entrée en vigueur de l'article 7 de l'avant-projet de loi du pays au temps des négociations collectives.

6. Favoriser l'activité libérale en établissement hospitalier (article 8)

L'article 8 du projet de texte dispose que « *La présente loi du pays n'est pas applicable aux professionnels de santé exerçant une activité libérale au sein d'un établissement hospitalier public ou privé* ».

Il est demandé une **clarification** de la disposition, notamment son encadrement :

- d'une part, pour les **médecins libéraux pratiquant dans un établissement hospitalier**, puisqu'ils sont exclus de l'avant-projet de loi du pays, quel est le régime applicable ? ;
- et, d'autre part, pour les **médecins hospitaliers pratiquant une activité libérale**, bien qu'il soit compris que « *l'objectif est de favoriser la possibilité pour les médecins hospitaliers de pratiquer une activité libérale au sein de l'établissement employeur* »²³, quelles seront les conditions de cet exercice ? En outre, il est rappelé que les médecins hospitaliers ont une indemnité mensuelle du fait de l'interdiction d'exercer en milieu libéral.

7. Le conventionnement et la régulation des professionnels de santé (articles 11 et 12)

L'article 12 complète l'article Lp. 4411-1 de l'ancien code de la santé publique pour intégrer au dispositif conventionnel de l'ensemble des professionnels de santé les ambulanciers et les podologues. Or :

- selon les professionnels, les ambulanciers sont conventionnés contrairement à ce qui est précisé par le projet de texte. Quant aux podologues, ils ont une convention depuis 30 ans bien que les réunions paritaires n'aient pas lieu. Le CESE-NC propose que les services concernés vérifient ces points ;
- au-delà de cette mise en conformité, le SML, favorable à ce que les ambulanciers et les podologues soient reconnus comme professionnel de santé, a fait part à l'institution de ses attentes en termes de reconnaissance tarifaire de certains actes (type CLE POD pour les podologues, actes des infirmiers en pratiques avancée (IPA), etc).

8. Le ticket modérateur (article 13)

Dans son ensemble, les mutuelles sont favorables à la suppression du ticket modérateur au titre de la justice sociale et de la lisibilité du système.

Néanmoins, les conseillères et conseillers s'interrogent : **le dispositif des franchises et du ticket modérateur peuvent-ils se cumuler ?** Selon les mutuelles, tout dépend de savoir si l'un des deux est d'ordre public (soit qui s'impose à tous), dans ce cas-là ils seront pris en charge intégralement par le patient et non par les mutuelles. Dans le cas inverse, il est possible que les mutuelles puissent le rembourser encore faut-il connaître la volonté des rédacteurs du texte. Cela ne concerne que ceux possédant une mutuelle.

²³ Observations par écrit du SML du 19/03/2026.

Recommandation n°14 : supprimer le cumul du dispositif des franchises et du ticket modérateur.

9. Les CPOM (article 14)

L'article 14 complète la délibération n°490 par deux articles, 53-1 et 53-2, consacrés à l'instauration des CPOM pour une durée de cinq ans entre le GNC et chaque établissement hospitalier et médico-social. L'un des axes prioritaires des CPOM étant d'accélérer la progression de l'activité ambulatoire, réduisant ainsi les coûts d'hospitalisation complète. Des pénalités financières sont prévues en cas d'inexécution des engagements pouvant atteindre jusqu'à 5 % des revenus annuels versés par l'assurance maladie à l'établissement. Les rédacteurs du textes estiment **l'économie de cette mesure à 20 millions de F.CFP par an.**

En l'état actuel, la rédaction du texte paraît arbitraire pour certains qui conditionnent son accueil par « *l'ajout d'obligations réciproques des autorités de tutelle et des financeurs dans le cadre du CPOM et l'intégration d'un volet de financement, faute de quoi les établissements risquent de se voir soumettre à un encadrement unilatéral de leurs conditions d'exercice sans bénéficier de la capacité financière à répondre de leurs obligations* »²⁴. Par conséquent, pour que les CPOM ne soient pas perçus comme une contrainte financière, il est impératif de les accompagner d'un **volet de financement et d'engagements réciproques des autorités de tutelle et des financeurs.**

D'autant plus que les CPOM sont un préalable à l'instauration d'un système de santé cohérent et performant. Son efficacité dépend de la transparence de ses données et de l'automatisation de la communication des éléments de facturation permettant un pilotage en temps réel.

Recommandation n°15 : les objectifs des CPOM doivent être en corrélation avec les dotations financières des établissements de santé.

10. Le NCS (article 15)

Pour rappel, le numéro unique calédonien est nécessaire à la mise en place du dossier médical partagé sur le territoire. Ce dernier pour être effectif est conditionné par la mise en œuvre :

- du **numéro d'identification des professionnels de santé** (qui les suit tout le long de leur carrière professionnelle),
- du **numéro d'identification des établissements hospitaliers,**
- et du **numéro unique calédonien** (qui suit le patient du début jusqu'à la fin de sa vie).

In fine, sa mise en œuvre est au service de la dématérialisation de la santé et participe à la construction d'un parcours de soins organisé. Il reste à préciser ses modalités de mise en place, notamment sa coexistence avec les numéros de la CAFAT, des mutuelles et de l'aide médicale. De manière générale, les acteurs sont favorables à ce dispositif. Cependant, du fait de sa complexité technique, il est

²⁴ Observations par écrit du MEDEF du 18/03/2026.

préconisé un temps de mise en œuvre nécessaire à son application et ce afin de pouvoir communiquer également auprès de tous les calédoniens sur son usage ainsi qu'un accompagnement des acteurs concernés.

Pour une question d'économie et de mise en place rapide du NCS, pourquoi ne pas utiliser le numéro CAFAT dont bénéficie la majorité des calédoniens ?

Recommandation n°16 : s'assurer de la convergence des systèmes d'information (notamment de la suppression de la multiplicité des numéros actuels : CAFAT, mutuelles, AMG).

Recommandation n°17 : prévoir un délai de mise en œuvre pour le numéro unique calédonien ainsi qu'un accompagnement des acteurs concernés.

III- CONCLUSION DE L'AVIS N°06/2026

En conclusion, les conseillères et conseillers, conscients du déficit du RUAMM, appellent de leurs vœux une réforme structurelle du système de santé calédonien. L'avant-projet de loi du pays, en proposant des mesures essentiellement restrictives (franchises, suppression de prise en charge, contrôle accru), escompte faire des économies au risque d'engendrer une défaillance du système (aggravation des pathologies, surcoûts hospitaliers, rupture d'équité, etc) alors qu'une réorganisation profonde de la coordination territoriale et une priorisation à la prévention semblerait plus pertinente. Le CESE-NC estime qu'il faut remettre au centre du dispositif le parcours de soins.

L'institution rappelle ses recommandations :

Recommandation n°01 : engager un dialogue social et organiser une réelle concertation des professionnels de santé afin de garantir l'adhésion des acteurs.

Recommandation n°02 : conditionner l'examen de tout projet de loi du pays à la présentation concomitante de ses projets de textes d'application (arrêtés et délibérations) et ce afin d'assurer une visibilité immédiate sur les modalités concrètes de mise en œuvre.

Recommandation n°03 : généraliser le dispositif du tiers payant à toute la nomenclature de la CCAM.

Recommandation n°04 : prévoir un délai suffisant entre l'application de l'avant-projet de loi du pays et l'arrêté quant à la nomenclature. Puis, accompagner les professionnels dans la mise en œuvre de la CCAM prévenant ainsi tout risque de rupture de charge administrative ou de soins.

Recommandation n°05 : évaluer d'autres modalités de responsabilisation du patient que les franchises.

Recommandation n°06 : mettre en place un plafond annuel afin de garantir que la franchise ne constitue pas un frein à l'accès aux soins.

Recommandation n°07 : exempter de toute franchise les assurés reconnus en longue maladie et tenir compte des foyers à petit revenu et pension.

Recommandation n°08 : instaurer une mesure d'évaluation de l'impact des franchises sur le renoncement aux soins et sur les recettes réelles du RUAMM. Cette évaluation devra permettre d'ajuster le dispositif en fonction de l'évolution de la situation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie.

Recommandation n°09 : instaurer un plafond, à défaut réduire le montant de la franchise par trajet.

Recommandation n°10 : identifier les cas d'urgence notamment sur la durée des séjours dans l'hexagone.

Recommandation n°11 : compte tenu de ce qui précède, conserver la prise en charge des soins dispensés dans l'hexagone.

Recommandation n°12 : maintenir le protocole type de soins pour la longue maladie.

Recommandation n°13 : corréler l'entrée en vigueur de l'article 7 de l'avant-projet de loi du pays au temps des négociations collectives.

Recommandation n°14 : supprimer le cumul du dispositif des franchises et du ticket modérateur.

Recommandation n°15 : les objectifs des CPOM doivent être en corrélation avec les dotations financières des établissements de santé.

Recommandation n°16 : s'assurer de la convergence des systèmes d'information (notamment de la suppression de la multiplicité des numéros actuels : CAFAT, mutuelles, AMG).

Recommandation n°17 : prévoir un délai de mise en œuvre pour le numéro unique calédonien ainsi qu'un accompagnement des acteurs concernés.

L'avis de la commission a été adopté à l'**unanimité** des membres consultés par **31 voix « POUR »** dont 13 procurations.

Suite aux observations de la commission et des débats menés en séance plénière, le CESE-NC émet un **avis favorable** à la majorité sur l'avant-projet de loi du pays relatif aux économies de santé.

LE SECRÉTAIRE

LE PRÉSIDENT



Gaston POIROI



Jean-Louis d'ANGLEBERMES

Annexe : RAPPORT N°06/2026

- *Nombre de réunions en commission : 3*
- *Adoption en commissions : 23/03/2026*
- *Adoption en bureau : 27/03/2026*

Invités auditionnés (21) :

- **Monsieur Claude GAMBEY**, membre du GNC en charge de la santé ;
- **Madame Christelle DENAT**, conseillère au sein du cabinet de monsieur C.GYGÈS ;
- **Monsieur David GINOCCHI**, directeur des affaires juridiques (DAJ) ;
- **Madame Marie-Laure MESTRE**, directrice des affaires sanitaires et sociales (DASS) accompagné de **monsieur Sébastien MABON**, directeur adjoint ;
- **Messieurs Xavier MARTIN** accompagnée de **madame Sylvie LAUMOND**, respectivement directeur général à la CAFAT et coordinateur au contrôle médical unifié (CCMU) ;
- **Monsieur Bruno CALENDREAU**, président de l'organe de l'ordre des médecins (CODM-NC) ;
- **Monsieur Nicolas MERZEAU**, médecin au syndicat des médecins libéraux (SML) ;

- **Monsieur Vadim MAÏKOVSKY**, directeur de la mutuelle des fonctionnaires (MDF) ;
- **Monsieur Cédric-Olivier FAVAN**, directeur de la mutuelle du commerce (MDC) ;
- **Madame Catherine WEHBE**, directrice à la mutuelle du nickel (MDN) ;
- **Mesdames Myriam BALME et Valentine ROUSSEAU**, respectivement vice-présidente et assistante de direction du conseil de l'ordre des pharmaciens (COP-NC) ;
- **Messieurs Christophe DELEST et Mathieu NOËL**, respectivement président et secrétaire du syndicat des pharmaciens de NC (SPNC) ;
- **Monsieur Clément LEROUX**, directeur général de UNIPHARMA ;
- **Messieurs Patrice GAUTHIER et Patrick BELLENGUEZ**, respectivement président et membre GAPNC de la fédération des professionnels libéraux de santé (FPLS) ;
- **Mesdames Lisa KLEIN-NEPHTALI ainsi que Élodie BELLENGUEZ**, respectivement sage-femme et membre GAPNC de la FPLS.

Observations par écrit (10) :

- Syndicat des infirmiers ;
- SPNC ;
- COPNC ;
- Syndicat des biologistes ;
- OPUSS-NC ;
- 4 mutuelles (MDF, MDC, MDN, MPL) ;
- MEDEF ;
- SML ;
- Clinique Kuindo-Magnin ;
- DTEFP.

Invités n'ayant pu participer ou envoyer des observations par écrit (13)

- ordre des sages-femmes ;
- ordre des chirurgiens-dentistes ;
- CHT ;
- syndicats représentatifs des salariés (USOENC + USTKE + UT-CFE-CGC + CSTC-FO + CSTNC + COGETRA + Fédé) ;
- syndicats patronaux (CPME, U2P-NC) + FEINC.

Au titre de la commission du CESE :

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

Étaient présents et représentés lors du vote : madame Larissa THONON ainsi que messieurs Jean-Louis d'ANGLEBERMES (*donne procuration à monsieur*

POIROI), André ITREMA (en visioconférence donne procuration à monsieur WORETH), Jean-Louis LAVAL (donne procuration à madame THONON), Gaston POIROI et Lionel WORETH.

Étaient absents lors du vote : messieurs Pierre BOIGUIVIE, Jean-Marc BURETTE, Jean-Pierre KABAR, Richard KALOI et Jean SAUSSAY.