



## **AVIS n°14/2026**

**du 12 juin 2026**

**concernant le projet de délibération relatif aux  
économies du système de santé**

**Présentée par la CSPS<sup>1</sup> :**

**Le vice-président :**

Monsieur Pierre BOIGUIVIE

**Le rapporteur :**

Monsieur Lionel WORETH

**Dossier suivi par :**

Monsieur Eséchiel IHILY, chargé d'études,  
ainsi que madame Giulia RAVIZZONE,  
secrétaire du bureau des études.

---

<sup>1</sup> **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 27 mai 2026 par le président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, d'un projet de délibération relatif aux économies du système de santé, selon la procédure d'urgence.

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<sup>2</sup>.

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°14/2026

### I – PRÉSENTATION DE LA SAISINE

Le présent projet de délibération s'inscrit dans la continuité de 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. Il participe directement à la mise en œuvre des actions consacrées au système de santé, dont l'objectif principal est de sauver le régime unifié d'assurance maladie et maternité (RUAMM) en ramenant son déficit de 9 milliards de francs CFP (estimé pour 2025) à 5,8 milliards d'ici 2028.

Pour rappel, le conseil économique, social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie (CESE-NC) a déjà été saisi, le 25 février 2026, de l'avant-projet de loi du pays fixant le cadre législatif de ces économies de santé. L'institution avait rendu à ce sujet l'avis n°06/2026 du 27 mars 2026. La présente saisine constitue la suite logique et opérationnelle de cette réforme. Ce projet de délibération vient en effet tirer les conséquences et définir les mesures d'application réglementaires des dispositions introduites par le projet de loi du pays relatif aux économies de santé.

Le texte se structure autour de quatre chapitres principaux :

**Chapitre I<sup>er</sup> : modifications de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie.**

| Articles | Description des principales mesures réglementaires                         |
|----------|--|
| Art. 2   | Fixe les conditions de référencement des données de santé et d'utilisation |

<sup>2</sup> Cf. Document annexe.

|             |   |
|-------------|---|
|             | du nouveau <b>numéro calédonien de santé (NCS)</b> .  |
| Art. 3      | Élargit le droit de prescription aux <b>infirmiers en pratique avancée (IPA)</b> , notamment pour des produits ou prestations soumis à prescription médicale obligatoire.   |
| Art. 4 et 5 | Modifie les règles pour les pharmacies (délivrance du conditionnement adapté) et introduit l'obligation de tenir un <b>livret thérapeutique</b> pour les pharmacies à usage intérieur des établissements d'hospitalisation. |

## **Chapitre II : établissements de santé, sociaux et médico-sociaux.**

| <b>Articles</b> | <b>Description des principales mesures réglementaires</b>   |
|-----------------|---|
| Art. 6 à 8      | Abroge la procédure d'autorisation préalable pour la création d'installations ou d'activités de soins. Elle est remplacée par une <b>procédure d'appel à projets</b> lancée par le gouvernement, afin de rationaliser l'offre de soins au regard des besoins de la carte sanitaire. |

## **Chapitre III : dispositions relatives à la prise en charge.**

| <b>Articles</b> | <b>Description des principales mesures réglementaires</b>   |
|-----------------|---|
| Art. 9 et 12    | Clarifie la prise en charge des transports sanitaires non urgents : le médecin doit obligatoirement prescrire <b>le mode de transport le moins onéreux</b> et la prise en charge est étendue au retour à domicile du patient. |
| Art. 15         | Acte l' <b>augmentation du ticket modérateur</b> (la part laissée à la charge de l'assuré) : la participation financière passe notamment de 60% à 70% sur de nombreux actes et honoraires.                                    |

## **Chapitre IV : dispositions diverses, transitoires et finales.**

| <b>Articles</b> | <b>Description des principales mesures réglementaires</b>   |
|-----------------|---|
| Art. 16         | Acte la prolongation du dispositif d'allocation exceptionnelle de <b>maintien dans l'emploi (chômage partiel) jusqu'au 31 décembre 2026</b> .   |
| Art. 17         | Prévoit une mesure transitoire garantissant que les établissements de soins déjà autorisés conservent leur autorisation jusqu'à son expiration. |

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 d'urgence**.

## **II – OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS**

En propos liminaires, l'institution tient à rappeler qu'elle soutient la volonté globale du gouvernement de rationaliser les dépenses de santé et de moderniser le système, face au déficit critique du régime de base. Toutefois, l'analyse croisée du projet de délibération avec les retours des différents acteurs de terrain et les

observations écrites transmises au CESE-NC, met en évidence plusieurs risques d'inapplicabilité technique et de déséquilibres sociaux profonds.

Ainsi, le CESE-NC formule les observations et recommandations suivantes visant à garantir l'efficacité opérationnelle et la viabilité des mesures de ce texte.

**A) Sur la hausse du ticket modérateur et le délai de la mutuelle obligatoire (la « double peine »)**

L'article 15 du projet de délibération acte une augmentation de 10% de la participation de l'assuré (le ticket modérateur) sur de nombreux actes médicaux, abaissant d'autant la prise en charge du régime de base. Cette mesure est d'application immédiate dès la promulgation du texte. Pour compenser cette baisse, l'article 8 de la loi du pays instaure l'obligation pour les employeurs de proposer à leurs salariés une complémentaire santé financée à minima à 50%. Cependant, les dispositions relatives à l'entrée en vigueur de cette obligation patronale prévoient un délai d'application de deux ans après la publication de la loi. De plus, les travailleurs indépendants (patentés) sont totalement exclus de ce filet de sécurité obligatoire.

Le CESE relève un déséquilibre temporel particulièrement inquiétant. En effet, la baisse immédiate des remboursements couplée au délai de tolérance de deux ans pour la mise en place de la mutuelle obligatoire va créer une double pénalisation financière pour les calédoniens. Actuellement, près de 30% des salariés et une partie des travailleurs indépendants ne disposent pas de couverture complémentaire. À ce titre, les représentants des professionnels de santé alertent sur le fait que ce filet de sécurité n'est pas universel, excluant également les très petits employeurs individuels et les publics précaires.

Les professionnels du secteur économique soulignent un transfert de charges supporté intégralement par le secteur privé. De plus, les organismes complémentaires alertent sur l'impossibilité d'absorber les centaines de millions de francs d'économies attendues par le gouvernement sans augmenter mécaniquement leurs cotisations. Ils confirment par ailleurs l'inapplicabilité immédiate de la mesure sur le plan opérationnel : une telle baisse soudaine du régime de base nécessite un délai technique d'au moins six mois pour adapter la complexité de leurs logiciels métiers.

Une mise en application trop rapide expose le système à des hausses de tarifs pour les employeurs et les ménages, et à un renoncement aux soins pour les plus précaires. Afin de s'en prémunir, le CESE-NC estime qu'un report au 1<sup>er</sup> janvier 2027 des mesures impactant les mutuelles est nécessaire, et qu'une révision du dispositif doit être impérativement prévue par la loi si de tels effets de renoncement étaient constatés à l'avenir.

**Recommandation n°01 : Aligner l'entrée en vigueur de l'augmentation du ticket modérateur avec l'application effective de la mutuelle obligatoire, ou reporter ces mesures au 1er janvier 2027.**

**Recommandation n°02 : Introduire une clause d'évaluation obligatoire de l'impact sanitaire et économique de cette hausse à 12 et 24 mois.**

## **B) Sur l'instauration des franchises médicales et de transports**

Les articles Lp. 72 et Lp. 75-1 introduisent le principe d'une franchise appliquée sur chaque boîte de médicaments et sur chaque transport sanitaire terrestre. Le projet de délibération précise que les modalités de perception de cette franchise seront définies dans le cadre des conventions médicales et pharmaceutiques. Toutefois, les montants exacts et les plafonds annuels ne figurent pas dans le texte de la délibération et sont renvoyés à de futurs arrêtés du gouvernement.

L'institution s'inquiète de la faisabilité technique et du coût de gestion d'une telle mesure. Lors des auditions, l'organisme gestionnaire du régime de base a souligné qu'il lui est actuellement impossible sur le plan informatique de gérer une « jauge » ou un plafond annuel en temps réel pour 250 000 assurés. Il estime qu'un tel développement informatique nécessiterait un délai incompressible de deux à trois ans. Cette mesure exigerait une interconnexion complexe avec toutes les pharmacies et tous les ambulanciers du territoire.

De plus, les représentants des professionnels de santé s'opposent fermement à ce que les ambulanciers soient chargés du recouvrement direct de cette franchise, soulignant les risques liés à la manipulation d'espèces et la nécessité de modifier les contrats de travail pour inclure des primes de caisse. Les acteurs mutualistes partagent cette crainte, soulignant l'absence de clarté sur l'organisme chargé du suivi et prévenant que ce mécanisme générera une complexité administrative lourde pour un rendement financier limité.

Par ailleurs, les professionnels de santé insistent sur l'impératif de prévoir des exonérations pour les patients en affection de longue durée (ALD) et ceux relevant de l'aide médicale, afin d'éviter des complications graves liées à un renoncement aux soins.

Pour assurer la faisabilité opérationnelle de cette mesure sans créer de surcharge administrative, le CESE souligne qu'il faut privilégier, à l'instar des modèles européens, une déduction indirecte gérée par l'organisme payeur plutôt qu'une collecte d'argent directe par les professionnels (notamment les ambulanciers).

**Recommandation n°03 : Diligenter une analyse technique avec les organismes payeurs avant la publication des arrêtés et privilégier une déduction indirecte des franchises.**

**Recommandation n°04 : Prévoir des mécanismes d'exonération totale de franchise pour les publics les plus précaires (Aide médicale, ALD).**

## **C) Sur la délivrance trimestrielle des médicaments et l'élargissement des compétences de prescription**

L'article 4 modifie l'article Lp. 4401 en introduisant, en corollaire de la mise en place des franchises, une obligation de délivrance du conditionnement le plus adapté, ouvrant la voie à des délivrances trimestrielles (jusqu'à 3 mois de traitement en une seule fois). Le projet de délibération permet également aux infirmiers en pratique avancée de prescrire certains produits de santé et prestations, soumis ou non à prescription médicale obligatoire, selon une liste fixée par arrêté.

Les représentants du secteur pharmaceutique s'alarment des conséquences de ce changement de rythme de dispensation. Outre les risques d'augmentation du reste à charge immédiat pour les patients atteints de pathologies multiples, cette mesure va impacter directement la trésorerie et le flux d'activité des officines. Le CESE-NC alerte sur le fait que cette baisse d'activité imposée menace la viabilité financière des petites structures isolées en brousse, faisant peser un risque réel de désertification pharmaceutique sur le territoire, et ce, à l'heure où les charges sociales globales des entreprises ont été fortement rehaussées.

**Recommandation n°05 : Mener une étude d'impact ciblée sur les conséquences de la délivrance trimestrielle sur la trésorerie des officines de brousse.**

**Recommandation n°06 : La CESE-NC alerte sur les potentiels gaspillages de la délivrance de médicaments en une seule fois sur une période de trois mois.**

S'agissant des infirmiers en pratique avancée, le CESE salue cette mesure de modernisation qui participe à l'efficacité du parcours de soins et peut générer des économies. Toutefois, l'organe représentatif des praticiens souligne que cet octroi de nouvelles responsabilités médicales nécessite un encadrement strict. L'autorisation de prescription accordée aux infirmiers doit impérativement s'accompagner de la création d'un ordre professionnel dédié en Nouvelle-Calédonie, seule instance habilitée à gérer les éventuelles dérives déontologiques ou plaintes de patients liées à ces actes.

**Recommandation n°07 : Conditionner l'effectivité du pouvoir de prescription des infirmiers en pratique avancée à la création d'un ordre des infirmiers.**

#### **D) Sur le passage à la classification commune des actes médicaux (CCAM)**

L'article 2 modifie l'article Lp. 71 de l'ancien code de la santé publique pour faire évoluer la cotation des actes médicaux vers une nouvelle nomenclature fixée par arrêté (visant le passage de la NGAP à la CCAM hexagonale).

Les représentants des praticiens spécialistes et libéraux soutiennent la modernisation de la nomenclature, essentielle pour le pilotage de l'offre de soins. Néanmoins, ils alertent vivement sur le risque d'une application stricte et sans filtre des tarifs de la CCAM de l'hexagone.

Les médecins craignent que cette dévaluation brutale ne bloque les investissements sanitaires privés et n'aggrave la fuite des spécialistes dans un contexte de pénurie déjà critique.

De son côté, l'organisme payeur rappelle que la CCAM ne remplacera pas totalement l'ancienne nomenclature (qui subsistera pour certains auxiliaires médicaux), l'obligeant à gérer deux systèmes de facturation en parallèle, accroissant la complexité technique. Face à ces risques de blocage, l'institution insiste sur le fait que la bascule vers cette nomenclature ne peut se faire que si des coefficients multiplicateurs adaptés aux réalités économiques locales sont négociés au préalable, couplés à une stricte table de correspondance informatique.

**Recommandation n°08 : Accompagner le déploiement de la CCAM par une stricte table de correspondance et rouvrir les négociations conventionnelles pour définir des tarifs adaptés.**

## **E) Sur la suppression du protocole de soins initiaux (PSI) en longue maladie**

L'article 7 modifie l'article Lp. 79 pour supprimer l'obligation d'établir un « protocole type de soins » pour la prise en charge de la longue maladie, afin de donner plus de marge de manœuvre au contrôle médical pour apprécier les actes devant être pris en charge.

Outre le fait que cette disposition va à l'encontre de la recommandation n°12 formulée dans l'avis n°06/2026 de l'institution, ce point illustre un profond décalage entre les demandes du terrain et la rédaction du texte. L'organisme de gestion a fait part de son incompréhension, précisant qu'il n'avait jamais réclamé la suppression de ce protocole, mais celle des forfaits de coordination associés (CMRF). Les professionnels de santé et le CESE soulignent que remplacer un protocole standardisé par une procédure personnalisée obligatoire pour chaque acte va inévitablement accroître la charge de travail administratif des praticiens et engorger les services du contrôle médical. Une telle mesure, censée générer une économie marginale de 20 millions de francs CFP, risque au contraire de désorganiser le parcours de soins des patients atteints de pathologies lourdes et de coûter plus cher en gestion administrative. L'institution rappelle que le maintien de ce protocole (PSI) est la seule garantie d'une fluidité de prise en charge, et qu'il conviendrait de cibler réglementairement les seuls forfaits de coordination (CMRF) pour générer des économies viables.

**Recommandation n°09 : Revenir sur la suppression du protocole de soins initiaux (PSI) en longue maladie et cibler uniquement les forfaits de coordination (CMRF).**

## **F) Sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)**

L'article 16 impose aux établissements hospitaliers, de santé et médico-sociaux de conclure avec le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) sur cinq ans, afin de piloter leurs orientations stratégiques et générer des économies. Ces contrats prévoient notamment des pénalités financières en cas d'inexécution des engagements, pour une économie globale estimée à 20 millions de francs CFP par an.

Si la démarche de monitoring est pertinente et soutenue par les professionnels de santé comme un outil de pilotage indispensable pour réorganiser les filières de soins, le CESE insiste toutefois pour que ces contrats ne soient pas de simples instruments de compression budgétaire. Elle souligne que les CPOM doivent impérativement inclure des indicateurs liés à la qualité des soins, à l'accès aux soins et aux conditions d'exercice, au-delà des seuls objectifs financiers de rentabilité. Le CESE-NC relève également l'exclusion totale des organismes de protection sociale et des mutuelles de l'élaboration de ces contrats. Le gouvernement est désigné comme signataire unique avec les établissements de santé, écartant de fait les organismes qui financent réellement le système de santé. Une telle suppression des mécanismes de consultation qui risque d'affaiblir le dialogue structurel du système de santé, rendant indispensable la mise en place d'une gouvernance financièrement concertée

de l'offre de soins. Dans cette même logique de transparence, l'institution souligne la nécessité de créer un observatoire des dépenses de santé, permettant un suivi global et partagé de l'évolution des coûts du système de soins calédonien.

**Recommandation n°10 : Intégrer formellement les organismes financeurs du système de santé (régime de base et complémentaires) à l'élaboration, au suivi et à la signature des CPOM.**

**Recommandation n°11 : Intégrer obligatoirement des indicateurs qualitatifs d'évaluation au sein des CPOM.**

**Recommandation n°12 : Créer un observatoire indépendant des dépenses de santé, associant l'ensemble des financeurs et professionnels.**

### **G) Sur la prolongation du chômage partiel (cavalier législatif)**

Au sein du Chapitre IV (dispositions diverses), l'article 16 et l'article 19 viennent modifier la délibération n° 506 pour prolonger le dispositif d'allocation exceptionnelle de maintien dans l'emploi (chômage partiel) de la loi du pays n° 2025-15 jusqu'au 31 décembre 2026. Cette prolongation représente un coût estimé à 585 millions de francs CFP et concerne plus de 1 200 salariés.

Le CESE constate que cette mesure d'urgence, bien qu'indispensable face aux conséquences de la crise économique actuelle, n'a strictement aucun lien juridique, budgétaire ou thématique avec les économies du système de santé. Son intégration dans le présent projet s'apparente à un « cavalier législatif ». De plus, l'insérer dans un texte soumis à de forts débats risque d'en retarder l'adoption, pénalisant ainsi les entreprises dans l'attente urgente de ce soutien. Par conséquent, extraire cette disposition pour la porter dans un texte réglementaire dédié apparaît comme la seule solution pour assurer la rigueur légistique et éviter tout blocage institutionnel.

**Recommandation n°13 : Extraire la disposition relative à la prolongation du chômage partiel pour la porter dans un texte dédié.**

### **H) Sur la création du numéro calédonien de santé (NCS)**

L'article 2 du projet de délibération fixe les conditions d'utilisation du numéro calédonien de santé (NCS) pour l'identification des patients et le partage des données médicales.

Le CESE-NC relève des interrogations légitimes quant à la pertinence de créer un nouvel identifiant alors que près de 98 % de la population dispose déjà d'un numéro CAFAT fonctionnel. Les conseillers alertent également sur l'absence de garanties explicites concernant la souveraineté, l'hébergement et la sécurité des données médicales territoriales, craignant une gestion hors de la Nouvelle-Calédonie. Enfin, les professionnels s'inquiètent des coûts et de la complexité technique liés à l'interopérabilité de ce nouveau numéro avec les dizaines de logiciels métiers existants, notamment dans les hôpitaux. Pour limiter les coûts de déploiement informatique et simplifier la procédure, l'institution estime opportun d'évaluer concrètement l'utilisation du numéro existant, tout en exigeant des garanties réglementaires strictes sur la souveraineté des données.

**Recommandation n°14 : Garantir la souveraineté de l'hébergement des données du NCS et évaluer l'utilisation du numéro CAFAT existant.**

**I) Sur la procédure d'appel à projets pour les établissements de santé**

L'article 6 du projet de délibération remplace la procédure d'autorisation préalable pour la création d'installations de soins par une procédure stricte « d'appel à projets » lancée et pilotée par le gouvernement.

Le CESE, à l'instar des représentants des praticiens, soutient la logique de cette inversion de paradigme. En effet, ce nouveau système d'appels à projets permet à la puissance publique de reprendre la main sur la régulation de l'offre de soins, en évitant la validation de projets dits « clés en main » portés par des investisseurs qui ne correspondraient pas aux besoins réels du système de santé. Toutefois, l'institution se fait l'écho de deux inquiétudes majeures soulevées par les acteurs du secteur. D'une part, les praticiens redoutent que ce système n'introduise une sélection orientée et arbitraire des candidats si les critères ne sont pas strictement définis. D'autre part, les organismes complémentaires alertent sur la suppression des mécanismes de consultation : la volonté de simplification administrative ne doit en aucun cas se traduire par un affaiblissement du dialogue structurel, les professionnels et les financeurs devant continuer à contribuer aux réflexions sur l'avenir de l'offre de soins. Surtout, le CESE relève une incohérence de calendrier : le texte conditionne ces appels à projets au respect de la carte sanitaire, alors même que les travaux de refonte de cette dernière ne devraient aboutir qu'en septembre 2026.

**Recommandation n°15 : Préserver des mécanismes de concertation avec les acteurs de santé, et conditionner le lancement des appels à projets à la finalisation préalable de la nouvelle carte sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.**

### **III- CONCLUSION DE L'AVIS N°14/2026**

En conclusion, les conseillers partagent pleinement l'objectif de redressement financier du système de santé calédonien.

Même si le passage à la CCAM et la création du numéro calédonien de santé sont des mesures visant à plus de modernité, le CESE émet des réserves quant à leur efficacité et leur applicabilité.

De plus, l'institution s'alarme d'un projet de délibération dont la mise en œuvre précipitée et le manque de préparation technique risquent de déstabiliser profondément l'écosystème de santé. Elle alerte tout particulièrement sur le déséquilibre social majeur causé par l'augmentation immédiate du ticket modérateur avant même la généralisation effective des complémentaires santé en entreprise. L'accumulation de ces mesures restrictives, couplée à l'impossibilité technique actuelle de gérer les plafonds de franchise, fait peser un risque réel d'inapplicabilité

sur le terrain et, *in fine*, de renoncement aux soins pour les ménages calédoniens les plus modestes.

Enfin, le CESE-NC déplore que ce texte réglementaire, aux conséquences financières et sociales majeures, soit soumis à son examen en procédure d'urgence. Ce calendrier contraint donne le sentiment de court-circuiter les dynamiques de concertation récemment engagées, notamment les conclusions issues de la récente conférence consacrée au système de santé.

L'institution rappelle ses recommandations :

**Recommandation n°01 :** Aligner l'entrée en vigueur de l'augmentation du ticket modérateur avec l'application effective de la mutuelle obligatoire, ou reporter ces mesures au 1er janvier 2027.

**Recommandation n°02 :** Introduire une clause d'évaluation obligatoire de l'impact sanitaire et économique de cette hausse à 12 et 24 mois.

**Recommandation n°03 :** Diligenter une analyse technique avec les organismes payeurs avant la publication des arrêtés et privilégier une déduction indirecte des franchises.

**Recommandation n°04 :** Prévoir des mécanismes d'exonération totale de franchise pour les publics les plus précaires (Aide médicale, ALD).

**Recommandation n°05 :** Mener une étude d'impact ciblée sur les conséquences de la délivrance trimestrielle sur la trésorerie des officines de brousse.

**Recommandation n°06 :** Le CESE-NC alerte sur les potentiels gaspillages de la délivrance de médicaments en une seule fois sur une période de trois mois.

**Recommandation n°07 :** Conditionner l'effectivité du pouvoir de prescription des infirmiers en pratique avancée à la création d'un ordre des infirmiers.

**Recommandation n°08 :** Accompagner le déploiement de la CCAM par une stricte table de correspondance et rouvrir les négociations conventionnelles pour définir des tarifs adaptés.

**Recommandation n°09 :** Revenir sur la suppression du protocole de soins initiaux (PSI) en longue maladie et cibler uniquement les forfaits de coordination (CMRF).

**Recommandation n°10 :** Intégrer formellement les organismes financeurs du système de santé (régime de base et complémentaires) à l'élaboration, au suivi et à la signature des CPOM.

**Recommandation n°11 :** Intégrer obligatoirement des indicateurs qualitatifs d'évaluation au sein des CPOM.

**Recommandation n°12 :** Créer un observatoire indépendant des dépenses de santé, associant l'ensemble des financeurs et professionnels.

**Recommandation n°13** : Extraire la disposition relative à la prolongation du chômage partiel pour la porter dans un texte dédié.

**Recommandation n°14** : Garantir la souveraineté de l'hébergement des données du NCS et évaluer l'utilisation du numéro CAFAT existant.

**Recommandation n°15** : Préserver des mécanismes de concertation avec les acteurs de santé, et conditionner le lancement des appels à projets à la finalisation préalable de la nouvelle carte sanitaire de la Nouvelle-Calédonie.

L'avis de la commission a été adopté à l'**unanimité** des membres consultés par **29 voix « POUR »** dont 8 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**



Gaston POIROI

**LE PRÉSIDENT**



Jean-Louis d'ANGLEBERMES

## **Annexe : RAPPORT N°14/2026**

- *Nombre de réunions en commission* : 2
- *Adoption en commissions* : 09/06/2026
- *Adoption en bureau* : 11/06/2026

### **Invités auditionnés (7) :**

- **Madame Daria GUIOMARD**, cheffe adjointe du contentieux de la direction des affaires juridiques (DAJ) ;
- **Madame Marie-Laure MESTRE**, directrice des affaires sanitaires et sociales (DASS) accompagnée de **monsieur Sébastien MABON**, directeur adjoint ;
- **Monsieur Laurent TOLMÉ**, directeur des prestations sociales et de la santé par intérim de la CAFAT ;

- **Monsieur Bruno CALANDREAU**, président de l'organe de l'ordre des médecins (CODM-NC) ;
- **Monsieur Walid BOUGAMHA**, membre du bureau du syndicat des médecins libéraux (SML) ;
- **Monsieur Frédéric GARCIN**, fédération des médecins de la clinique Kuindo-Magnin (FMCKM).

### **Observations par écrit (6) :**

- FPLS ;
- Mutuelles : MDF, MDC, MDN, MPL ;
- SPNC.

### **Invités n'ayant pu participer ou envoyer des observations par écrit (3)**

- UNIPHARMA ;
- GPNC ;
- Cosoda NC.

## **Au titre de la commission du CESE :**

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

**Étaient présents et représentés lors du vote :** messieurs Richard KALOI, Joseph AMOLE, André ITREMA, Jean-Louis LAVAL, Gaston POIROI (*en visioconférence donne procuration à monsieur KALOI*), Jean SAUSSAY (*absent donne procuration à monsieur ITREMA*) et Lionel WORETH.

**Étaient absents lors du vote :** madame Larissa THONON ainsi que messieurs Pierre BOIGUIVIE, Jean-Marc BURETTE, Jean-Louis d'ANGLEBERMES et Jean-Pierre KABAR.