



C O N S E I L
E C O N O M I Q U E
S O C I A L E T
E N V I R O N N E M E N T A L
D E L A N O U V E L L E C A L E D O N I E

RAPPORT & PROJET D'AVIS N°31/2018

*La commission de la santé et de la protection
sociale*

*Saisine du gouvernement concernant le projet de
délibération portant application de la délibération n°114
du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien
«Do Kamo, être épanoui» en matière de modèle de
santé*

Présenté par :

La présidente :

Mme Catherine PEYRACHE

Le rapporteur de séance :

M. Jérôme PAOUMUA

Dossier suivi par :

Mmes Jade RETALI, chargée d'études et Véronique NICOLI, secrétaire du bureau des études, CESE-NC.

Adoptés en commission, le 08 octobre 2018,
Adoptés en bureau, le 10 octobre 2018,
Présentés en séance plénière, le 12 octobre 2018.

RAPPORT N°31/2018

Le conseil économique, social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie, conformément à l'article 155 de la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie,

Vu la délibération modifiée n°03/CP du 05 novembre 1999 portant organisation et fonctionnement du conseil économique, social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie,

Vu la délibération n°05-2016 du 28 avril 2016, portant règlement intérieur du conseil économique, social et environnemental de la Nouvelle-Calédonie,

A été saisi par lettre en date du 04 septembre 2018 par le vice-président du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'un *projet de délibération portant application de la délibération n°114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien «Do Kamo, être épanoui» en matière de modèle de santé, selon la **procédure normale**.*

Le bureau de l'institution a confié à la commission de la santé et de la protection sociale le soin d'instruire ce dossier.

Elle s'est réunie pour auditionner les représentants du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, les services et les acteurs concernés par ce sujet, à savoir :

DATES	LES INVITÉS AUDITIONNÉS
10/09/2018	<ul style="list-style-type: none">- Madame Christel CARRAU, collaboratrice au cabinet de monsieur Philippe GERMAIN, président du gouvernement ;- Monsieur Jean-Alain COURSE, directeur des affaires sanitaires et sociales de Nouvelle-Calédonie (DASS-NC) ;- Madame Maider EYHRABIDE, chargée de mission santé à l'école et santé publique et Monsieur Philippe BEDON, chargé de l'économie de la santé et santé publique, représentants le cabinet de madame Valentine EURISOUKE, membre du gouvernement en charge notamment de la santé ;- Madame Diane POUYE, collaboratrice auprès de monsieur Jean-Louis D'ANGLEBERMES, vice-président du gouvernement ;- Monsieur Xavier MARTIN, directeur général de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) ;- Docteur Bruno CALANDREAU, président de l'organe de l'ordre des médecins ;- Docteur Dominique CHAZAL, représentant du syndicat des médecins libéraux (SML) ;- Docteur Olivier MAIZA, représentant de l'union pour la défense de la médecine libérale (UDML) ;- Docteur Christophe DAIRON, membre du bureau du syndicat des chirurgiens-dentistes ;- Monsieur Gérard SARDA, président du comité consultatif d'éthique de Nouvelle-Calédonie (CCENC), accompagné de madame Pascale DONIGUIAN, membre du CCENC.

14/09/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Monsieur Patrice GAUTHIER, secrétaire de la confédération des petites et moyennes entreprises (CPME) et président de la fédération des professionnels de la santé (FPLS), ainsi que mesdames Audrey CADO, chargée d'études et Viviane DAMIENS, membre ; - Monsieur Jean-Louis LAVAL, président de l'union des entreprises de proximité (U2P-NC) ; - Monsieur Alexandre LAFLEUR, président de la commission protection sociale, accompagné de madame Sabrina GIRAUD, chargée de la protection sociale et juriste au mouvement des entreprises de France (MEDEF) ; - Monsieur David MEYER, secrétaire général de la Fédération des fonctionnaires (FSFAOFP) ; - Monsieur Milo POANIEWA, secrétaire général de l'union des syndicats des ouvriers et employés de Nouvelle-Calédonie (USOENC) ; - Monsieur Tony DUPRE, secrétaire général adjoint de la confédération générale des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (COGETRA) ; - Monsieur François WAIA, directeur de l'action sanitaire et sociale (DPASS Sud) de la province Sud ; - Monsieur Jean-Claude ATHEA, directeur des affaires sanitaires et sociales et des problèmes de société (DASSPS PN) de la province Nord.
20/09/2018	<ul style="list-style-type: none"> - Monsieur Pierre WELEPA, coordinateur du plan Do Kamo, accompagné de Monsieur Philippe BEDON, chargé de l'économie de la santé et santé publique, et Madame Laurence BERTHOU, chargée de mission DO KAMO ; - Monsieur Bruno SALVAI, chargé du sport santé social à la direction de la jeunesse et des sports (DJS-NC) ; - Docteur Catherine LEHMANN, médecin-conseiller technique du vice-recteur, cellule de promotion de la santé en milieu scolaire, et monsieur Philippe LEFEVRE, inspecteur de l'éducation nationale, faisant fonction de responsable du pôle pédagogique au vice-rectorat –direction générale des enseignements (DGE) ; - Madame Cristel CARRAU, collaboratrice du président du gouvernement, accompagnée de monsieur Sébastien LEMOINE, coordonnateur du plan territorial de sécurité et de prévention de la délinquance (PTSPD) ; - Monsieur Dominique CHEVEAU, directeur général du centre hospitalier territorial (CHT) de Nouvelle-Calédonie ; - Monsieur Philippe PALOMBO, directeur du centre hospitalier spécialisé (CHS) Albert BOUSQUET ; - Madame Luce LORENZIN, présidente d'UFC QUE CHOISIR ; - Madame Sandrine CAMUZEAU, coordonnatrice du réseau périnatal "Naître en NC".
27/09/2018	Synthèse
08/10/2018	Réunion d'examen & d'approbation en commission

Ont été sollicités et produit des observations écrites :

- l'agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie (ASS-NC) ;
- le conseil de l'ordre des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie (COPNC) ;
- l'Institut Pasteur ;
- l'Institut de recherche et de développement (IRD) ;
- le syndicat des infirmiers à domicile (SIAD) ;
- l'association « action biosphère » ;
- l'union territoriale-CFE-CGC.

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

Par ailleurs, ont également été sollicités et n'ont pas fourni de réponse :

- le sénat coutumier ;
- la province des îles Loyauté ;
- l'université de Nouvelle-Calédonie (UNC) ;
- le centre hospitalier du Nord (CHN) ;
- la clinique île Nou-Magnin ;
- l'USTKE ;
- la CSTC FO-NC ;
- la CNTP ;
- la mutuelle du commerce ;
- la mutuelle des fonctionnaires ;
- la mutuelle des patentés et libéraux ;
- la mutuelle du nickel ;
- l'association de qualité de vie des patients ;
- la société calédonienne de santé publique ;
- l'association « ensemble pour la planète » (EPLP) ;
- le schéma de santé mentale ;
- le GIP handicap et dépendance ;
- le plan « Bien vieillir en NC ».

10/10/2018	BUREAU
12/10/2018	SÉANCE PLÉNIÈRE
7	33

Conformément à l'article 22-4° de la loi organique modifiée n°99-209 du 19 mars 1999, la Nouvelle-Calédonie est compétente notamment en matière de « protection sociale, hygiène publique et santé ».

C'est dans ce contexte juridique que s'inscrit l'examen de ce projet de délibération.

I – PRÉSENTATION DE LA SAISINE

La délibération n°114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! » concernant l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé a entériné le cadre de la réforme globale de la santé publique au sens large (prévention, soins, protection sociale...). Elle s'est accompagnée de multiples ateliers, qui ont permis de faire remonter des solutions concrètes à mettre en œuvre, ainsi que de rapports d'experts.

Dans un premier temps, une délibération-cadre a récemment été adoptée¹ afin d'organiser, de prévoir la gouvernance, de piloter et de réguler le système de protection sociale et de santé. Celle-ci a fait l'objet d'un avis du CESE-NC².

Dans un second temps, un plan d'actions pour la mise en œuvre du « plan Do Kamo » est proposé en annexe du projet de délibération étudié ici et s'étale de 2018 à 2028. Il entre davantage dans le détail et couvre un spectre beaucoup plus large que le précédent texte, au travers de trois axes principaux :

- I- CONSTRUIRE LE NOUVEAU MODÈLE ÉCONOMIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ CALÉDONIEN**
- II- CONSTRUIRE UNE NOUVELLE GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ CALÉDONIEN**
- III- ASSURER UNE OFFRE DE SANTÉ EFFICIENTE GRÂCE À UNE OFFRE DE PRÉVENTION RENFORCÉE ET COORDONNÉE AVEC L'OFFRE DE SOIN**

Chaque axe se compose d'objectifs stratégiques :

1. Mettre en place des mesures pour répondre à l'urgence économique.
2. Mettre en place des mesures structurantes pour pérenniser les financements du système de santé et rééquilibrer les moyens alloués entre la prévention, le soin et la protection sociale.
3. Innover par la création d'une gouvernance coordonnée et participative du système de santé incluant l'offre de prévention et l'offre de soin.

¹ Délibération-cadre n°345 du 29 août 2018 relative à l'application de la délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! »

² Rapport et avis n°21/2018 du 17 août 2018

4. Mettre en place de nouveaux outils au service de la gouvernance du système de santé calédonien.

5. Définir les problématiques prioritaires de santé publique dans la perspective d'une planification multisectorielle modernisée.

6. Agir sur les déterminants de santé et accompagner les Calédoniens, acteurs de la préservation de leur capital santé.

7. Privilégier le développement de l'offre de soin de proximité et les alternatives à l'hospitalisation complète.

Ceux-ci sont déclinés en objectifs opérationnels (22), eux-mêmes détaillés en actions (86) étudiées ci-après, et couvrent des domaines très divers, s'appuyant sur une transversalité qui permet d'entériner la vision holistique de 2016.

Tel est l'objet de la présente saisine soumise à l'avis du CESE-NC **selon la procédure normale**.

II – OBSERVATIONS ET PROPOSITIONS DE LA COMMISSION

La commission s'est attachée à examiner le projet de délibération, ainsi que le plan annexé action par action, émettant les observations et les propositions suivantes.

A- Propos liminaires

Avant tout, la commission salue le travail effectué, très long (débuté en 2012 par les Assises de la santé), mais également nécessaire et urgent.

Elle apprécie l'ampleur du plan d'actions, en cela qu'il touche à de nombreux domaines, et félicite la coordination efficace entre les secteurs du gouvernement qui semble avoir présidé.

De plus, elle estime que ce document prend en compte la santé au niveau pays, en cherchant à mettre en place une stratégie territoriale, et les spécificités calédoniennes, deux éléments qui manquaient cruellement jusqu'ici.

Elle apprécie particulièrement l'aspect innovant de ce large plan d'action (périnatalité, sport-santé...), ainsi que la volonté affirmée de mise en place d'une démocratie sanitaire et de prise en compte des usagers.

Toutefois, elle s'étonne que toutes les mesures présentées ne soient pas budgétées et s'inquiète que cela bloque, à terme, tout ou partie du projet, risquant de subir des arbitrages futurs susceptibles de nuire à sa cohérence.

Elle aurait également souhaité, comme nombre des personnes qu'elle a entendues, disposer en introduction de l'état des lieux chiffré ayant entraîné la rédaction des actions afin de mieux en comprendre les enjeux.

B- Sur le plan d'actions

Objectif opérationnel n°1 : Mettre en place des mesures de sécurisation de la trésorerie du RUAMM

- Action n°1 : Renforcer les méthodes de gestion et de recouvrement de cotisations.
- Action n°2 : Poser le principe d'une compensation intégrale de toutes les mesures conduisant à alléger, voire à supprimer totalement ou partiellement, le versement de cotisations sociales.

Suite à son avis n°22/2018³ rendu à ce sujet, la commission s'interroge sur le calendrier de l'adoption de l'avant-projet de loi du pays portant principe de compensation des pertes. En effet, la délibération n°346⁴ dispose en son préambule, au point 1, « qu'il convient de poser règlementairement le principe et les modalités de compensation des pertes de cotisations permettant d'assurer la neutralité pour les régimes de sécurité sociale des politiques publiques de soutien à l'emploi. Le gouvernement s'engage à proposer au congrès un projet de loi de pays lors de la prochaine session budgétaire pour une application à compter du 1er janvier 2019 ». Or, dans le présent plan d'actions Do Kamo il est fait mention de l'année 2020. Quid des compensations pour l'année 2019, qui ne semblent pas bénéficier d'un cadre règlementaire ? Il serait gravement préjudiciable pour les finances de la caisse de ne pas avoir d'engagement de la Nouvelle-Calédonie pour l'année 2019 concernant ces compensations. Sur le long terme, ce principe d'exonération suivie (ou pas) de compensations, paraît peu viable.

Recommandation n°01 : arrêter les exonérations dès lors que la Nouvelle-Calédonie n'est pas certaine de pouvoir les compenser et chercher des financements pérennes.

- Action n°3 : Mettre en place l'unicité de gestion de la trésorerie de la CAFAT sans modifier l'étanchéité des régimes.

D'après les acteurs auditionnés, ce principe d'étanchéité des régimes ne semble pas suffisamment garanti dans les projets de loi du pays et de délibération actuels et doivent être complétés.

Dans cette action, la commission s'interroge sur le sens de la phrase : « Faire une gestion commune de la trésorerie des différentes branches et régimes de la CAFAT en assurant le respect de l'étanchéité des régimes, afin de lisser les ruptures de trésorerie du RUAMM dans l'attente de la modification du statut de la CAFAT ». Signifie-t-elle que, lorsque le statut de la CAFAT sera modifié, l'étanchéité ne devra plus être respectée ?

Recommandation n°02 : entériner le principe d'étanchéité des régimes et procéder à une véritable concertation sur ce point.

³ Rapport et avis n°22/2018 du 17 août 2018 concernant le projet de délibération portant approbation du projet de convention entre le gouvernement, l'agence sanitaire et sociale (ASSNC) et la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) et habilitation du président à le signer

⁴ du 29 août 2018 approuvant la convention financière entre l'ASS-NC, la CAFAT et le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie

- Action n°4 : Verser une subvention d'équilibre exceptionnelle au RUAMM par l'ASS-NC en 2018.

Objectif opérationnel n°2 : Réduire les dépenses de santé

- Action n°5 : Réduire les dépenses liées aux EVASAN.
 - o 5-1 Réaliser une analyse médico-économique de la filière hospitalière australienne et lancer un appel d'offre international pour la réalisation de soins dans la région Pacifique.
 - o 5-2 Développer l'offre médico-technique par la mise en œuvre de missions chirurgicales (chirurgie cardiaque, chirurgie réparatrice, greffe rénale) en Nouvelle-Calédonie, en s'appuyant sur des études médico-économiques.
 - o 5-3 Rationaliser les dépenses liées aux frais d'hébergement des patients « évasanés » et réglementer les critères définissant le statut d'accompagnant familial.
 - o 5-4 S'assurer que le coût des soins hospitaliers réalisés en France métropolitaine pour les Calédoniens est identique au coût mis à la charge des caisses de sécurité sociale pour les résidents français.
 - o 5-5 Réduire les dépenses liées aux soins réalisés hors de Nouvelle-Calédonie, hors EVASAN et à l'exception des soins inopinés et urgents.

Cette mesure part du principe que les soins hospitaliers réalisés hors Nouvelle-Calédonie seraient plus coûteux que les mêmes soins pratiqués localement. En réalité, le coût des opérations concernées, en métropole, est généralement inférieur à celui des opérations réalisées en Nouvelle-Calédonie dans le secteur hospitalier public ou privé, compte tenu des écarts de rémunération des actes à la CCAM. A titre d'exemples, une opération de la cataracte BFGA002 coûte 112 euros (environ 13 400 F. CFP) en métropole, contre 66 300 F. CFP en Nouvelle-Calédonie, soit 5 fois plus cher, et une chirurgie d'une hernie discale cervicale LEFA001 coûte 403 euros (environ 48 000 F. CFP) en métropole, contre 153 000 F. CFP en Nouvelle-Calédonie, soit 3 fois plus cher.

En outre, limiter l'accès à ces soins est susceptible de constituer une perte de chance pour l'ensemble des assurés calédoniens. Cette mesure impacte la notion de libre choix du patient qui doit demeurer un droit inaliénable.

Enfin, cette proposition pose une difficulté au regard des accords de coordination entre la Sécurité sociale et la CAFAT (qui posent les termes d'une prise en charge réciproque des soins).

Recommandation n°03 : ne pas restreindre l'accès aux soins en métropole qui s'avèrent souvent moins coûteux et doivent rester un droit pour les patients.

- Action n°6 : Actualiser la réglementation liée au remboursement de l'usage de transports sanitaires terrestres en Nouvelle-Calédonie.

Les conseillers attirent l'attention sur le fait que cette actualisation ne doit pas nuire aux populations les plus vulnérables.

Recommandation n° 04 : veiller à ce que la nouvelle réglementation ne soit pas un frein à l'accès aux soins des plus démunis.

- Action n°7 : Réviser la tarification de la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).
- Action n°8 : Créer une liste des médicaments remboursables spécifique à la Nouvelle-Calédonie.

Les efforts de réduction des dépenses de santé devant être supportés par l'ensemble des acteurs, la révision de la tarification des produits et prestations remboursables doit être réalisée en tenant compte des remarques émises par les professionnels de santé dont l'expertise est indispensable. Il en va de même concernant la création d'une liste des médicaments remboursables spécifique à la Nouvelle-Calédonie.

Recommandation n°05 : pour les actions 7 et 8, assurer la concertation des professionnels.

- Action n°9 : Créer une participation forfaitaire de 100 FCFP par boîte de médicaments remboursables délivrés, y compris en longue maladie, hors médicaments coûteux.

Le forfait à 100 F. CFP sur les boîtes de médicament ne paraît pas faire consensus auprès des acteurs, en cela qu'il risque d'être pénalisant et de limiter l'accès aux soins des plus nécessiteux. En outre, il ne résout en rien le problème du gaspillage et, de ce fait, du recyclage des médicaments.

Recommandation n°06 : préférer un conditionnement adapté, comme en Australie, et limiter les prescriptions.

- Action n°10 : Supprimer la cotation Z5, supplément pour numérisation, qui n'a plus lieu d'être compte tenu des matériels utilisés aujourd'hui en radiologie.

Objectif opérationnel n°3 : Maîtriser les dépenses de santé

- Action n°11 : Réformer le contrôle médical unifié (CMU) pour l'ensemble des organismes de protection sociale de la Nouvelle-Calédonie
 - o 11-1 Le contrôle médical viendra en appui de l'A.I.R. pour l'analyse sur le plan médical de l'activité des établissements de santé, de leur contrôle et de leur évaluation.
 - o 11-2 Modifier le programme annuel calédonien de contrôles mis en œuvre par le CMU.
 - o 11-3 Inciter la Caisse de protection sociale à se doter d'un système d'information dédié et performant permettant le suivi, le pilotage et la gestion des activités du contrôle médical unifié.
- Action n°12 : Créer un dossier personnel pharmaceutique.
- Action n°13 : Mettre à disposition des patients leur compte-rendu d'hospitalisation dans les délais réglementaires.

La grande majorité des personnes auditionnées s'accorde sur cette réforme du CMU, très attendue, aussi la commission y est-elle tout à fait favorable. De même, la création d'un dossier personnel pharmaceutique et la mise à disposition des comptes-rendus d'hospitalisation plus rapidement sont de nature à assurer un meilleur suivi des patients et, de ce fait, des économies non négligeables. La commission souligne également la transparence accrue qui en découlera.

Objectif opérationnel n°4 : Déterminer une enveloppe annuelle de financement du système de santé (prévention, soin et protection sociale), et son objectif d'évolution

- Action n°14 : Créer un Objectif Calédonien d'évolution des Dépenses de Santé et de protection sociale (OCDS).

Les acteurs entendus soutiennent à la quasi-unanimité la mise en place de cet OCDS, de même que les commissaires.

Néanmoins, la commission souhaiterait que soient mises en place des solutions pour pérenniser les montants de chaque enveloppe, notamment celui allant à la prévention qui risquerait d'être jugée moins prioritaire en cas d'urgence.

Recommandation n°07 : fixer un pourcentage alloué à chaque enveloppe.

En outre, si la volonté de mettre en place, pour les dépenses de prévention, un financement dédié et une affectation transparente des dépenses est clairement énoncée, il est impératif que ces principes soient également appliqués aux dépenses d'assurance maladie et aux dépenses de protection sociale.

Recommandation n°08 : appliquer les mêmes principes aux 3 domaines.

o 14-1 Déterminer une enveloppe des dépenses de prévention et son objectif d'évolution des dépenses.

o 14-2 Déterminer un Objectif Calédonien d'Évolution des dépenses d'Assurance Maladie (OCEAM).

La commission s'interroge sur la définition des critères de cet OCEAM: correspondra-t-il à la somme que les membres du congrès accepteront d'allouer au système de santé en fonction de critères économiques et financiers (maîtrise comptable) ou à la somme nécessaire pour répondre aux besoins de santé de la population, évalués au moyen d'études médico-économiques (maîtrise médicalisée) ? Il est important qu'une clarification soit opérée car, si c'est une forme de maîtrise comptable qui est retenue, les professionnels de santé n'accepteront pas d'assumer la responsabilité du rationnement des soins, qui devra revenir aux décideurs politiques.

Recommandation n°09 : clarifier les critères de définition de l'OCEAM.

Par ailleurs, cet objectif se décline en plusieurs sous-enveloppes. Certains professionnels sont favorables à ce que l'hospitalisation, qu'elle relève du secteur public ou du secteur privé, corresponde à une seule enveloppe afin d'aller dans le sens d'un décloisonnement. Cela permettrait d'éviter des redondances et de favoriser la collaboration et la complémentarité. Il est regrettable qu'il n'en aille pas de même pour le secteur ambulatoire : distinction de l'enveloppe soins de ville et de l'enveloppe centre médico-sociaux et dispensaires.

o 14-3 Déterminer une enveloppe des dépenses de protection sociale et son objectif d'évolution.

La définition retenue ici de la « protection sociale » ne fait pas consensus, notamment parmi les partenaires sociaux : le régime chômage n'y est pas mentionné et le FSH, qui est pourtant financé par une cotisation patronale, devrait également être exclu de l'enveloppe protection sociale.

Recommandation n°10 : ajouter dans cette définition le régime chômage et en exclure le FSH.

Objectif opérationnel n°5 : Identifier des recettes supplémentaires sur des dispositifs existants

- Action n°15 : Compenser les nouveaux besoins de financement de la protection sociale par l'augmentation du taux de référence de la Contribution Calédonienne de Solidarité (CCS).

La commission note l'absence de cohérence entre cette action et la position récente prise par la commission plénière du congrès, qui a décidé à l'unanimité de ne pas augmenter cette contribution. Si une telle augmentation devait tout de même intervenir, elle devrait être fléchée règlementairement vers le RUAMM.

Recommandation n°11 : affecter le produit de l'augmentation de la CCS au RUAMM.

- Action n°16 : Diminuer le coût du travail en allégeant les cotisations sociales de 1% par an pendant 5 ans, en les compensant par une augmentation correspondante et progressive de la CCS.

Objectif opérationnel n°6 : Identifier des recettes nouvelles

- Action n°17 : Affecter une fraction de la Taxe Générale à la Consommation (TGC) au RUAMM.

L'affectation d'une fraction de la TGC au RUAMM apparaît comme une nécessité sachant que cette dernière remplace la TSS dont les recettes sont reversées en grande partie à la CAFAT à ce jour. Il est indiqué que ce pourcentage sera affecté au RUAMM pour prendre en compte les besoins de financement de la protection sociale et de la prévention mais qu'en est-il des besoins en financement de la partie soins, et de quel pourcentage s'agirait-il ? De plus, le financement de la protection sociale, tel que mentionné, ne concerne pas le RUAMM. De manière générale, la commission déplore un manque de lisibilité sur cette mesure.

- Action n°18 : Créer une taxe sur les boissons contenant des sucres ajoutés ou des édulcorants de synthèse en transformant la TAT3S (taxes sur l'alcool et le tabac, en faveur du système sanitaire et social) en TAT4S (taxes sur l'alcool, le tabac et les boissons sucrées, en faveur du système sanitaire et social).

La commission estime que la recette de ces taxes devra être fléchée impérativement vers le financement des dépenses de santé et de prévention des pathologies liées à la surconsommation de sucre, de tabac et d'alcool.

Recommandation n°12 : flécher les recettes de la TAT4S vers la prévention et les soins liés à la consommation des produits taxés.

- Action n°19 : Baisser le taux de remboursement du « petit risque »

L'argument avancé d'équité entre ressortissants de l'aide médicale (qui bénéficient d'une mesure de solidarité sociale ouverte sous conditions de ressources et hors cotisation) et les cotisants à la CAFAT (qui eux bénéficient d'une couverture assurancielle contre cotisation) apparaît comme contestable.

Certains professionnels de santé ont attiré l'attention de la commission sur le fait que ce ticket modérateur de 10 % sur les bénéficiaires de l'aide médicale implique un renoncement aux soins qu'ils constatent tous les jours. Ainsi, avant toute accentuation de cette mesure, il conviendrait de mesurer ce taux de renoncement et les conséquences sanitaires et financières que cela peut impliquer.

Recommandation n°13 : mesurer le rapport bénéfice/risque pour la collectivité.

La commission se retrouve en revanche davantage dans la notion de plafonnement du reste à charge, proportionnel au revenu des Calédoniens, mesure qui lui paraît socialement plus équitable.

Objectif opérationnel n°7 : Mettre en place une gouvernance coordonnée de l'offre de prévention et de l'offre de soin

Concernant l'ensemble de cet objectif, il semble que l'amendement à la délibération-cadre adopté par le congrès ne soit pas repris dans le présent plan d'action, alors que les partenaires sociaux y sont particulièrement attachés.

Recommandation n°14 : reprendre et adapter la formulation suivante : « Pour chacun des [11] volets de cette réforme, les projets de texte concernés seront discutés et négociés, y compris dans leur fondement, avec les partenaires sociaux.⁵ »

• **Action n°20 : Créer une Autorité Indépendante de Régulation (A.I.R.) du système de santé calédonien.**

La commission regrette que l'AIR, qui détient à la fois le rôle d'allocation de ressources, de tarification des actes, et d'alerte en cas de dépassement des dépenses, puisse être considérée comme juge et partie.

Recommandation n°15 : éviter une trop grande concentration des pouvoirs entre les mains de cette autorité.

De même, la nomination du directeur de la caisse de protection sociale, dont le champ des missions dépasse largement les questions de santé, doit à son sens demeurer du ressort de son conseil d'administration (C.A), d'autant plus que la délibération cadre prévoit de constituer un collège étendu qui intégrera, outre les membres actuels, des représentants de la société civile et des élus politiques.

Recommandation n°16 : conserver la nomination du directeur de la caisse dans les prérogatives de son C.A.

⁵ Délibération-cadre n° 345 du 29 août 2018 relative à l'application de la délibération n° 114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! » en matière d'organisation, de gouvernance, de pilotage et de régulation du système de protection sociale et de santé

Enfin, la notion d'indépendance de cette autorité apparaît mise à mal dès avant sa création étant donné que le gouvernement lui spécifie déjà les mesures qu'elle sera chargée de mettre en œuvre (liste non exhaustive en annexe 1 du plan).

Recommandation n°17 : laisser le champ libre à l'AIR, notamment pour sa mission de négociation et de concertation avec les acteurs.

• Action n°21 : Redéfinir les missions de la DASS-NC en vue d'une organisation coordonnée des programmes de prévention et de santé publique.

Bien que la commission soit d'accord avec une meilleure coordination des programmes de prévention et de santé, notre institution ayant à de multiples reprises réaffirmé son soutien à la prévention (dans le cadre de la délinquance, par exemple), elle se demande si la DASS peut être un acteur suffisamment opérationnel pour assurer efficacement cette mission sur le terrain.

Par ailleurs, elle se questionne sur l'articulation de cette mission avec celles de l'AIR, censée garantir la mise en œuvre des politiques publiques de santé.

• Action n°22 : Transformer les statuts de la CAFAT en Etablissement Public Administratif (EPA).

Les commissaires s'interrogent sur la justification avancée pour transformer la CAFAT en EPA, étant donné que les textes, en l'état, permettent d'affecter directement à la caisse des recettes fiscales. En substance, l'article 22 de la loi organique n° 99-209 du 19 mars 1999 dispose que « La Nouvelle-Calédonie est compétente dans les matières suivantes :

1° Impôts, droits et taxes perçus au bénéfice de la Nouvelle-Calédonie ; création ou affectation d'impôts et taxes au profit de fonds destinés à des collectivités territoriales, d'établissements publics ou d'organismes chargés d'une mission de service public ; création d'impôts, droits et taxes au bénéfice des provinces, des communes, des établissements publics de coopération intercommunale ». Ainsi que le faisait déjà remarquer le CESE dans son avis n°21/2018⁶, la modification du statut de la CAFAT ne semble donc pas se justifier sur ce seul argument.

La commission souhaite en outre savoir si une évaluation des coûts de ce changement a été effectuée car elle s'inquiète de ce que cela revienne au final plus cher à la collectivité.

Recommandation n°18 : préciser quels avantages ressortiront réellement de cette transformation de la CAFAT en EPA.

S'agissant de la composition du conseil d'administration de ce nouvel établissement, la participation des élus au C.A est justifiée, dans la délibération cadre, par le fait que le financement du RUAMM est assuré à 23 % par des taxes et impôts, et qu'ainsi il apparaîtrait équitable que le quart des représentants du C.A soit des représentants du peuple calédonien (élus du gouvernement et du congrès).

⁶ Idem

Or, en 2017, et malgré une contribution exceptionnelle de la Nouvelle-Calédonie, la part des subventions fiscales dans le financement du RUAMM s'élève à 13,8 %. (Cotisations : 64,9 milliards de F. CFP, produits techniques : 508 millions de F. CFP, contributions publiques : 10 milliards de F. CFP)⁷. L'argument n'est donc guère convaincant.

En outre, étant donné les missions de la caisse et au vu de la volonté de démocratie accrue du plan, la commission préconise quelques ajouts.

Recommandation n°19 : adjoindre au C.A les représentants des personnes en situation de handicap (dans le cadre du FSH), ceux des usagers et des patients, ainsi que ceux des professionnels de santé.

Objectif opérationnel n°8 : Structurer le Code de Santé Publique calédonien

- Action n°23 : Rédiger le préambule du Code de Santé Publique calédonien.
- Action n°24 : Définir une architecture du Code de Santé Publique calédonien.
- Action n°25 : Actualiser la IVème partie du Code de Santé Publique : professions de santé - Organisation des professions médicales et des professions paramédicales.

La commission se prononce en faveur de la promotion de l'utilisation des plantes calédoniennes et des tradipraticiens. Elle craint cependant qu'une réglementation trop stricte empêche son développement, à l'instar de l'herboristerie en métropole.

Objectif opérationnel n°9 : Promouvoir la prise en compte de la santé par l'ensemble des « secteurs » du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, dont la coopération internationale

- Action n°26 : Nommer un référent au sein du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie en charge d'assurer la coordination multisectorielle en santé publique.

Si la commission reconnaît que la transversalité interne est très importante, elle estime qu'il revient au membre du gouvernement et à la collégialité de la porter plutôt qu'à un énième coordinateur.

Recommandation n°20 : assurer la transversalité sans référent supplémentaire.

- Action n°27 : Renforcer la participation de la Nouvelle-Calédonie à la coopération au sein de la région Pacifique en matière de santé publique.
- Action n°28 : Développer la coopération internationale en matière de santé publique.

Objectif opérationnel n°10 : Créer les conditions de développement d'une démocratie sanitaire.

- Action n°29 : Associer systématiquement les autorités coutumières et religieuses dans les actions de promotion de la santé.

Compte tenu du rôle primordial des mamans dans la promotion de la santé, les conseillers souhaitent qu'elles soient également associées.

Recommandation n°21 : ajouter les associations de femmes.

⁷ Chiffres CAFAT (arrondis)

- Action n°30 : Soutenir techniquement et financièrement les associations qui s'impliquent dans la promotion de la santé, en tant qu'acteurs incontournables de la démocratie sanitaire.

La commission se félicite de cet engagement, que le CESE-NC demande souvent pour les associations œuvrant dans divers domaines fondamentaux. En effet, le tissu associatif calédonien est mis à mal par les restrictions budgétaires alors qu'il est capital de le conserver, tant pour le lien social que pour les missions de quasi-service public rendues.

- Action n°31 : Créer des conférences de santé provinciales et une conférence de santé Pays, triannuelles.

La commission fait remarquer que les principales avancées, depuis le début des Assises de la santé, ont été obtenues dans le cadre d'une démarche pays n'ayant exclu aucun intervenant. Elle souhaite que soit préservé le processus des Assises, sans revenir au cloisonnement provincial que le dispositif ci-dessus semble rétablir, ce qui semble possible dans un territoire de moins de 300 000 habitants.

Recommandation n°22 : conserver une démocratie participative à l'échelon pays.

- Action n°32 : Identifier et réunir, par bassin de vie, les leaders positifs en capacité de mettre en place des actions de promotion de la santé et d'être des référents pour participer aux conférences de santé provinciales et Pays, triannuelles.
- Action n°33 : Créer une plateforme numérique d'information et d'orientation permettant à chacun de connaître les enjeux de santé, les bonnes pratiques, d'évaluer son mode de vie (sédentarité, inactivité, nutrition, addictions, sommeil, etc.) et d'identifier les ressources de son bassin de vie.
- Action n°34 : Repositionner et valoriser le rôle du Comité d'éthique de Nouvelle-Calédonie.

Objectif opérationnel n°11 : Créer un dispositif d'observation de l'état de santé des calédoniens et les outils indispensables à son fonctionnement.

Sur les objectifs opérationnels 11 et 12, il est important que le gouvernement s'assure d'accompagner la CAFAT et présente un budget prévisionnel de toutes ces mesures car l'ensemble de ces actions nécessitera, entre autres, des développements informatiques considérables.

- Action n°35 : Créer le Numéro Calédonien de Santé (NCS).
- Action n°36 : Créer l'Observatoire de la Santé des calédoniens (dont indicateurs de santé, veille médico-sociale, prévention, médecine prospective, etc.).

Bien que très favorable à la création du NCS et de l'observatoire de la santé, qui permettront un pilotage précis et une transparence accrue, la commission appelle à la prudence quant au recueil et à l'utilisation des données personnelles. Elle souhaite que cela soit fait dans le respect à la fois des principes de la CNIL, des nouvelles normes européennes⁸, et des critères d'éthique, en incluant le CCENC.

⁸ Règlement n° 2016/679, dit RGPD (règlement général sur la protection des données)

- Action n°37 : Créer la Classification Calédonienne des Actes Médicaux (CCAM).
- Action n°38 : Généraliser le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).
- Action n°39 : Créer le Dossier Médical Partagé informatisé (DMP).

L'ensemble de cet objectif va dans le sens de la simplification administrative que le CESE appelle de ses vœux⁹ et participera d'un meilleur suivi des patients et des politiques de santé en général.

Objectif opérationnel n°12 : Créer un système de régulation pour assurer le respect des objectifs d'évolution des enveloppes

- Action n°40 : Mettre en place des mesures de régulation des enveloppes en modulant le remboursement sur une valeur dégressive, et par le mécanisme des lettres clés « flottantes ».
 - o 40-1 Mettre en place des mesures de régulation des enveloppes en remboursant sur une valeur dégressive.
 - o 40-2 Mettre en place des mesures de régulation des enveloppes par le mécanisme des lettres clés « flottantes ».

Ainsi que l'ont fait remarquer plusieurs invités, ce mécanisme avait été adopté en métropole en 2000 mais la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale le considérait comme un « mécanisme pervers »¹⁰, refusant notamment la remise en cause du système conventionnel institué en 1971. En remplacement de cette disposition, des mesures prévoyant d'abord l'organisation collective des moyens de la régulation médicalisée des dépenses ont été mises en place, en inscrivant dans la loi que l'annexe annuelle à la convention met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés. Les médecins peuvent donc, en cas de dépassement de l'objectif, amender leur pratique au regard d'objectifs individuels d'activité. Il semble dès lors inutile de reproduire ici un mécanisme qui s'est avéré être un échec en métropole.

En outre, les actions 40 et 41 risquent de provoquer un fort rejet de la part des professionnels – qui n'ont semble-t-il pas été concertés sur ces deux points fondamentaux – pourtant favorables à Do Kamo jusqu'ici.

Recommandation n°23 : préférer un objectif de dépenses fixées annuellement de façon collective (public/privé) et la mise en place de contrats d'objectifs et de moyens.

- Action n°41 : Mettre en place des mesures de régulation d'activité des professionnels de santé par le « Protocole de Koutio ».

Si cette mesure était appliquée, les professionnels de santé dépassant un certain quota devraient racheter des crédits supplémentaires à l'organisme de protection sociale, ou à d'autres professionnels de santé n'ayant pas utilisé la totalité de leurs crédits.

⁹ Vœu n°02/2018 du 28 septembre 2018 concernant la simplification administrative (pour les professionnels)

¹⁰ Rapport n° 67 (2000-2001) de M. Charles DESCOURS, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 8 novembre 2000

Il y aurait une forme de bourse aux crédits d'activité, entre les professionnels qui travaillent beaucoup par engagement professionnel ou parce qu'ils sont très demandés, et ceux qui travaillent peu par choix ou faute de satisfaction de leur patientèle. Ce système apparaît donc relativement pervers et son articulation avec les actions 40-1 et 40-2 n'est pas claire.

De même, ces mesures vont dans le sens de la limitation de l'activité des professionnels de santé, alors qu'il est affirmé par ailleurs que de nombreux cabinets médicaux sont fermés à partir de 16h30, contraignant les patients à se rendre aux urgences (ce qui motive l'action 78 visant à contraindre les horaires d'ouverture des cabinets médicaux). Ainsi, il faudrait à la fois que les professionnels de santé travaillent moins pour ne pas dépasser leur enveloppe ou leur quota, et qu'ils travaillent plus pour désengorger les urgences.

Recommandation n°24 : trouver un autre système de régulation, au risque de nuire à la qualité des soins.

• Action n°42 : Appliquer un ticket modérateur sur les consultations des patients en longue maladie, assurés par la CAFAT.

La commission rejoint la nécessité de responsabiliser les patients mais, comme le précise le descriptif de l'action, ce ticket modérateur ne doit pas « entraîner un non recours aux soins ». Afin de s'en assurer, une évaluation de ce risque de renoncement au sein de la population des aides médicales gratuites serait utile. En effet, l'expérience de terrain remontée par les professionnels de santé semble démontrer le contraire, leur laissant l'alternative, soit ne pas percevoir les 10 % demandés au patient, soit de le renvoyer. Au-delà de l'économie directe qu'engendrerait cette mesure, il est probable qu'à plus long terme le système de santé doive prendre en charge des patients moins bien soignés en amont donc plus coûteux. Il vaudrait peut-être mieux plafonner ce ticket, par exemple à 1000 F. CFP au-delà d'un certain prix, plutôt qu'à 10 %.

Recommandation n°25 (voir la n°13) : mesurer le rapport bénéfice/risque pour la collectivité avant de la mettre en place et plafonner le ticket, lorsque l'acte dépasse un certain coût.

• Action n°43 : Réguler les niveaux de remboursement des actes médicaux en faisant varier le seuil d'exonération du ticket modérateur pour les actes figurant dans la Classification Calédonienne des Actes Médicaux (CCAM).

La commission s'inquiète de ce que cette proposition ne prenne pas en compte le niveau de revenu du patient qui subit ce seuil variable et si, une fois ce seuil atteint, le patient pourra ou non faire face à la charge financière. Il ne semble pas égalitaire dès lors que des patients peuvent, une année, être pris en charge, et une autre année, devoir faire face à tout ou partie du ticket modérateur pour la même affection, sans en être informé au préalable.

Objectif opérationnel n°13 : Développer une culture de l'évaluation des politiques publiques de santé

• Action n°44 : Elaborer une réglementation de l'évaluation des politiques publiques de santé en Nouvelle-Calédonie et organiser son cadre méthodologique.

- Action n°45 : Programmer des cycles d'évaluation : de la satisfaction des citoyens-usagers, du dispositif de suivi sanitaire et social. scolaire des élèves de la Nouvelle-Calédonie, de tous les programmes de santé publique calédoniens, des pratiques médicales des professionnels de santé, des établissements de santé, du Plan de santé publique DO KAMO.

Cet objectif opérationnel s'inscrit totalement dans le sens de ce que le CESE défend, à savoir une évaluation systématique des politiques publiques, dans un souci d'efficacité et de transparence. Toutefois, les commissaires se demandent pourquoi des indicateurs et des objectifs qualitatifs et quantitatifs, dans un premier temps, n'ont pas été prévus directement pour chaque action, d'autant que certaines sont déjà en cours. De même, l'espace de dialogue permettant les remontées des acteurs concernés doit exister dès à présent pour chacune d'elle.

Recommandation n°26 : prévoir des indicateurs pour chaque action ainsi qu'une plateforme d'échange avec les acteurs.

Objectif opérationnel n°14 : Développer des domaines de recherche appliquée à la santé, spécifiques à la Nouvelle-Calédonie

- Action n°46 : Réaliser une programmation stratégique de la recherche appliquée à la santé, spécifique à la Nouvelle-Calédonie, sur la base des priorités de santé publique déterminées.

La commission signale que cette action est à relier à la vision et aux modes de vie régionaux. Il paraît important d'envisager la Nouvelle-Calédonie au-delà de son territoire, considérant ses nombreux échanges régionaux et internationaux. En effet, les enjeux en matière de recherche, tout en répondant à des problématiques locales, doivent prendre en compte les autres dimensions pour créer les synergies nécessaires aux collaborations extérieures (prévues à l'action suivante).

- Action n°47 : Mettre en place un dispositif coordonné de recherche appliquée à la santé, spécifique à la Nouvelle-Calédonie, en partenariat avec les organismes de recherche nationaux et internationaux.

Les conseillers remarquent qu'il pourrait ici être fait mention du Consortium pour la recherche, l'enseignement supérieur et l'innovation (CRESICA). Celui-ci est déjà un dispositif visant à coordonner la recherche, dont un axe santé clairement identifié dans le projet partagé du CRESICA porté par l'institut Pasteur.

Le comité d'éthique devrait également être mentionné dans ce chapitre car, en matière de recherche, il est le garant du respect des patients du fait même de sa composition.

Objectif opérationnel n°15 : Actualiser et développer la programmation des priorités de santé publique

- Action n°48 : Reprogrammer au plus tard tous les 10 ans, les priorités de santé publique de la Nouvelle-Calédonie.
- Action n°49 : Poursuivre les programmes de prévention en matière de santé publique existants conduits par la Nouvelle-Calédonie.
- Action n°50 : Développer une stratégie Pays durant les « 1000 premiers jours de vie ».
 - o 50-1 Elaborer un Plan de promotion de la santé durant les « 1000 premiers jours de vie ».
 - o 50-2 Développer un programme coordonné de prévention, de suivi et de prise en charge des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale (TCAF).

La commission est très favorable à cet objectif, le CESE ayant souvent souligné à la fois le manque de planification et l'insuffisance de la prévention. Elle est en outre particulièrement satisfaite de la mise en place d'une stratégie dite des « 1000 premiers jours de vie », tout à fait novatrice et nécessaire au bon développement de l'enfant avant sa naissance.

- Action n°51 : Actualiser la stratégie Pays visant à prévenir la surcharge pondérale et à favoriser l'alimentation saine pour tous les calédoniens.
- Action n°52 : Co-élaborer le Plan « Bien vieillir en Nouvelle-Calédonie ».

Si le schéma de santé mentale était mentionné dans la délibération cadre, il est très peu abordé dans ce plan, alors que celle-ci est un élément fondamental du bien-être : quelle est l'articulation du schéma avec le plan d'actions ? De même, la commission constate que les besoins sociaux ont peu de place ici, malgré leur aspect souvent déterminant sur la santé.

Recommandation n°27 : donner davantage de place aux besoins psychosociaux.

Objectif opérationnel n°16 : Apporter une contribution d'expertise et de moyens aux Plans stratégiques Pays participant à la santé publique

- Action n°53 : Contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre du Plan d'action Pays concerté pour l'élimination des violences à l'égard des femmes.

La commission se félicite que la lutte contre les violences à l'égard des femmes trouve sa place dans ce plan d'action et renvoie sur ce sujet au vœu n°02/2016 du CESE-NC¹¹.

- Action n°54 : Assurer la mise en cohérence du Plan jeunesse issu des États généraux de la jeunesse, avec le Plan DO KAMO.
- Action n°55 : Co-construire le volet « Activités physiques et sportives, vecteur de développement social et de santé » du Plan stratégique de la pratique sportive en Nouvelle-Calédonie.
 - o 55-1 Coordonner et structurer le développement de l'activité physique et sportive comme vecteur de prévention et de soin.
 - o 55-2 Promouvoir et faciliter l'accès à la pratique d'activités physiques et sportives aux populations inactives.
- Action n°56 : Développer l'éducation pour la santé en milieu scolaire en lien avec le Projet Éducatif de la Nouvelle-Calédonie.
 - o 56-1 Créer un comité de pilotage et un comité technique pluri partenarial de coordination de la politique d'éducation pour la santé à l'école.
 - o 56-2 Déterminer un cadre réglementaire de l'éducation pour la santé en milieu scolaire (coordination / formation / cahier des charges des écoles-collèges et lycées, promoteurs de santé, etc.).
 - o 56-3 Créer des outils d'éducation à la santé à l'école, à destination des enseignants et accessibles à partir d'une plateforme de partage des données.

¹¹ Vœu n°02/2016 du 08 décembre 2016, «Combattre les violences faites aux femmes dans les collectivités d'Outre-mer »

- Action n°57 : Structurer un dispositif Pays de dépistage et de suivi sanitaire et social scolaire en lien avec le Projet Éducatif de la Nouvelle-Calédonie et le Schéma Directeur du Handicap et de la Dépendance de la Nouvelle-Calédonie.

La commission s'étonne de constater que le handicap, et notamment sa prévention, ne soit cité qu'ici, qui plus est uniquement au niveau scolaire. Si elle entend l'argument consistant à renvoyer ce volet au schéma actuellement en préparation par un autre membre du gouvernement, elle aurait souhaité qu'une plus grande attention soit portée par Do Kamo aux personnes en situation de handicap.

Recommandation n°28 : préciser l'articulation entre le SDHD et ce plan.

- o 57-1 Organiser la gouvernance du suivi sanitaire et social scolaire du premier et second degré à l'échelle du pays : création d'un comité de pilotage et d'une équipe de coordination.
- o 57-2 Définir les missions et les rôles des personnels sanitaires, sociaux et éducatifs dans le cadre du dépistage des troubles impactant la scolarité, et de l'accompagnement des élèves ayant des Besoins Éducatifs Particuliers.
- o 57-3 Créer un dossier médico-social scolaire unique (outil informatisé de recueil de données de suivi médico-social des élèves, nominatif, partagé et sécurisé).
- o 57-4 Réglementer le partage d'information à caractère sanitaire et social entre les personnels sanitaires et sociaux, et les personnels éducatifs.
- o 57-5 Participer à la réforme des dispositifs d'accompagnement des élèves à Besoins Éducatifs Particuliers.
- Action n°58 : Soutenir financièrement et techniquement le Plan Territorial de Sécurité et de Prévention de la Délinquance (PTSPD).

Sur l'ensemble de cet objectif, la commission salue particulièrement l'effort de transversalité et de mise en cohérence entre les différentes politiques publiques. Elle appelle de ses vœux son maintien sur le long terme.

Objectif opérationnel n°17 : Déterminer les mesures de protection adéquates afin de rendre l'environnement favorable à la santé et au bien-être de tous, à l'échelle du Pays

Les conseillers soutiennent totalement cet objectif mais déplorent néanmoins l'absence de prise en compte de l'environnement, étant donné son impact sur la santé. Ils sont conscients que le champ d'action balayé ici est déjà très large mais estiment que l'enjeu actuel et futur de la santé des hommes et des femmes est en lien direct avec celle de la planète. Ils rappellent que la déclaration d'Alma-Ata¹² sur les soins de santé primaire souhaitait, en sus des secteurs couverts ici, la coordination des secteurs de l'agriculture (par exemple, les pesticides) et de l'élevage (santé animale), mais aussi de la production alimentaire (additifs) et de l'industrie (amiante).

Recommandation n°29 : ajouter une action promouvant la défense de l'environnement et la coordination des secteurs manquants.

- Action n°59 : Contribuer à l'élaboration de la partie opérationnelle du Plan d'amélioration de la qualité de l'air pour la décennie à venir.
- Action n°60 : Intégrer la qualité, le contrôle de l'eau et la maîtrise des risques sanitaires dans la future Politique de l'Eau Partagée (PEP).
- Action n°61 : Intégrer des critères de santé et de bien-être dans les politiques d'aménagement du territoire, d'urbanisme et de l'habitat.

¹² Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires du 12 septembre 1978, point 3 du VII, OMS

- Action n°62 : Intégrer les critères d'environnement favorable à la santé dans la réglementation des lieux d'accueil de la petite enfance avec le Conseil calédonien de la famille.
- Action n°63 : Sécuriser l'encadrement et l'organisation de la pratique d'activité physique et sportive.
 - o 63-1 : Produire des recommandations sur l'organisation des stages sportifs accueillant des mineurs.
 - o 63-2 : Réglementer l'organisation de manifestations sportives terrestres sur le plan de la sécurité.
 - o 63-3 : Actualiser la réglementation de l'encadrement de l'activité physique et sportive contre rémunération, notamment dans le cadre de la prise en charge de personnes atteintes de pathologies.
- Action n°64 : Identifier et proposer des actions prioritaires dans le domaine de la Santé et de la Qualité de Vie au Travail (SQVT) en collaboration avec les partenaires sociaux, la DTE-NC, le SMIT, la Caisse de protection sociale.
- Action n°65 : Rendre la couverture sociale complémentaire obligatoire et universelle pour renforcer le niveau de protection sociale des salariés, des travailleurs indépendants et des retraités.

Bien que tout à fait en accord avec cette action, la commission n'y voit qu'un premier pas. Elle regrette notamment que l'instauration d'un régime maladie universel regroupant les 4 organismes actuellement gestionnaires de la couverture maladie de base (CAFAT et trois provinces au titre de l'aide médicale), pourtant discutée par les acteurs, n'ait pas été retenue. En effet, ce sont les populations les plus fragiles et défavorisées qui peuvent pâtir de politiques de prises en charge et parcours de soins hétérogènes. La multiplicité des acteurs engendre un coût de gestion très élevé, et constitue un frein à la centralisation des données de santé. De manière plus générale, le principe d'égalité d'accès aux soins doit être davantage mis en avant dans ce plan.

Recommandation n°30 : instaurer un régime maladie universel et insister sur l'égalité d'accès aux soins qui doit toujours prévaloir en termes de santé.

Objectif opérationnel n°18 : Renforcer la formation à la promotion de la santé des professionnels en lien avec la santé

- Action n°66 : Intégrer la promotion de la santé dans les formations initiales et continues de professionnels dont les métiers sont en lien avec la santé.
- Action n°67 : Sensibiliser les professionnels de santé à la mise en œuvre d'une approche globale, incluant la prise en compte des déterminants de santé (notamment, l'environnement de vie, les représentations et les compétences psychosociales du citoyen-usager, etc.).
- Action n°68 : Promouvoir et développer des formations pluridisciplinaires locales à l'Éducation Thérapeutique du Patient (offre de santé de niveaux 2 et 3).
- Action n°69 : Former tous les nouveaux professionnels médicaux et infirmiers arrivant en Nouvelle-Calédonie aux particularités culturelles, institutionnelles et épidémiologiques du Pays.

Les conseillers encouragent toute initiative qui, à l'image de cette action et de la suivante, irait dans le sens d'une approche, notamment culturelle, adaptée à la Nouvelle-Calédonie et à son environnement.

Objectif opérationnel n°19 : Optimiser la communication entre les patients et les soignants dans un contexte plurilinguistique

- Action n°70 : Expérimenter la mise en place d'initiatives d'assistance linguistique des patients dans le cadre hospitalier.

Objectif opérationnel n°20 : Expérimenter la coordination des parcours de santé à l'échelle des bassins de vie des personnes atteintes d'obésité ou en surpoids

- Action n°71 : Co-construire avec les partenaires le projet d'expérimentation sur le parcours de santé à l'échelle des bassins de vie des personnes atteintes d'obésité ou en surpoids.
- Action n°72 : Élaborer des conventions de partenariat pour établir les protocoles, le partage des moyens et assurer le financement dans le cadre de l'expérimentation.
- Action n°73 : Identifier les référents par bassin de vie, les équipes pluridisciplinaires de prise en charge et les dispositifs existants dans le cadre de l'expérimentation.
- Action n°74 : Élaborer les outils nécessaires à la mise en œuvre de l'expérimentation sur le parcours de santé à l'échelle des bassins de vie des personnes atteintes d'obésité ou en surpoids.

o 74-1 Identifier et mobiliser les acteurs du bassin de vie en capacité de repérer et de dépister le surpoids et l'obésité afin d'orienter l'utilisateur vers une prise en charge pluridisciplinaire.

o 74-2 Élaborer le dispositif d'accompagnement du projet de vie, d'orientation et de suivi.

o 74-3 Former l'équipe pluridisciplinaire à l'utilisation des outils.

o 74-4 Former les référents identifiés à l'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP).

o 74-5 Former les médecins à la prescription de l'activité physique et sportive en associant les éducateurs sportifs.

o 74-6 Former les éducateurs sportifs à la prise en charge des pathologies sur prescription.

Bien que très favorable au développement du sport-santé, la commission ne le limiterait pas aux seules personnes en surpoids, car il peut également participer de la prévention d'autres affections et participe du bien-être.

- Action n°75 : Construire des réseaux de « patients experts et solidaires » en mesure de se soutenir dans le cadre de l'expérimentation.
- Action n°76 : Évaluer le résultat de l'expérimentation avant adaptation et développement sur l'ensemble du Pays.

Objectif opérationnel n°21 : Développer les soins de proximité en adéquation avec les besoins des populations des différents bassins de vie (offre de santé de niveau 2)

- Action n°77 : Institutionnaliser le « médecin traitant » tout au long de sa vie.
- Action n°78 : Assurer la permanence des soins de proximité - dits « de ville » - grâce à la coordination des horaires d'ouverture des cabinets médicaux pour mieux répondre aux besoins des citoyens-usagers.
- Action n°79 : Développer des permanences de spécialistes (hors médecine générale) sur l'ensemble du Pays pour assurer une offre de soin de proximité.
- Action n°80 : Développer les pratiques paramédicales avancées pour répondre à l'évolution des besoins de santé de proximité.

Les conseillers estiment que l'accroissement du champ d'intervention des infirmiers est une idée intéressante. Toutefois, ils attirent l'attention des décideurs sur le risque d'une médecine à deux vitesses ainsi que sur le problème de la responsabilité juridique.

- Action n°81 : Coordonner au niveau Pays les stratégies de recrutement des professionnels médicaux et paramédicaux de proximité (hors du Grand Nouméa).
- Action n°82 : Favoriser la coopération des professionnels de santé autour d'épisodes de soins ou de parcours des citoyens-usagers, notamment grâce au téléconseil (offre de santé de niveaux 1 et 2), à la télémédecine (téléconsultations) et à la téléexpertise (offre de santé niveaux 2 et 3).

- Action n°83 : Créer des Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD) en adéquation avec le Schéma d'organisation sanitaire.

Concernant la création des SSIAD, de même que pour le service d'HAD (action n° 85), la commission observe que ces mesures ne seront des sources d'économies que si elles sont financées *via* la dotation globale de l'hôpital public, ou en sortant du financement intégral de l'hôpital par la dotation globale. En effet, toute externalisation vers l'ambulatorie risque d'entraîner des dépenses supplémentaires si la dotation globale de l'hôpital public n'est pas revue à la baisse en raison de cette activité qui lui a été retirée.

- Action n°84 : Actualiser et mettre en place le Schéma des urgences et du dispositif de garde et d'astreinte pour assurer une prise en charge adaptée aux particularités des patients, à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie.

Objectif opérationnel n°22 : Développer des alternatives à l'hospitalisation complète (offre de santé de niveau 3)

- Action n°85 : Créer un service d'Hospitalisation À Domicile (HAD).
- Action n°86 : Conforter et consolider la chirurgie et la médecine ambulatoire à l'échelle de la Nouvelle-Calédonie.

Bien que les conseillers soient d'accords sur le fond avec cet objectif, ils signalent que, pour qu'il soit efficace, le suivi entre l'hospitalisation, l'avant et l'après est à améliorer avec le secteur privé (infirmiers, médecins libéraux...).

Recommandation n°31 : renforcer l'articulation public/privé et améliorer la transparence entre les deux secteurs.

La commission déplore que ces propositions ne soient pas corrélées à des actions relatives au financement des hôpitaux publics. De manière plus générale, elle regrette que ce plan ne présente que très peu de mesures sur l'hôpital, malgré son coût et l'urgence à définir de grandes orientations politiques dans ce domaine.

Recommandation n°32 : prévoir un schéma hospitalier accompagné d'un budget clairement défini.

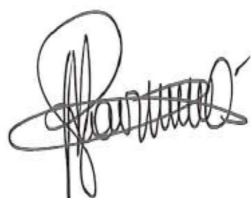
Enfin, sur l'ensemble de l'axe III, les conseillers se déclarent très satisfaits de l'accent mis sur la prévention mais craignent que cela soit encore insuffisant étant donné le retard pris dans ce domaine.

C- Conclusion de la commission

En conclusion, la commission rappelle que l'axe directeur doit rester l'aspect holistique et le bien-être des Calédoniens, auquel ne doivent pas nuire les mesures d'urgence économiques.
Par ailleurs, elle se demande si la place laissée à la pharmacopée et à la spiritualité kanak est assez importante, dans un plan qui se veut pourtant interculturel et adapté aux réalités locales.

Eu égard aux observations et propositions formulées ci-dessus, la commission de la santé et de la protection sociale émet un **avis favorable** au projet de délibération portant application de la délibération n°114 du 24 mars 2016 relative au plan de santé calédonien «Do Kamo, être épanoui» en matière de modèle de santé.

LE RAPPORTEUR
DE SEANCE



Jérôme PAOUMUA

LA PRÉSIDENTE



Catherine PEYRACHE

La commission de la santé et de la protection sociale a adopté le rapport et le projet d'avis, dans son ensemble, **à l'unanimité** des membres présents et représentés par **6 voix « POUR »**.

Ont participé aux travaux: Mmes Catherine PEYRACHE, Sidonie VAIADIMOIN et Jeannette WALEWENE; MM. Jean-Marc BURETTE, Daniel CORNAILLE, Jean-Pierre KABAR, Jean-Louis LAVAL, Jérôme PAOUMUA, Gaston POIROI et Jean SAUSSAY.

Étaient présents et représentés lors du vote: Mmes Catherine PEYRACHE et Jeannette WALEWENE (donne procuration à M. Gaston POIROI); MM. Daniel CORNAILLE (donne procuration à Mme Catherine PEYRACHE), Alain GRABIAS (donne procuration à M. Jérôme PAOUMUA), Jérôme PAOUMUA et Gaston POIROI.

Étaient absents lors du vote: Mme Sidonie VAIADIMOIN; MM. Jean-Marc BURETTE, André FOREST, Jean-Pierre KABAR, Jean-Louis LAVAL et Jean SAUSSAY.

IV –CONCLUSION

Suite aux observations de la commission et aux débats menés en séance plénière, le CESE-NC émet un **avis ...** au présent projet de délibération.

L'avis a été adopté à la majorité des membres présents et représentés par **X** voix « **favorable** », **X** voix « **défavorable** » et **X** « **réservé** ».

LA SECRETAIRE

LE PRÉSIDENT

Rozanna ROY

Daniel CORNAILLE