



REPUBLIQUE FRANCAISE

PROVINCE SUD

N° 7 -96/COM

Nouméa, le 28 MAI 1996

R A P P O R T
de la commission de la santé et de l'action sociale

La commission de la santé et de l'action sociale s'est réunie sous la présidence de M. MARESCA, le jeudi 23 mai 1996 à 9 H 00, dans la salle des commissions de l'hôtel de la Province Sud pour examiner le rapport n° 13-96 : projet de délibération relatif au régime de l'aide médicale et aux dispositifs de prise en charge des prestations.

Etaient présents : Mme Lagarde, MM. Maresca, Herpin, Maes, Valet et Yanno.

Participaient également aux travaux de la commission : MM. Sarran et Selefen.

Etaient absents : MM. Moyatéa, Wamytan (excusés), Laborde, Malalua et Mariotti.

L'exécutif de la Province était représenté par M. Bretegnier, 2^e Vice-Président.

M. Arlie, commissaire délégué de la République pour la Province Sud était absent excusé.

L'administration de la Province était représentée par M. Duteïs, Secrétaire Général, Mme Lorenzin, Secrétaire Général Adjoint, M. Grabias, directeur des affaires sanitaires et sociales, M. Smadja, chargé de mission auprès du Secrétaire Général et M. Polizzi, chef du service de l'aide médicale.

* * *

Rapport n°13.96 : projet de délibération relatif au régime de l'aide médicale et aux dispositifs de prise en charge des prestations.

Le Congrès du Territoire a adopté en août 1994 dans le cadre du Plan Santé, un dispositif prévoyant pour les assurés sociaux atteints d'affections de longue durée, la désignation d'un médecin-référent chargé du suivi et de la coordination des soins.

L'article 3 de la délibération 495 du 11 août 1994, confère à l'Assemblée de Province la possibilité de décider de l'extension de cette procédure aux ressortissants de l'aide médicale.

Une convention d'intention a été conclue dès la fin 1994 entre la Province Sud et le syndicat des médecins libéraux et les discussions engagées par la suite ont abouti à l'élaboration d'un projet de convention. La mise en oeuvre de cet accord nécessite une adaptation de la réglementation de l'aide médicale de la Province Sud, objet de la présente délibération.

Le projet de délibération présenté par l'exécutif prévoit que le dispositif du médecin-référent concerne les personnes atteintes d'affections de longue durée ou de maladies sociales bénéficiaires de cartes A ou D. La liste des affections concernées est refondue et il est proposé d'y intégrer les personnes présentant une séropositivité au virus d'immuno déficience ainsi que les patients qui entreprennent un traitement de sevrage à l'alcool. Cette extension dont l'impact financier restera très modéré, devrait permettre une amélioration de l'intervention provinciale en terme de santé publique et de prévention.

En commission, les conseillers ont émis un avis favorable sur l'intégration, à la liste des affections de longue durée, des personnes présentant une séropositivité au virus d'immuno déficience et des patients entreprenant un traitement de sevrage à l'alcool. Ils ont également approuvé le dispositif du médecin-référent pour les bénéficiaires de cartes A.

En revanche, ils se sont longuement interrogés sur l'opportunité d'étendre ce dispositif aux bénéficiaires de la carte D. Les bénéficiaires d'une carte D sont des personnes atteintes d'une maladie sociale quels que soient leurs revenus ou leur activité.

L'accès ouvert au secteur privé ne pouvant être maîtrisé que par la limitation du tiers-payant, lorsqu'il s'agit de personnes qui disposent de revenus réguliers, l'obligation d'avance de frais ne semble pas une garantie suffisante.

Par ailleurs, le bénéficiaire d'une carte D pourrait, en plus du médecin-référent, consulter d'autres praticiens et se faire rembourser ultérieurement par leur organisme de couverture sociale les consultations et les médicaments, ce qui va à l'encontre de la politique de maîtrise des coûts de la santé et ne permettrait plus un contrôle efficace du suivi du patient.

Compte-tenu des risques de dérapage financier et dans l'attente d'une meilleure connaissance des bénéficiaires de cartes D, les commissaires ont approuvé la proposition du 2^e Vice-Président visant à n'appliquer qu'aux bénéficiaires de la carte A atteints d'une longue maladie le dispositif du médecin-référent et à engager une nouvelle réflexion pour les bénéficiaires de la carte D après un recensement précis de ces derniers et un examen de leur situation.

Aussi, dans le projet de délibération, toute référence aux bénéficiaires de cartes D serait annulée.

Les modifications proposées dans le projet de délibération sont détaillées dans le rapport de présentation de l'exécutif. Elles présenteraient les avantages suivants :

Pour les ressortissants de l'aide médicale

- Une extension du principe du libre-choix de leur médecin traitant avec une amélioration en termes de proximité, de disponibilité et d'horaires par rapport aux structures publiques de soins.
- Une amélioration significative de la prise en charge médicale de l'assuré atteint par une longue maladie.

Pour les praticiens libéraux

- Dans la zone du Grand Nouméa où ils sont les plus nombreux, ils verraient leurs cabinets s'ouvrir à une clientèle qui ne pouvait y accéder précédemment.
- Les généralistes verraient leur rôle valorisé et reconnu dans la fonction de coordonateur du suivi des patients. Cette nouvelle fonction serait rémunérée dans des conditions qui ont obtenu l'accord des parties contractantes.

En commission, il a été indiqué qu'il s'agissait d'une rémunération pour un supplément de travail pour le suivi du malade, la mise à jour de son carnet médical et la tenue du dossier médical dont les éléments permettront d'établir un bilan annuel des soins.

- Les spécialistes seraient positionnés dans leur fonction de "consultants" par rapport aux pathologies spécifiques des patients qui leur sont adressés.

Pour l'aide médicale

- Le dispositif apporte un élément fondamental de cohérence dans le système de distribution des soins, une meilleure efficacité thérapeutique et une meilleure maîtrise de soins engagées.

- L'ouverture au secteur privé libéral devrait correspondre à un simple transfert partiel du financement des consultations externes hospitalières et de celles des centres médico-sociaux de la Cafat. Celles-ci sont aujourd'hui payées à l'acte et selon les tarifs conventionnels.

En réponse à un commissaire qui s'interrogeait sur d'éventuels abus en matière de consultations médicales et de consommations de médicaments, M. Smadja a précisé qu'une analyse attentive des bilans annuels présentés par les médecins-référents et une étude des statistiques devraient permettre un contrôle efficace.

* * *

Article 1 : cet article abroge des dispositions des articles 6, 7, 8 et 9 de la délibération n°12.90/ APS du 24 janvier 1990 et propose une nouvelle rédaction de ces articles pour tenir compte des modifications introduites par l'institution du médecin-référent. Le dispositif du médecin-référent n'ayant pas été retenu par la commission en ce qui concerne les "cartes D" l'article 9 de la délibération n°12.90/ APS du 24 janvier 1990 n'est pas modifié.

Il convient donc, d'une part, d'insérer à la première ligne de l'article 1 la conjonction "et" entre les chiffres 7 et 8 de supprimer le chiffre "9", d'autre part de supprimer à la fin de l'article, le nouvel article 9.

Au sein de l'article 1, les nouveaux articles 6, 6.1, 6.2 et 6.3 n'ont pas fait l'objet d'observations particulières de la commission.

A l'article 7, afin d'éviter toute erreur d'interprétation et pour plus de précision il est proposé de préciser à la 2^e ligne : "... les ressortissants de l'aide médicale bénéficiaires d'une carte A..." le reste sans changement.

A l'article 7.1, dans un même souci, il est proposé de préciser "... les bénéficiaires concernés visés à l'article 7 ci-dessus...". Le reste sans changement.

A la fin de la première phrase de l'article 7.3 relative à la rémunération spécifique du médecin-référent un commissaire a souhaité, pour rester en homologie avec le reste du texte, remplacer la formule "Cx2,5" par "2,5C". Avis favorable de la commission.

Articles 7.4 et 7.5 : sans observation.

Article 7.6 : la commission a souhaité adopter une rédaction écartant toute déviation du système et pour ce faire a proposé de supprimer le groupe de mots "liés à une affection intercurrente".

Articles 8, 8.1 et 8.2 : sans observation.

Article 8.3 : cet article porte sur la réalisation d'une étude d'évaluation du dispositif du médecin-référent . Il prévoit en son dernier alinéa qu'un rapport de synthèse de cette évaluation est adressé à l'exécutif de la Province. A la demande du 2^e Vice-Président, il est proposé de remplacer dans ce dernier alinéa le mot "communiqué" par "transmis" et de préciser que ce rapport est destiné à la DPASS. Cet alinéa serait ainsi rédigé :

"Le rapport de synthèse de cette évaluation, ne comportant aucune donnée individualisée, est transmis pour le 31 mars de chaque année à l'exécutif de la Province (DPASS)". Avis favorable de la commission.

Article 8.4 : sans observation.

Article 9 : comme indiqué précédemment, l'article 9 de la délibération n°12.90/APS du 24 janvier 1990 n'est pas modifié.

Le nouvel article est donc annulé.

Sur l'article 1 du projet de délibération modifié comme indiqué ci-dessus, les commissaires ont émis un avis favorable.

Articles 2 et 3 : sans observation de la commission qui a émis un avis favorable sur ces articles ainsi que sur l'ensemble du texte modifié.

Pour tenir compte de la modification proposée par la commission qui ne retient le dispositif du médecin-référent que pour les bénéficiaires de cartes A, il convient de supprimer dans l'annexe à la délibération la référence aux bénéficiaires de cartes D.



Le Président
P. Maresca
P. MARESCA