



N° 25 - 2015/RAP-COM

**R A P P O R T**  
**de la commission du budget, des finances et du patrimoine,**  
**de la commission de la santé et de l'action sociale**

Les commissions du budget, des finances et du patrimoine ainsi que de la santé et de l'action sociale, se sont réunies, sous les présidences de monsieur Philippe BLAISE et madame Pascale DONIGUIAN, le **vendredi 16 octobre 2015, à 16 heures 30**, dans la salle des commissions de l'hôtel de la province Sud (salle 140), selon l'ordre du jour suivant :

**Rapport n° 1705-2015/APS/DPASS** : Projet de délibération portant diverses dispositions de maîtrise des dépenses de santé.

◆ ◆ ◆

Étaient présents pour la commission du budget, des finances et du patrimoine : Mmes HMEUN, JANDOT, et TIEOUE ainsi que M. BLAISE.

Étaient présents pour la commission de la santé et de l'action sociale : Mmes DONIGUIAN, SIO-LAGADEC, VOISIN, GARGON et HOLERO ainsi que M. SAM.

Étaient absents : Mme BACKES ainsi que MM. DE GRESLAN, DUNOYER, BERNUT, LECOURIEUX et SALIGA.

L'exécutif de la province était représenté par M. MICHEL, président de l'assemblée de province, et par M. MOLE, troisième vice-président de l'assemblée de province.

L'administration était représentée par M. KERJOUAN, secrétaire général, ainsi que par :  
M. HMALOKO, secrétaire général adjoint ;  
M. WAIA, directeur de l'action sanitaire et sociale (DAPSS) ;  
Mme BUILLES, chef du service de l'aide médicale et des prestations sociales (DPASS) ;  
M. EONO, responsable de la cellule évaluation et étude prospective (DPASS)  
Mme BASTOGI, directrice juridique et d'administration générale adjointe (DJA) ;  
Mme SAINT-PRIX, chargée d'études juridiques (DJA) ;  
Mme NAFOUI, responsable du bureau du secrétariat de l'assemblée (DJA).

◆ ◆ ◆

**Rapport n° 1705-2015/APS/DPASS** : Projet de délibération portant diverses dispositions de maîtrise des dépenses de santé.

Les dépenses de la province Sud dans le secteur « santé et social » représentent près d'un tiers de son budget.

Environ la moitié de ces dépenses concerne l'aide médicale, soit environ 7 milliards de francs CFP en 2014, et celles-ci croissent de manière structurelle, en lien avec l'augmentation de la population, l'amélioration de l'offre de soins, l'augmentation de l'espérance de vie et l'accroissement considérable du nombre de patients en longue maladie. Ainsi, les dépenses de l'aide médicale progressent actuellement d'environ 5 % par an. En 2017, on s'attend à une progression plus forte encore, du fait de l'ouverture du Médipôle.

Les dépenses liées à l'aide médicale sont ainsi l'un des facteurs explicatifs les plus significatifs de « l'effet ciseau » qui affectent structurellement les finances de la province Sud. Cet effet, décrit pour la première fois dans un rapport rédigé par le cabinet Klopfer en 2005 à la demande de l'exécutif provincial, est la conséquence du fait que la dotation globale de fonctionnement reçue de la Nouvelle-Calédonie par la province progresse moins vite que ses dépenses obligatoires.

Cette situation n'est tout simplement pas tenable.

Aussi, tout en veillant à maintenir la qualité des soins offerts aux ressortissants concernés, l'exécutif propose à l'assemblée de province un premier train de mesures de rationalisation des dépenses de l'aide médicale. Celles-ci portent d'une part sur la longue maladie et d'autre part sur la carte C. D'autres mesures suivront, notamment dans le prolongement des travaux engagés à l'échelle du pays à travers les « assises de la santé ». D'ores et déjà, la DPASS travaille sur diverses mesures, dont le « rapatriement » de la facturation des soins effectués par le secteur privé au bénéfice des ressortissants de l'aide médicale. Cette prestation est en effet actuellement assurée à titre onéreux par la CAFAT, et il est envisagé au BP 2016 quelques créations de poste destinées à assurer ces prestations en interne à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017, afin à la fois de faire des économies de frais de fonctionnement, et de renforcer les contrôles.

### ***I / Modification de la délibération n° 12-90/APS du 24 janvier 1990 prise pour l'application de la délibération cadre du congrès n°49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales***

Le 24 janvier 1990, l'assemblée de la province Sud a adopté la délibération n°12-90/APS afin de préciser les conditions d'application de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales.

Dans l'objectif de rationaliser les dépenses de santé liées à l'aide médicale, il est proposé d'introduire deux modifications à cette délibération n°12-90/APS.

#### ***a) Obligation imposée aux bénéficiaires de la carte A de désigner leur « médecin traitant »***

L'article 1<sup>er</sup> du présent projet de délibération a pour objet de modifier l'article 6-1 de la délibération n°12-90/APS, afin d'obliger les bénéficiaires de l'aide médicale A à désigner un « médecin traitant », qui sera chargé d'assurer un premier niveau de recours aux soins et de coordonner leur suivi médical. Celui-ci devra être un médecin traitant du secteur public ou, en cas d'absence de structure sanitaire publique à proximité, un médecin ayant passé une convention avec la province Sud.

Le périmètre d'intervention de ce médecin sera défini par délibération du bureau de l'assemblée de la province Sud, après avis de la commission intérieure en charge des questions de santé.

La DPASS estime à environ 150 millions de francs CFP par an l'économie induite par cette mesure.

*b) Renforcement de l'obligation imposée aux bénéficiaires de la carte ALM de désigner un « médecin référent »*

Les articles 2 et 3 du présent projet de délibération modifient l'article 7 de la délibération n°12-90/APS, et concernent les bénéficiaires de l'aide médicale en longue maladie (ALM).

Ainsi, le texte actuellement en vigueur oblige ces bénéficiaires à désigner un médecin référent « prioritairement » auprès des médecins exerçant dans des structures publiques de soins, mais ce mot laisse une certaine place à interprétation... Afin de lever toute ambiguïté, et surtout de renforcer le rôle de ce « médecin référent » auprès des patients en longue maladie, nous proposons de remplacer le mot « prioritairement » par le mot « exclusivement », tout en prévoyant une exception en cas d'absence ou d'insuffisance d'offre publique de soins à proximité de la résidence du patient concerné. Dans ce cas, ces patients pourront désigner un médecin référent d'exercice libéral, à condition qu'il ait signé une convention avec la province Sud, ou que le médecin-conseil de l'aide médicale de la province Sud ait agréé cette désignation.

Les patients titulaires d'une carte ALM avant l'entrée en vigueur de la présente délibération, qui ont déjà désigné un médecin référent dans le secteur privé, ne seront concernés que progressivement par cette nouvelle mesure : l'article 4 prévoit en effet que ces personnes ne seront obligées de choisir leur médecin référent parmi les médecins exerçant dans des structures publiques de soins qu'au moment du renouvellement de leur carte.

L'impact budgétaire de cette mesure peut être évalué grâce à l'expérience acquise par la CAFAT sur ses propres ressortissants. Il apparaît ainsi que, lorsque le médecin référent désigné par un patient atteint d'une longue maladie appartient au secteur privé, le coût moyen des prescriptions annuelles (pharmacie, analyses médicales, examens complémentaires, etc.) est de 330 000 francs CFP par an, alors qu'il est de 190 000 francs CFP lorsque le prescripteur relève du secteur public. Il faut ajouter à cela le coût des consultations chez le médecin généraliste, soit en moyenne 6 par an.

Ainsi, la DPASS estime l'impact global de cette mesure, la première année, à 80 millions de francs CFP par an. Puis, au fur et à mesure des renouvellements, l'obligation de s'appuyer sur un médecin référent public ou conventionné s'étendra progressivement à tous les bénéficiaires de la carte ALM (soit actuellement 2 325, ce nombre étant malheureusement appelé à progresser). Ainsi, on peut estimer que, en rythme de croisière, l'économie induite par la présente mesure sera supérieur à 200 millions de francs CFP par an. Considérant que certains renouvellements de cartes ALM n'interviennent que tous les 10 ans, il sera d'ailleurs étudié la possibilité d'accélérer l'entrée en vigueur de l'obligation de recourir à un médecin référent public ou conventionné.

**II / Modification de la délibération n°57-2009/APS du 26 novembre 2009 relative au régime d'aide médicale et aux allocations complémentaires aux anciens combattants et à leurs ayants droit**

*a) Le régime particulier institué par la province au bénéfice des combattants et de leurs ayant-droit*

A l'article 15 de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales, le congrès de la Nouvelle-Calédonie a institué un régime d'aide médicale particulier, au

bénéfice des anciens combattants, des volontaires des Forces Françaises Libres (VFFL), des engagés volontaires de la Nouvelle-Calédonie (au sens de l'article 17 de ladite délibération), des veuves de guerre et de leurs ayant-droit. Ce régime permet ainsi aux titulaires de la carte de combattant délivrée par l'Office National des Anciens Combattants (ONAC) une prise en charge totale en cas d'hospitalisation non prise en charge par l'État ou une autre caisse de couverture sociale, ainsi qu'une prise en charge à 45 % pour l'épouse et les ayant droits du titulaire de la carte.

La délibération n° 12-90/APS prise pour l'application de cette délibération cadre du congrès, a introduit au bénéfice de cette catégorie de bénéficiaires de l'aide médicale certaines dispositions plus favorables que celles prévues par le congrès.

Cette logique a été significativement renforcée par la délibération n° 57-2009/APS du 26 novembre 2009, qui prévoit notamment l'octroi, à tous les anciens combattants, VFFL, engagés volontaires et veuves de guerre, d'une carte C à caractère permanent (et non pas annuelle), qui ouvre droit à une prise en charge à 100 % des tarifs conventionnels pour tous les frais de santé (et non plus seulement pour les frais d'hospitalisation). Les mêmes droits sont également accordés aux épouses et ayant droits mineurs (et non pas au taux de 45%).

Par ailleurs, bien que la délibération cadre du congrès ait conditionné l'octroi des avantages prévus par le régime de l'aide médicale à certains plafonds de ressources, il était d'usage dans la pratique que les services provinciaux n'effectuent pas cette vérification, limitant ainsi leur contrôle aux éléments ci-après : carte de l'ONAC, condition de résidence de six mois en province Sud, centre des intérêts matériels et moraux en Nouvelle-Calédonie.

#### *b) Les problèmes posés par ces dispositions*

Ces formalités simplifiées contribuent à expliquer le recours massif des titulaires de la carte de combattant au régime d'aide médicale spécifiquement institué par la province Sud à leur avantage.

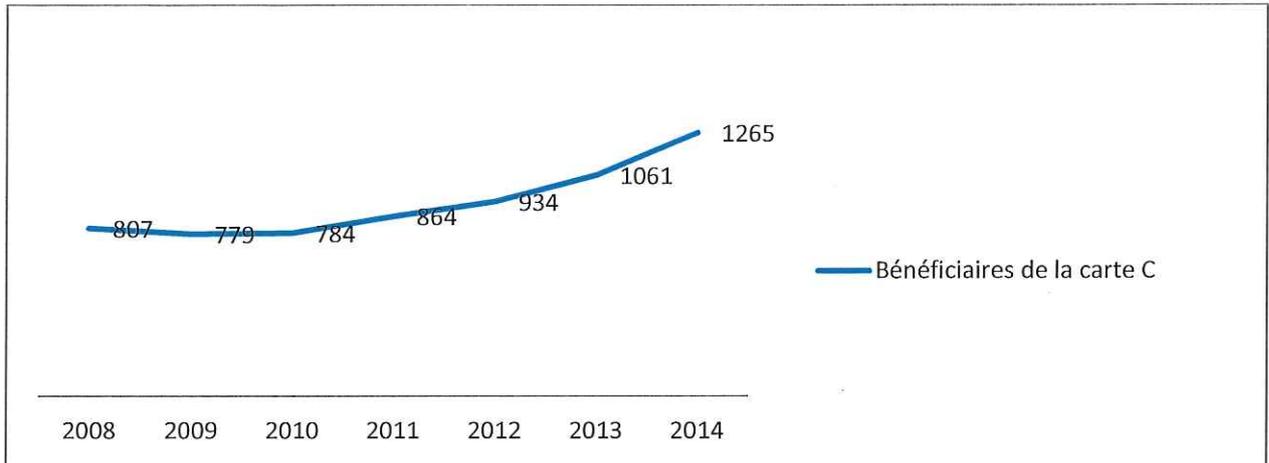
Ainsi, même les démarches pour la prise en charge d'une longue maladie auprès des caisses primaires ne sont plus effectuées par les titulaires de la carte de combattant, comme l'exige pourtant la réglementation, dès lors que le régime d'aide médicale dont ils bénéficient leur est plus favorable, grâce à une prise en charge totale des frais. On estime ainsi à plus d'une centaine le nombre de bénéficiaires de la carte C dans cette situation. Par voie de conséquence, la province supporte une charge de l'ordre de 67 millions de francs CFP par an, qui devrait, par nature, relever de la CAFAT.

Par ailleurs, à l'expérience, la province Sud se trouve confrontée à l'impossibilité de recouvrer auprès des mutuelles externes au territoire, les sommes qu'elle avance aux titulaires de la carte C au titre du tiers payant.

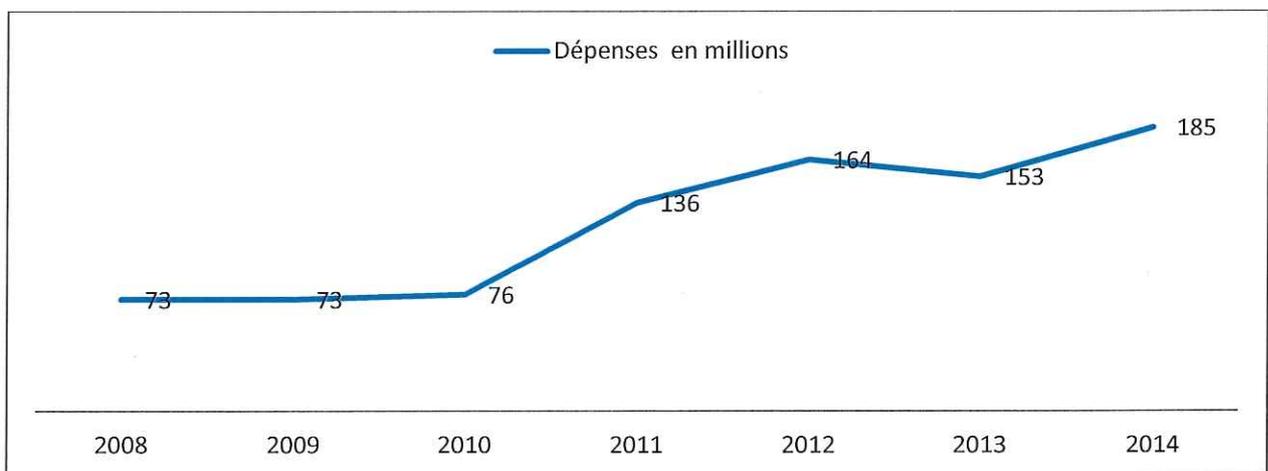
#### *c) Éléments quantitatifs*

L'ONAC de Nouvelle-Calédonie suit actuellement 2 500 titulaires de la carte de combattant et 165 veuves. La moitié d'entre eux, soit 1 266, sont bénéficiaires de la carte d'aide médicale C. Un seul réside en province Nord, et aucun en provinces des Iles, car ces provinces n'appliquent pas de régime aussi favorable que celui institué par la province Sud.

Comme le montre le graphique ci-dessous, le nombre de bénéficiaires croît régulièrement et de façon importante (+ 62% en 5 ans).



L'évolution du nombre de bénéficiaires se traduit mécaniquement par une augmentation des coûts supportés par la province soit un doublement des dépenses en cinq ans passant de 73 millions en 2009 à 185 millions en 2014, comme le montre le graphique ci-dessous.



Ainsi, en 2014, le régime spécifique institué au bénéfice des titulaires de la carte C et de leurs ayants-droit a représenté pour la province Sud un coût total de 185 millions de francs CFP et, en cumulé sur 5 ans, 714 millions.

On estime que les mesures dérogatoires instituées en 2009 génèrent un surcoût d'environ 70%, soit environ 75 millions en 2014 et 300 millions en cumulé sur 5 ans.

Le coût moyen annuel par bénéficiaire est estimé à 155 000 francs CFP.

#### d) Les nouvelles dispositions prises par l'Etat

Cette croissance est appelée à s'accroître dans la mesure où l'article 87 de la loi de finances pour 2015 (loi n°2014-1654 du 29 décembre 2014) a modifié et assoupli les critères d'attribution de la carte du combattant au titre des opérations extérieures.

Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2015, la carte du combattant est attribuée

- à tous les militaires et anciens militaires qui justifient d'une durée de service d'au moins quatre mois (ou 120 jours) effectués en opérations extérieures (OPEX), sur un ou des territoires appartenant à une liste définie par décret ;

- et à certains civils répondant à des critères similaires.

Il est dès lors attendu une nouvelle vague de demandes d'admission à l'aide médicale relevant de la carte C. Ainsi, l'ONAC a estimé à 135 le nombre de foyers supplémentaires susceptibles d'obtenir une carte du combattant, soit environ 400 personnes. Dans l'hypothèse où toutes ces personnes se verraient reconnaître par la province le bénéfice de la réglementation actuellement en vigueur au titre de la carte C, soit un surcoût annuel d'environ 60 MF dans les conditions actuelles, sur la base

Il faut noter que la modification des critères ouvrant droit à l'attribution de la carte du combattant n'était pas une décision difficile pour l'Etat, car cette carte n'apporte essentiellement que des avantages honorifiques, et non financiers.

e) Les conséquences à en tirer

Compte tenu de la situation financière difficile de la collectivité, du besoin de mettre en œuvre des dispositifs qui répondent aux principes de l'équité sociale et de bonne gestion des deniers publics, l'exécutif propose à l'assemblée de province de modifier la délibération n°57-2009/APS du 26 novembre 2009.

Les modifications portent essentiellement sur les points suivants :

A l'article 5, il est proposé de supprimer la mention « *allocations complémentaires* » dans l'intitulé de la délibération n° 57-2009/APS du 26 novembre 2009, ces allocations n'ayant jamais été sollicitées par les titulaires de la carte de combattant. En conséquence, les articles 2 à 5 de la délibération sus visée et afférents à cette mesure sont abrogés.

A l'article 6, il est proposé de réécrire l'article 1 de la délibération n° 57-2009 APS du 26 novembre 2009 et de se rapprocher de la délibération du congrès n° 49 du 28 décembre 1989 cadre relative à l'aide médicale et aux aides sociales.

L'évolution envisagée de ce dispositif se présente ainsi qu'il suit.

Dispositions de l'aide médicale spécifiquement prévues au bénéfice des anciens combattants et ayant-droit		
Dispositions prévues par la délibération-cadre du congrès	Dispositions provinciales actuellement en vigueur	Dispositions du présent projet de délibération
Frais relatifs à des hospitalisations uniquement.	Pas de limitation d'accès aux soins et aux structures de soins (public ou privé).	Les personnes sans couverture ou avec une couverture extérieure à la Nouvelle-Calédonie sont assimilées à des « carte A » et ont donc accès exclusivement au secteur public ou aux médecins conventionnés par la province sud.  Les personnes ayant une couverture locale sont assimilées à des « carte B » et ont donc accès à la fois aux secteurs public et privé.
Ticket modérateur de 20%.  NB : seuls les soins dispensés dans le cadre d'une hospitalisation sont pris en charge (art 15), et il n'y a pas de ticket modérateur pour l'hospitalisation (art 24)	Absence de ticket modérateur, pour tous les soins, et pour les titulaires de la carte du combattant comme de leurs ayant droit.	Absence de ticket modérateur pour le titulaire de la carte du combattant, mais pas pour ses ayant-droit.
Soumis au principe général d'une condition de ressource excluant la prise en compte de la retraite du combattant et des pensions honorifiques (art 2).	Pas de condition de ressource.	Mêmes plafonds de ressources que ceux applicables respectivement aux aides médicales A et B.
	Carte permanente.	La durée de validité est d'un an.

Ces nouvelles dispositions réglementaires génèreraient a minima 120 millions de francs CFP d'économie pour la province Sud, en année pleine.

Telles sont les propositions de modifications réglementaires que j'ai l'honneur de vous soumettre.

◆ ◆ ◆

*Un diaporama relatif à l'évolution des dépenses de la province Sud en matière d'aide médicale depuis l'année 2002 et aux mesures proposées pour maîtriser cette évolution a été présenté par la direction de l'action sanitaire et sociale.*

*M. KERJOUAN a précisé que les commissaires disposent, en fond de dossier, d'un projet de délibération du bureau de l'assemblée de province qui définira les modalités d'application du dispositif du « médecin traitant ». Ce texte sera soumis à l'avis de la commission de la santé et de l'action sociale postérieurement au vote de la présente délibération par l'assemblée de province.*

*Dans la discussion générale, M. BLAISE a souhaité savoir si la dotation globale versée au CHT représentait, ou non, l'intégralité de son budget. M. WAIA a indiqué à ce sujet que les dépenses évoquées dans cette présentation font référence à la médecine ambulatoire uniquement, et non à l'hospitalisation publique qui relève des compétences du congrès de la Nouvelle-Calédonie.*

*En réponse à M. BLAISE qui s'est ensuite interrogé sur la contribution de la province Sud aux dépenses globales des soins ambulatoires de la Nouvelle Calédonie, M. WAIA a répondu que les établissements hospitaliers publics fonctionnent avec des dotations versées par les trois provinces à hauteur de 20 % au titre de l'aide médicale et à hauteur de 80 % pour la CAFAT.*

*En complément, M. MICHEL a indiqué que le taux directeur annuel d'évolution des dépenses d'hospitalisation, voté chaque année par le congrès, oscille entre 4 et 6 %. Ce pourcentage est volontairement inférieur à l'évolution globale des dépenses hospitalières afin de restreindre le budget des établissements hospitaliers publics et ainsi amortir, diminuer et contrôler l'évolution des coûts de santé publique.*

*Pour la complète information des membres de la commission, M. HMALOKO a par ailleurs évoqué le dispositif des dotations globales de fonctionnement (DGF) des trois établissements publics hospitaliers de la Nouvelle-Calédonie (CHT, CHN et CHS). Ce dispositif, voté par le congrès en 1993, repose sur une forfaitisation des paiements de la CAFAT et des trois provinces aux hôpitaux, au titre de leurs ressortissants respectifs. Ainsi, à l'époque, les trois provinces versaient forfaitairement aux hôpitaux 23% de leurs charges (hors soins à des tiers, ni cafatistes, ni AMG). Mais, avec la mise en place du RUAMM en 2002 et la forte croissance de l'emploi en Nouvelle-Calédonie, le nombre de cafatistes a augmenté, et les trois provinces ont bénéficié d'une évolution favorable de leur taux, qui est passé de 23% à 20%. Enfin, des discussions sont en cours pour sortir du système de globalisation. En effet, la CAFAT souhaite opter pour des facturations à la journée d'hospitalisation, imputées à la CAFAT ou aux provinces selon le statut (RUAMM ou AMG) du patient bénéficiaire. D'ores et déjà, les soins externes et les courts et moyens séjours (CSSR) ont été sortis du calcul de la dotation globale de financement.*

*En complément, M. MICHEL a indiqué que le 30 octobre prochain, le débat d'orientation budgétaire sera présenté en assemblée de province. Il en ressort une situation fortement dégradée avec une réduction de la dotation de la Nouvelle-Calédonie de 2 milliards de francs supplémentaires. De ce fait, les effets de l'affectation du produit de la taxe sur les jeux sont entièrement neutralisés. Ainsi, la perspective de recettes pour le budget primitif de 2016 implique une réduction de 2 milliards cinq cent millions de francs. La recherche d'économies budgétaires est primordiale, notamment dans le domaine de la santé, au vu de l'évolution alarmante des dépenses.*

*M. MICHEL a par ailleurs ajouté qu'exclure du bénéfice de la carte C les anciens combattants possédant une couverture médicale et un plafond de ressources excédant celui des autres ayants droit, comme le prévoit le projet de délibération soumis aujourd'hui à l'avis des commissions,*

ne constitue qu'un retour à la normale, qui ne restreint en aucun cas le droit à la santé des usagers. Il a indiqué aux commissaires que les modifications sur l'aide médicale s'inscrivent dans une série plus large de réformes, notamment la révision du schéma directeur de santé publique et la réorganisation de la DPASS, qui seront également soumises prochainement aux commissions intérieures compétentes.

Mme DONIGULIAN a souhaité connaître les raisons de l'augmentation du ratio « dépenses médicales par bénéficiaire », qui touche les titulaires de cartes C, mais pas les titulaires de cartes A. M. WAIA lui a répondu que cela s'expliquait en raison des très grandes facilités accordées aux bénéficiaires de la carte C, et notamment l'absence de ticket modérateur et l'avance intégrale des frais. Ces avantages sont sans équivalent et induisent une tendance à la surconsommation des prestations médicales. Par ailleurs, M. WAIA a indiqué que les cartes A représentent une population plus défavorisée, ce qui la rend particulièrement sensible à l'obligation de payer le ticket modérateur. En outre, cette population a un rapport aux soins médicaux différent de celui des autres patients.

Mme SIO-LAGADEC s'est alors interrogée sur l'utilité de désigner un médecin traitant pour les titulaires de cartes A. A ce sujet, M. WAIA a rappelé que les personnes (cafatiistes ou AMG) en longue maladie sont déjà tenues de désigner un médecin référent, et que le fait d'imposer la désignation d'un médecin référent ou d'un médecin traitant permet un meilleur suivi du parcours de soins des patients, et évite le « nomadisme médical ».

S'agissant de la variation des dépenses de santé au titre de l'aide médicale en fonction des communes, qui peut aller du simple au double, cela tient au fait que certaines communes, et notamment Boulouparis, sont dépourvues de CMS. Mme DONIGULIAN s'est étonnée que les habitants de Boulouparis n'aient pas l'obligation de se rendre sur Nouméa et puissent recourir aux médecins privés dont le cabinet est situé sur la commune. M. MICHEL lui a indiqué en réponse qu'il est envisagé de construire un centre médico-social (CMS) sur Boulouparis, afin de réduire les dépenses liées aux recours à ces médecins.

Mme DONIGULIAN a soulevé la problématique du « médecin de famille », qui est de fait le médecin référent et/ou traitant et qui relève la plupart du temps du secteur privé. Elle s'est inquiétée de la rupture pouvant être causée dans la chaîne de soins du patient liée à l'obligation de désigner, comme médecin référent, un médecin du secteur public. En réponse, M. WAIA a indiqué que la mise en place de cette disposition sera progressive : dans un premier temps, elle concernera les nouveaux demandeurs de carte longue maladie (ALM) (environ 200 demandes par an) puis, dans un second temps, les demandes de renouvellement (environ 250 demandes par an). Cela n'aura de conséquences pratiques que lorsque le médecin précédemment désigné comme référent appartient au secteur privé. M. EONO a toutefois indiqué qu'il n'est pas impossible que le médecin du secteur privé soit réticent à transmettre un dossier médical au médecin public. Mais la pratique reste simple et relève d'une volonté de collaboration.

S'agissant de l'obligation de désigner un médecin traitant, Mme TIEOUE a suggéré que, lors du dépôt de la demande d'aide médicale, une liste des médecins référents/traitants publics ou conventionnés soit mise à disposition dans les centres médico-sociaux. M. WAIA a précisé que, dans ce cas, le bénéficiaire de l'aide médicale devra désigner un médecin du CMS auquel il est rattaché, sauf dérogation.

M. MICHEL a par ailleurs indiqué qu'il convient de changer les mentalités et obliger les titulaires de l'aide médicale à s'orienter vers les médecins du secteur public, qui ne sont pas payés à la prescription, contrairement aux médecins du secteur privé.

*Au sujet d'un possible abus des prescriptions délivrées par les médecins privés, Mme DONIGUIAN s'est interrogée sur la réglementation de la CAFAT. M. WAIA a indiqué que les médecins du secteur privé, désignés comme référents par les patients en longue maladie, sont tenus d'arrêter un protocole de soins, lequel est en général respecté. Toutefois, lorsque ces patients contractent une autre maladie, ils peuvent consulter un médecin généraliste et avoir un traitement hors du protocole arrêté pour leur longue maladie, ce qui rend le contrôle plus difficile à effectuer.*

*Mme WAHUZUE-FALELAVAKI s'est interrogée sur la possibilité d'avoir deux médecins référents. M. WAIA a répondu que la règle est d'avoir un seul médecin référent par pathologie, sauf dérogation.*

*Mme DONIGUIAN a souhaité que le mot « liquidation » soit expliqué. M. WAIA a répondu qu'il s'agit du paiement des frais de soins et que, en ce qui concerne les soins ambulatoires effectués dans le privé, cette liquidation a été déléguée par la province Sud à la CAFAT depuis 1999, moyennant des frais de gestion de l'ordre de 120 millions de francs par an. Au vu de ce montant, l'exécutif a souhaité mettre à l'étude la fin de la sous-traitance à la CAFAT, de sorte que la province Sud liquide elle-même les frais de soins réalisés, par le secteur privé, à ses ressortissants au titre de l'aide médicale.*

*Mme DONIGUIAN s'est interrogée sur les retombées et les contraintes qui résulteraient de ce changement, notamment en termes de ressources humaines. M. KERJOUAN a répondu que l'étude à engager aura précisément pour objet de répondre à ces questions et de définir les mesures à prendre à la DPASS pour réussir cette évolution, en termes de moyens en personnels, d'organisation, de procédures de contrôle, d'équipement informatique, etc. Il s'agit d'un projet complexe, mais qui peut conduire à des économies importantes s'il est correctement mené à bien.*

*En complément, M. MICHEL a indiqué qu'un séminaire sera organisé prochainement par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie sur le thème des comptes médicaux et des dépenses sociales. Les frais de gestion de la CAFAT seront examinés, ces derniers représentant environ 12 % des dépenses de santé, ce qui apparaît totalement exorbitant au regard de ce qui est constaté ailleurs, y compris en métropole. En ce qui concerne le projet de rapatriement de la liquidation aujourd'hui assurée par la CAFAT pour le compte de la province Sud, il a informé les commissaires que les provinces des îles et Nord liquident déjà elles-mêmes leurs factures, et que ce système semble les satisfaire.*

*S'agissant du régime particulier des anciens combattants et de leurs ayants droit, Mme DONIGUIAN s'est interrogée sur la durée de validité de leurs cartes. Mme BUILLES a indiqué que les cartes permanentes seront remplacées par des cartes valables un an, ce qui facilitera les contrôles.*

*En réponse à une question de Mme GARGON, Mme BUILLES a précisé que l'éligibilité aux cartes A et B dépendait d'un même plafond de ressources, soit 129 000 francs cfp pour une personne seule (équivalent au SMAG), plus 20 % par personne à charge. C'est donc uniquement la présence, ou non, d'une couverture sociale qui différencie les titulaires d'une carte B et les titulaires d'une carte A, et non leurs ressources.*

*Mme DONIGUIAN a par ailleurs souhaité connaître la contribution versée par l'Etat au titre de la protection sociale des anciens combattants calédoniens. Mme BUILLES a répondu que celle-ci était nulle.*

*Mme TIEOUE a alors indiqué que l'Etat est compétent en matière de défense et doit donc participer aux dépenses liées aux anciens combattants. Elle a par ailleurs soulevé la problématique des conditions de résidence pour l'octroi de la prise en charge provinciale pour les combattants et a émis des observations concernant les jeunes civils militaires pouvant bénéficier de cette mesure au même titre que les anciens combattants, générant ainsi une dépense conséquente pour la collectivité. Mme TIEOUE a enfin demandé à M. MICHEL si la problématique des coûts de santé avait été abordée entre présidents de provinces.*

*M. MICHEL a indiqué prendre acte de la position des élus du FIP sur la condition de résidence. Il a confirmé que cette problématique avait été abordée lors de la dernière réunion mensuelle des présidents d'exécutifs, à travers une présentation globale des dépenses à caractère social et des pistes envisagées pour restaurer l'équilibre entre recettes et dépenses. Un prochain séminaire sera organisé aux congrès sur ces questions, à l'instar du récent séminaire sur les problèmes d'équilibre budgétaire.*

*Sur la question des civils pouvant bénéficier exceptionnellement de la délivrance d'une prise en charge en qualité d'anciens combattants, M. EONO a indiqué qu'il s'agit des personnels civils qui ont été employés par l'armée française sur un théâtre d'opération militaire, pour des métiers tels que cuisinier, médecin, etc. En complément, M. MICHEL a rappelé que, tant pour les civils que pour les militaires, il fallait avoir servi plus de 120 jours sur un théâtre d'opération extérieur (tel que le Cambodge, l'Irak, le Liban, Madagascar...). Ces différents pays, avec leurs dates respectives, sont précisément listés par un décret.*

*M. BLAISE a souhaité savoir si les anciens combattants avaient déjà été informés des dispositions envisagées par le présent texte. En réponse, Mme BUILLES a indiqué que plusieurs échanges à caractère général avaient eu lieu entre la DPASS et le président de l'ONAC, mais qu'aucun élément précis du présent projet n'avait été divulgué, afin de donner priorité à la présente commission.*

*M. MICHEL a proposé que l'ONAC soit informée des modifications réglementaires envisagées, avant que se tienne l'assemblée de province appelée à les voter. La date de l'entretien sera communiquée aux élus, intéressés, afin qu'ils puissent y participer.*

*En réponse à Mme TIEOUE, qui s'est interrogée sur la qualité des anciens combattants concernés, Mme WAHUZUE-FALELAVAKI a indiqué qu'il s'agit notamment de ceux de la guerre 39-40. Mme BUILLES a ajouté que l'on compte 2 500 titulaires de la carte C, dont peu ont participé aux « grandes guerres ». On compte donc parmi ces titulaires de jeunes personnes ayant participé à des « guerres » de moindre ampleur, et qui sont pour autant appelés « anciens combattants ».*

*Mme DONIGUIAN a souhaité savoir si les anciens combattants étaient affectés par des pathologies particulières, tels que des dépressions post-traumatiques, impliquant un recours plus fréquent à des soins. M. EONO a répondu qu'il n'existe pas de pathologie particulière liée aux guerres, et qu'un faible taux de dépression post-traumatique a été constaté.*

*En aparté, Mme DONIGUIAN a souhaité connaître l'implication des services provinciaux dans la campagne de vaccination des jeunes filles contre le cancer du col de l'utérus, qu'elle juge critiquable, précisant notamment que le comité d'éthique des sciences de la vie presque systématiquement consulté en pareille circonstance, ne l'a pas été pour cette vaste opération sanitaire. M. EONO lui a indiqué que c'est l'ASSNC qui a organisé cette campagne et que les*

médecins des CMS hors agglomération ont assuré les vaccinations grâce aux vaccins livrés par l'ASSNC.

Enfin, Mme DONIGUIAN a rappelé que le minimum vieillesse représentait des dépenses considérables pour la collectivité et indiqué qu'il convenait à ses yeux d'envisager d'impliquer systématiquement désormais les enfants en fonction de leurs moyens étant entendu dits « obligés alimentaires », dans la prise en charge de leurs parents.

◆ ◆ ◆

#### EXAMEN DU PROJET DE DELIBERATION

Article 1 : Lors de l'examen de cet article, l'administration a proposé une modification aux membres de la commission afin de remplacer, au 1°, les mots « le rôle du médecin traitant » par les mots « les conditions d'application du présent alinéa ». Cette modification vise à habilitier le Bureau à définir non pas seulement le rôle du médecin traitant mais également les conditions de sa désignation et de son intervention, ainsi que les sanctions encourues en cas de non-respect du dispositif.

Avis favorable des commissions sur cette modification. Un projet d'amendement sera déposé en vue de son examen en séance publique.

Article 2 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 3 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 4 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 5 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 6 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 7 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 8 : Avis favorable des commissions sans observation.

Article 9 : Avis favorable des commissions sans observation.

Sur l'ensemble du projet de délibération : avis favorable des commissions (Mmes HMEUN, JANDOT, SIO-LAGADEC, VOISIN, HOLERO et TIEOUE ainsi que MM. SAM et BLAISE).

Mmes DONIGUIAN et GARGON se sont abstenues sur l'ensemble du projet de délibération, souhaitant réserver leur avis pour l'examen du projet en séance publique.

**La présidente de la commission de la santé et  
de l'action sociale**



**Pascale DONIGUIAN**

**Le rapporteur de la commission du budget,  
des finances et du patrimoine,**



**Philippe BLAISE**