

REPUBLIQUE FRANCAISE

-----  
Nouvelle-Calédonie

-----  
PROVINCE SUD

SECRETARIAT GENERAL

N° 13-96/APS.

Du 05 MAI 1996

R A P P O R T

à

l'assemblée de Province

**OBJET** : Institution du médecin référent.

**P. J.** : Un projet de délibération.

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 ainsi été conclue dès la fin 1994 entre la Province Sud et le syndicat des médecins libéraux en vue "d'étudier les conditions d'extension au secteur libéral du médecin-référent (...) aux bénéficiaires de l'aide médicale titulaires de cartes A (...) sur l'ensemble du territoire de la Province".

Les discussions engagées par la suite ont abouti à l'élaboration d'un projet de convention joint en annexe au présent rapport.

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 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. Il apparaît en effet nécessaire d'assurer à ces personnes, un suivi coordonné et une prise en charge intégrale des dépenses. 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.

Au plan général, on peut estimer à environ 500 le nombre de personnes qui relèveront de ce dispositif, c'est à dire 2,2 % de l'ensemble des ressortissants de l'aide médicale et 5,2 % des bénéficiaires de carte A. Les dépenses engagées pour ces personnes sont estimées à plus de 600 millions de francs soit 20 % des charges de l'aide médicale.

S'agissant de personnes présentant des troubles durables et nécessitant des soins constants, la coordination des soins par un médecin référent paraît particulièrement adaptée. En pratique, le praticien, librement choisi par le patient, doit élaborer un protocole annuel de soins décrivant la ou les pathologies, les thérapeutiques envisagées, la fréquence et la nature des examens proposés, ainsi que le recours éventuel à un ou des spécialistes.

Ce protocole est alors soumis au service du contrôle médical. Son acceptation par ce dernier, entraîne une rémunération spécifique (2 consultations et demie) du médecin et pour le malade l'obligation de consulter désormais ce praticien pour voir ses soins pris en charge intégralement et en tiers-payant.

Hors cas d'urgence, le recours à un autre praticien que celui choisi initialement par le patient ne peut faire l'objet de tiers-payant. Les malades se voient dans l'obligation de faire l'avance des frais pour les actes et les prescriptions qu'ils entraînent.

En contrepartie de cette obligation, les bénéficiaires de carte A pourront désormais s'adresser à un praticien libéral conventionné, y compris pour les résidents des communes de Nouméa, Mont-Dore et Dumbéa, qui ne pouvaient consulter que dans les structures publiques ou assimilées.

Afin de faciliter la reconnaissance des droits de ces bénéficiaires, une carte leur sera délivrée avec l'identification du médecin-référent choisi, permettant ainsi aux professionnels de savoir si les actes ou les prescriptions sont susceptibles d'être pris en charge.

Le dispositif prévoit enfin un bilan annuel de ce mode de coordination. Cette évaluation est conduite à partir des consultations individuelles de synthèse, élaborées pour chaque malade par les médecins-référents et transmises au contrôle médical chargé d'en présenter un rapport d'analyse générale.

En termes généraux, les modifications qui vous sont proposées 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. Cette amélioration se traduira notamment par :

- un protocole annuel de soins,
- un dossier médical tenu par le praticien,
- un carnet médical détenu par le malade,
- un bilan annuel de soins

**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.

- 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.

- Au delà de l'avantage attendu de meilleure efficacité thérapeutique, il devrait permettre une meilleure maîtrise et efficience des dépenses 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.

Tel est l'objet du projet de délibération que j'ai l'honneur de vous soumettre.

Le Président

# République Française

-----  
Nouvelle-Calédonie

-----  
PROVINCE SUD

## ASSEMBLEE DE PROVINCE

N° 96/APS  
Du

## AMPLIATIONS :

COM DEL.....	1
HC.....	1
Congrès.....	1
APS.....	32
SGPS.....	2
SAPS.....	2
DIRECTIONS.....	6
JONC.....	1

## DELIBERATION

Relative au régime de l'aide médicale et aux dispositifs de prise en charge des prestations

### L'ASSEMBLEE DE LA PROVINCE SUD,

Délibérant conformément à la loi modifiée N° 88-1028 du 9 novembre 1988 portant dispositions statutaires et préparatoires à l'autodétermination de la Nouvelle-Calédonie en 1998;

- Vu la délibération cadre modifiée du Congrès N° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et à l'aide sociale,
- Vu la délibération modifiée N° 12/90/APS du 24 janvier 1990 prise pour l'application, dans la Province Sud, de la délibération Cadre du Congrès N° 49 du 28 décembre 1989,
- Vu la délibération N° 495 du 11 août 1994, instituant une prise en charge globale du patient par la mise en place d'un médecin référent ou médecin de famille,

A ADOPTE EN SA SEANCE DU                      LES DISPOSITIONS DONT LA TENEUR SUIT :

### **Article 1**

Les dispositions des articles 6, 7, 8 et 9 de la délibération de l'Assemblée de la Province Sud N° 12-90/APS du 24 janvier 1990 sus-visée sont abrogées, remplacées et complétées par les dispositions suivantes :

**Article 6 :** Les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale peuvent prétendre à la prise en charge des soins qui leur sont dispensés dans les formations sanitaires publiques, ainsi que

des prescriptions quel qu'en soit l'exécutant. Les formations sanitaires publiques sont constituées par les circonscriptions médicales provinciales, les établissements hospitaliers publics et par assimilation, les centres médicaux et de soins gérés par la CAFAT.

Dans les communes situées hors du Grand Nouméa, c'est à dire autres que celles de Nouméa, Mont Dore et Dumbéa, les bénéficiaires de l'aide médicale peuvent également prétendre à la prise en charge des soins dispensés dans le secteur libéral sur la base des tarifs conventionnels.

**Article 6-1 :** Les bénéficiaires du régime de l'aide médicale disposant par ailleurs d'un autre régime de protection sociale (cartes B, C, D) et résidant dans les communes de Nouméa, Mont Dore et Dumbéa, peuvent également prétendre à la prise en charge de soins dispensés dans le secteur libéral sur la base des tarifs conventionnels.

**Article 6-2 :** La prise en charge par l'aide médicale est communément réalisée par un dispositif de tiers payant sur la base des tarifs réglementaires publics dans les domaines de la pharmacie, des prothèses et des transports sanitaires et sur celle des tarifs conventionnels pour les autres prestations.

**Article 6-3 :** Un ticket modérateur de 10 % du montant des dépenses exposées est laissé à la charge des patients et directement réglé par eux aux prestataires.

**Article 7 :** Par exception aux dispositions générales prévues aux articles 6, 6-1 et 6-2, les ressortissants de l'aide médicale atteints d'une des affections de longue durée figurant sur la liste jointe en annexe, doivent dans le délai de deux mois de la notification qui leur en est faite, choisir un médecin référent parmi les praticiens exerçant à proximité de leur résidence.

**Article 7-1 :** Pour exercer ce choix, les bénéficiaires concernés peuvent recourir soit à un médecin généraliste exerçant dans une structure de soins publique ou assimilée, soit à un médecin généraliste d'exercice libéral conventionné.

Pour des motifs circonstanciés, liés au traitement et au suivi de certaines pathologies, le contrôle médical de l'aide médicale peut justifier le choix d'un médecin référent spécialiste.

**Article 7-2 :** Le médecin référent soumet au contrôle médical un protocole annuel de soins, définissant la pathologie et les traitements qu'il se propose de mettre en oeuvre pour son patient, ainsi que les examens complémentaires et le recours éventuel à un spécialiste consultant déterminé par le patient.

**Article 7-3 :** L'acceptation par le contrôle médical de ce protocole ouvre droit la première année pour le praticien à une rémunération spécifique équivalente à la valeur de C X 2,5.

Pour le patient, elle ouvre droit à l'exonération du ticket modérateur et à la prise en charge en tiers-payant des soins et traitements prévus au protocole susvisé et liés à l'affection exonérante. Ce droit est attesté par la délivrance au bénéficiaire d'une carte personnelle valable pour la durée du protocole, précisant l'identification du médecin référent choisi. Le patient est également doté d'un carnet de santé personnel qu'il peut présenter à tout praticien appelé à lui donner des soins.

**Article 7-4 :** A l'exception des cas d'urgence attestée par le contrôle médical, les actes et prescriptions effectués par un praticien en dehors du dispositif coordonné par le médecin référent mentionné sur la carte prévue à l'article 7-3 2ème alinéa, ne peuvent faire l'objet de prise en charge par tiers-payant.

**Article 7-5 :** Pour les soins et traitements liés à une affection intercurrente, lorsqu'ils sont réalisés ou prescrits par le médecin référent, le patient conserve à sa charge un ticket modérateur équivalent à 10 % des dépenses exposées, qu'il règle directement au prestataire.

**Article 7-6 :** Lorsque les soins et traitements liés à une affection intercurrente sont réalisés ou prescrits par un médecin autre que le médecin référent et sans indication expresse de ce dernier, le patient doit faire l'avance des frais.

**Article 8 :** Le médecin référent détient et renseigne un dossier médical de suivi de son patient. A l'échéance annuelle du protocole, il réalise une consultation de son patient qui donne lieu à l'élaboration d'un bilan annuel de traitement, accompagné éventuellement d'une demande de renouvellement du protocole de soins. Ce bilan est adressé au contrôle médical, il ouvre droit à une rémunération spécifique équivalent à la valeur de 2 C. L'acte global constitué par la consultation, le bilan annuel et le renouvellement du protocole annuel est honoré sur la base de 2,5 C.

**Article 8-1 :** Durant la période de validité du protocole de soins, le choix du médecin référent peut être modifié sur demande motivée, du patient ou du médecin, présentée au contrôle médical.

Le patient doit alors proposer le nom d'un nouveau médecin référent.

Après accord du contrôle médical, le médecin précédent est tenu de transmettre au nouveau médecin l'intégralité du dossier médical de suivi du patient.

**Article 8-2 :** Seuls les professionnels de santé régis par des dispositions déontologiques et appelés à donner des soins ou à en contrôler la délivrance ou la prise en charge, peuvent se voir présenter et consulter le carnet médical fourni au patient.

**Article 8-3 :** Dans l'intérêt de la santé publique, le contrôle médical réalise annuellement une étude d'évaluation du dispositif du médecin référent, à partir des informations médicales individuelles issues des protocoles de soins et des synthèses et bilans annuels adressés par les médecins référents.

Dans le respect des règles déontologiques, les praticiens du contrôle médical, peuvent s'entourer pour l'étude et l'appréciation de ces données, de médecins appelés à exercer les fonctions de référents.

Le rapport de synthèse de cette évaluation, ne comportant aucune donnée individualisée, est communiqué pour le 31 mars de chaque année à l'exécutif de la Province.

**Article 8-4 :** L'exécutif de la Province peut conclure une convention précisant les modalités d'intervention des médecins libéraux dans le dispositif du médecin référent, fixé par les articles 7 à 8-3 ci-dessus.

**Article 9 :** Bénéficiaire de l'exonération du ticket modérateur, outre les personnes visées à l'article 24 de la délibération cadre, les catégories de bénéficiaires de l'aide médicale suivantes :

- les femmes enceintes, pendant une période débutant sept mois avant la date présumée de l'accouchement et s'achevant à la date de celui-ci, sauf en cas de suites pathologiques,
- les enfants de la naissance à deux ans révolus,
- dans le respect des dispositions énoncées aux articles 7 à 8-3 ci-dessus, les bénéficiaires de la catégorie D visés à l'article 7,
- les personnes atteintes d'une affection de longue durée.

#### **Article 2**

L'article 15-1 de la délibération n° 12-90/APS du 24 janvier 1990 susvisée est abrogé.

#### **Article 3**

La présente délibération sera transmise au Commissaire-Délégué de la République et publiée au Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie.

**DELIBERE EN SEANCE PUBLIQUE**

**LE PRESIDENT**

## ANNEXE

à la délibération n° -96/APS du

Relèvent du dispositif du médecin-référent, les bénéficiaires de l'Aide Médicale - cartes A ou D - présentant l'une des affections suivantes :

- Accident vasculaire cérébral invalidant,
- Aplasie médullaire,
- Artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques,
- Bilharziose compliquée,
- Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave,
- Cirrhose du foie décompensée,
- Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et Déficit immunitaire acquis grave (syndrome immuno-déficitaire acquis),
- Séropositivité au virus de l'immuno-déficience,
- Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime,
- Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie),
- Hémoglobinopathie homozygote,
- Hémophilie,
- Hypertension artérielle sévère,
- Infarctus du myocarde datant de moins de six mois,
- Insuffisance respiratoire chronique grave,
- Lèpre,
- Maladie de Parkinson,
- Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé spécialisé,
- Mucoviscidose,
- Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif,
- Paraplégie,
- Périorthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérose généralisée évolutive,
- Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave,
- Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale,
- Maladies mentales,
- Traitement de sevrage à l'acool,
- Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives,
- Sclérose en plaque invalidante,
- Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne,
- Spondylarthrite ankylosante grave,

- Suites de transplantation d'organe,
- Tuberculose,
- Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoiétique.
- Maladies sexuellement transmissibles.



# PROJET DE CONVENTION INSTITUANT LE MEDECIN REFERENT



Entre,

La Province Sud, représentée par son Président,

d'une part,

et

Le Syndicat des Médecins Libéraux de Nouvelle-Calédonie, représenté par son  
Président, d'autre part,

Les parties signataires conviennent de mettre en place, au profit des personnes bénéficiaires de l'Aide Médicale, prises en charge par la Province Sud et atteintes d'une Affection de Longue Durée ou d'une des maladies dites sociales, un dispositif de médecin-référent ou médecin de famille, contribuant à la coordination et à la continuité des soins.

La présente convention détermine les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux concourent à ce dispositif et contribuent à son évaluation.

## I/ CHAMP D'APPLICATION

### □ Article 1 :

La présente convention est conclue en application de l'article 22 de la délibération-cadre modifiée N° 49 du 28 décembre 1989, de l'article 20 de la délibération 490 du 11 août 1994 et de la délibération de l'Assemblée de la Province Sud... du

Elle s'inscrit dans le prolongement de la Convention Médicale du 29 novembre 1994 dont elle constitue une annexe visée à l'article 2, alinéa 5.

Elle engage les médecins libéraux ayant fait connaître leur adhésion à la Convention Médicale du 29 novembre 1994.

### □ Article 2 :

Il est institué, pour la durée de la présente convention, un dispositif dit du médecin référent ou médecin de famille.

Ce dispositif est applicable aux personnes ressortissant de l'Aide Médicale de la Province Sud et atteints d'une des affections figurant sur la liste jointe en annexe 1.

## II/ MODALITES PRATIQUES POUR LES PATIENTS

### □ Article 3 :

Les personnes visées à l'article 2, déjà bénéficiaires d'une décision d'exonération du Ticket Modérateur en application de l'article 7-3 de la délibération provinciale N° 12-90/APS du 24.01.1990 modifiée, et celles venant à en bénéficier doivent dans le délai de deux mois suivant la notification qui leur en est faite, opter pour un médecin-référent.

Le médecin-référent est librement choisi parmi les médecins généralistes exerçant, soit dans le secteur libéral conventionné, soit dans le secteur public des circonscriptions médicales de la Province, de la CAFAT ou du secteur hospitalier public.

Par dérogation, selon les pathologies présentées, et après accord du Contrôle Médical, un médecin spécialiste peut être choisi comme médecin-référent dans les mêmes conditions.

Dans cette hypothèse, le patient fera également le choix d'un médecin généraliste en qualité de second référent.

### □ Article 4 :

Seuls les actes et prescriptions établis par le médecin-référent pourront donner lieu à une prise en charge intégrale en tiers payant par l'Aide Médicale dans la limite des tarifs conventionnels, ou de ceux définis réglementairement, s'agissant notamment des médicaments, des transports sanitaires ou des fournitures et appareils visés au TIPS.

Les états sont réglés au praticien par l'Aide Médicale Sud dans le délai d'un mois à compter de la date de réception.

Les actes et prescriptions réalisés par un autre praticien que le médecin-référent, sans indication, prescription ou recommandation expresse et préalable du médecin-référent, ne seront pas pris en charge en tiers-payant. Ils devront être directement honorés par le patient.

En l'absence de dispositif coordonné de financement des secteurs public et privé d'hospitalisation, seuls les séjours et traitements hospitaliers réalisés dans le secteur public, seront pris en charge.

### □ Article 5 :

Les personnes bénéficiaires du dispositif sont dotés d'un carnet médical personnel portant identification du médecin-référent choisi par elles, et éventuellement du spécialiste consultant. Le carnet médical, propriété du patient, et attestant des conditions de prise en charge par l'Aide Médicale, ne peut être consulté que par les médecins et professionnels de santé, appelés à donner des soins au patient et, dans l'exercice de leur mission, par les médecins-conseils du Contrôle Médical.

Le patient présente le carnet, aux praticiens appelés à lui donner des soins. Le praticien y indique les dates, actes et prescriptions qu'il exécute.

## III/ MODALITES PRATIQUES POUR LE MEDECIN REFERENT

□ Article 6 :

Le médecin généraliste - ou exceptionnellement le spécialiste - choisi par le patient pour exercer les fonctions de référent, donne son accord dans le respect de la déontologie.

Dans le cas où un patient n'a pu obtenir l'accord d'un médecin pour assurer les fonctions de référent, le Médecin-Chef du Contrôle Médical désigne un médecin généraliste dans les conditions précisées à l'article 3 - alinéa 2, avec l'accord de ce dernier.

Le choix, en cours de traitement, du médecin référent peut être modifié sur demande motivée du patient ou du médecin.

□ Article 7 :

Le médecin-référent établit un protocole annuel de soins soumis pour accord au Contrôle Médical.

Le protocole comporte les indications suivantes :

- ⇒ identification du bénéficiaire et référence du dossier d'Aide Médicale,
- ⇒ identification du médecin-référent (et éventuellement du second médecin consultant s'il y a lieu),
- ⇒ diagnostic détaillé de l' (ou des) affection (s) (date, évolution...),
- ⇒ éléments cliniques et examens complémentaires à l'établissement du protocole,
- ⇒ programme annuel thérapeutique et de surveillance envisagé : traitements, examens et investigations, nature et rythme des consultations de surveillance envisagées, recours éventuel à un praticien consultant et prescriptions diverses,
- ⇒ date et signature du médecin-référent.

Le Contrôle Médical notifie son accord ou son désaccord sur le protocole annuel de soins sous dix jours au médecin.

□ Article 8 :

En cas d'accord, le médecin-référent reçoit un dossier de suivi médical pour son patient ; celui-ci reçoit un carnet médical personnel, et une carte précisant l'identification du médecin-référent choisi ainsi que les droits du patient à l'exonération du ticket modérateur pour les soins et traitements liés à son affection.

□ Article 9 :

En cas de différend, d'ordre technique entre le médecin-référent et le médecin-conseil, ce dernier prend contact avec le médecin-référent avant d'émettre son avis, afin d'aboutir à un accord concerté. A défaut d'accord, le dossier est transmis au Comité Médical Paritaire institué à l'article 35 de la Convention Médicale du 29 novembre 1994. La consultation au cours de laquelle le médecin-référent élabore le protocole annuel de prise en charge est rémunérée la première année sur la base de 2,5 C.

## IV/ LE DOSSIER DE SUIVI MEDICAL

### ❑ Article 10 :

Le médecin-référent détient et renseigne un dossier de suivi médical pour son patient. Le dossier concourt à la continuité et la coordination des soins et à l'amélioration de leur qualité.

Le dossier de suivi médical constitue un instrument de santé publique. Il permet de rassembler la synthèse médicale, diagnostique et thérapeutique, et facilite le suivi médical du patient. Il contribue à éviter les risques d'interactions médicamenteuses ou de redondance.

Il permet d'une manière générale de délivrer les soins et traitements préventifs médicalement utiles au meilleur coût.

### ❑ Article 11 :

Les professionnels de santé, publics ou privés, communiquent au médecin-référent, dans le respect de la déontologie, une synthèse des informations médicales concernant le patient.

En cas de changement de médecin-référent, le médecin précédent est tenu de transmettre à son confrère, l'intégralité du dossier de suivi médical du patient.

### ❑ Article 12 :

A la date anniversaire d'établissement du dossier, le médecin-référent réalise une consultation permettant d'établir le bilan de la prise en charge de son patient. Il rédige à l'issue de cette consultation, une fiche de synthèse et d'évaluation du protocole annuel de soins.

Cette fiche de synthèse peut éventuellement comprendre une demande de renouvellement ou de révision du protocole annuel. Elle est adressée au Contrôle Médical.

Cette consultation de synthèse est honorée sur la base de 2 C.  
Si l'état du patient nécessite un nouveau protocole annuel, l'acte global constitué par la consultation, la synthèse annuelle et le nouveau protocole, est honoré sur la base de 2, 5 C.

## V/ EVALUATION ET SUIVI

### ❑ Article 13 :

Le Contrôle Médical enregistre et détient l'ensemble des éléments de demandes de protocoles annuels, des échanges qu'ils ont suscité, des bilans de synthèse annuels et de leurs renouvellements, ainsi que des pathologies et des traitements concernés.

Il adresse annuellement pour le 31 mars au Comité Médical Paritaire, institué à l'article 35 de la Convention Médicale du 29 novembre 1994, un rapport d'analyse sur ces informations.

### ❑ Article 14 :

Une synthèse de ce rapport, dépourvue de toute mention individualisée, est adressée parallèlement aux parties signataires de la présente Convention qui conviennent de se réunir pour un bilan d'appréciation et d'étape avant le 31 mai.

Ce bilan d'appréciation intégrera les éléments médicaux anonymisés, et les réflexions épidémiologiques ; les services de l'Aide Médicale produiront à cette occasion un rapport présentant les données sociologiques et quantitatives des patients bénéficiant du dispositif, ainsi que les données économiques résultant des traitements et prestations, dont ils ont bénéficié.

□ Article 15 :

A l'occasion de ce bilan, les parties signataires pourront convenir des évolutions et modifications à apporter au présent dispositif. Ces modifications devront faire l'objet d'un avenant à la présente Convention.

## VI/ DUREE ET CONDITIONS D'APPLICATIONS DE LA CONVENTION

□ Article 16 :

La Convention est établie pour une durée initiale de deux ans renouvelable par tacite reconduction, et pour des périodes de trois années.

Elle peut être résiliée à chaque échéance, ou dénoncée par l'un ou l'autre des signataires, par lettre recommandée précisant les motifs de cette décision et notamment :

- en cas de modification réglementaire, économique ou financière, mettant en cause l'équilibre de l'engagement,
- en cas de violation grave et répétée des engagements de l'autre partie.

La résiliation ou la dénonciation prend alors effet à l'échéance des deux mois suivants.

Nouméa, le

Le syndicat des médecins libéraux de N.C.

La Province sud

**DELIBERATION n° 12-90 du 24/01/1990 DE L'ASSEMBLEE DE LA PROVINCE SUD  
PRISE POUR L'APPLICATION DE LA DELIBERATION CADRE DU CONGRES  
N° 49 DU 28 DECEMBRE 1989 RELATIVE A L'AIDE MEDICALE  
ET AUX AIDES SOCIALES**

Date du présent tirage 20 novembre 1995

modifiée par délibérations n° - 36-90/ APS du 28-03-90  
- 133-90/APS du 28-12-90  
- 29-90/APS du 07-05-91  
- 79-91/APS du 10-12-91  
- 55-91/APS du 09-08-92  
- 58 et 59-92/APS du 17-12-92  
- 46-94/APS du 20 déc 1994

**ARTICLE 1ER : (délib n° 36-90/APS du 28-03-90)**

Les conditions d'admission au régime d'aide médicale et d'aides sociales ainsi que les prestations, sous réserve de celles particulières prévues par la présente délibération pour la Province sud, sont celles instituées par la délibération cadre sus-visée.

**TITRE I : REGIME D'AIDE MEDICALE**

**CHAPITRE I : INSTRUCTION DES DEMANDES**

**ARTICLE 2 : (délib n° 59-92/APS du 17-12-92)**

Les demandes d'admission au bénéfice de l'aide médicale sont instruites par la Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale (DPASS).

Le dossier doit comprendre :

- une fiche familiale d'état civil,
- une copie de la déclaration à l'impôt sur le revenu et de l'avis d'imposition concernant la dernière année fiscale ou un certificat de non-imposition (cette pièce n'est pas à fournir pour les bénéficiaires de l'aide aux personnes âgées et aux infirmes, ni pour les personnes ne tirant leurs ressources que de l'agriculture de subsistance),
- une attestation de situation vis-à-vis de la CAFAT : carte d'immatriculation, droits annualisés, titre de pension de retraite ou d'invalidité ou de rente accident du travail, admission à la longue maladie, délégation de paiement, carte d'allocataire et éventuellement une demande d'affiliation à un régime d'assurance volontaire ;
- le cas échéant une attestation à l'affiliation au régime d'assurance maladie de la Cafat ou des mutuelles si la Province décide d'y recourir.

Le dossier à remplir doit comprendre les renseignements relatifs aux ressources, à la situation familiale, aux lieux de résidence actuelle et précédente, aux conditions de logement, aux liens avec les personnes vivant au foyer.

Les demandeurs doivent fournir les indications nécessaires, faciliter les recherches complémentaires et les contrôles.

En ce qui concerne leur situation familiale, les demandeurs doivent fournir les pièces d'état-civil nécessaires, donner des indications précises sur la composition du ménage et les liens les unissant aux personnes vivant à leur foyer.

Ils doivent également fournir la liste nominative des personnes qui sont tenues envers eux de l'obligation alimentaire.

En ce qui concerne les ressources, les demandeurs peuvent avoir à fournir toutes indications relatives tant à leurs revenus d'origine professionnelle ou non, permanents ou occasionnels, principaux ou accessoires, qu'aux biens qu'ils possèdent et à leur revenus. Ils doivent donner les mêmes indications pour toutes les personnes vivant à leur foyer.

Ils accompagnent leur déclaration de toutes pièces justificatives utiles telles que feuilles de paie, certificats de travail, certificats d'imposition ou de non-imposition, documents comptables et bancaires ...

#### ARTICLE 2-1 : (délib n° 59-92/APS du 17-12-92)

Les personnes visées à l'article 12 de la délibération n° 49 du 28 déc 1989 sus-visée ne pourront demander à être admises au bénéfice de l'aide médicale dans la Province sud que lorsqu'elles seront affiliées à titre obligatoire ou volontaire à la CAFAT et, pour ceux pouvant en relever, à la mutuelle des fonctionnaires ou qu'elles prouveront qu'elles ne peuvent obtenir l'équivalent du montant de cette cotisation pour la période pour laquelle elles demandent l'admission à l'aide médicale ou la validité de la carte.

#### ARTICLE 3 :

Les personnes demandant le bénéfice de l'aide médicale en application des dispositions des articles 12 et 17 de la délibération cadre doivent fournir les renseignements et pièces relatifs à leur cas particulier.

#### ARTICLE 4 : (alinéa 2 modifié par délib n° 133-90/APS du 28-12-90)

L'admission au régime est prononcée par le Président de l'Assemblée de Province au vu du dossier.

La carte est délivrée pour une période déterminée en fonction du dossier et qui ne peut excéder un an. Elle est renouvelable par période déterminée de la même façon.

L'admission peut néanmoins être revue avant le terme en raison de l'évolution de la situation du bénéficiaire.

La décision de rejet doit indiquer les motifs de fait en raison de l'évolution.

#### ARTICLE 5 :

A titre exceptionnel et en cas d'absolue nécessité, le Président de l'Assemblée de Province peut prononcer l'admission d'urgence à l'aide médicale pour une hospitalisation et les soins qui y sont liés avant constitution et instruction du dossier.

**ARTICLE 5-1 : (délib n° 59-91/APS du 17-12-92)**

L'affiliation à un des régimes d'assurance volontaire couvrant le risque maladie, chirurgie, maternité, invalidité, gérés par la CAFAT doit être recherchée pour les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale, dans la Province sud, au titre des articles 9 et 10 de la délibération cadre N° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales. Les cotisations de celles d'entre elles qui ne bénéficient pas d'un régime obligatoire d'assurances sociales territoriales ou métropolitaines peuvent être prises en charge par la Province sud.

**ARTICLE 5-2 : (délib n° 59-92/APS du 17-12-92)**

L'affiliation peut être demandée pour les personnes admises à l'aide médicale et remplissant les conditions énumérées pour l'admission à l'assurance volontaire au titre de l'article 4 de la délibération n° 14 du 29 janvier 1969 aux conditions prévues par cet article et pour celles remplissant les conditions de la délibération n° 135 du 26 février 1987 aux conditions prévues par cette délibération.

**ARTICLE 5-3 : (délib n° 59-92/APS du 17-12-92)**

L'affiliation peut être demandée pour les ressortissants de l'aide médicale remplissant les conditions de l'article 5 de la délibération n° 427 du 3 juin 1982 aux conditions fixées par cet article.

**ARTICLE 5-4 : (délib n° 59-92 /APS du 17-12-92)**

Pour les ressortissants de l'aide médicale n'entrant pas dans le champ d'application des articles précédents l'affiliation peut être demandée au titre des autres dispositions du régime d'assurance volontaire couvrant le risque maladie dans le cadre de la CAFAT et notamment celles de la délibération n° 427 du 3 juin 1982.

**ARTICLE 5-5 : (délib n° 59-92/APS du 17-12-1992)**

La cotisation au régime de prévoyance de la CAFAT peut être prise en charge partiellement par le titulaire de la carte selon un barème fixé par délibération du bureau, barème fixé en tenant compte des ressources des intéressés et de la valeur estimée de leurs biens.

## **CHAPITRE II : PRESTATIONS**

**ARTICLE 6 :**

En application de l'article 21 de la délibération cadre, les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale peuvent également prétendre à la prise en charge des soins qui leur sont dispensés dans le secteur libéral sur la base de tarifs conventionnés :

1- Dans les communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa :  
pour les catégories B, C et D couvertes par un autre organisme de couverture sociale.

2 - Hors du Grand Nouméa (Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa) :  
quelle que soit la catégorie d'admission. La localisation de la prescription fait foi de son origine.

**ARTICLE 7 :**

Pour l'application de l'article 21 de la délibération cadre les centres médico-sociaux de la CAFAT sont assimilés aux formations sanitaires publiques. Si des soins spécialisés ne peuvent être prodigués dans une formation publique ou un centre de la CAFAT, il est passé des conventions avec des établissements ou des praticiens du secteur libéral en particulier lorsque la nature des soins, l'état du malade ou l'éloignement de l'établissement public rend nécessaire des consultations à domicile ou au cabinet du praticien. Les dépenses de pharmacie sont toutefois prises en charge quelle que soit l'officine ayant délivré des médicaments.

#### ARTICLE 8 :

Le ticket modérateur prévu à l'article 24 de la délibération cadre est ramené à 10 % du montant des frais exposés dans la limite des tarifs de responsabilité de l'aide médicale.

[ à rapprocher art 4 de délib 36-90/APS du 28 mars 1990 :

Pour l'application de l'article 8, à titre transitoire et tant que les tarifs pour soins externes des centres médicaux de la Province n'auront pas été fixés, les bénéficiaires de l'aide médicale seront exonérés du versement du ticket modérateur aux praticiens libéraux ayant leur installation principale dans une commune hors du Grand Nouméa où un centre médical provincial assure les soins gratuitement.]

#### ARTICLE 9 : (délib n° 29-91/APS du 7 mai 1991)

Bénéficient de l'exonération du ticket modérateur outre les personnes visées à l'article 24 de la délibération cadre, les catégories de bénéficiaires de l'aide médicale suivantes :

- les personnes de catégorie D,
- les personnes atteintes d'une des maladies nécessitant une thérapie longue et coûteuse, dont la liste est fixée en annexe, pour les soins afférents à ces maladies,
- les femmes enceintes pendant une période débutant sept mois avant la date présumée de la date d'accouchement et s'achevant à la date de celui-ci, sauf en cas de suites pathologiques,
- les enfants de la naissance à 2 ans révolus.

#### ARTICLE 9-1 : (délib n° 59-92/APS du 17-12-92)

Lors de l'admission à l'aide médicale, comme lors du renouvellement de la carte, une visite médicale de nature notamment à faciliter les vaccinations obligatoires de l'ensemble des bénéficiaires pourra être organisée.

### CHAPITRE III : DEFINITION DES SOINS

#### PARAGRAPHE I : HOSPITALISATION

#### ARTICLE 10 :

La personne admise à l'aide médicale est traitée sous le régime commun d'hospitalisation.

Sauf nécessité justifiée, le surclassement n'est pas pris en charge par l'aide médicale. L'établissement doit avertir le médecin conseil de la DPASS dans les 48 heures.

Sur proposition du médecin traitant et avec l'accord du spécialiste hospitalier concerné, des hospitalisations à domicile peuvent être prises en charge par l'aide médicale après accord du médecin sur présentation d'un état descriptif des frais médicaux prévisibles sauf complication, à l'exception des dépenses pharmaceutiques.

#### ARTICLE 11 :

Pour toute hospitalisation, l'établissement adresse dans un délai de 5 jours à la DPASS un avis d'admission en milieu hospitalier comportant une partie tenue secrète destinée au médecin conseil sur laquelle le médecin traitant porte les justificatifs de l'hospitalisation.

#### ARTICLE 12 :

Pour les personnes de la catégorie B l'aide médicale fait l'avance, le cas échéant, de la part des frais incombant aux organismes de couverture sociale lorsque ceux-ci ne font pas l'objet d'un paiement direct par ces organismes.

#### ARTICLE 12-1 / (délib n° 133--90/APS du 28-12-90)

Un forfait d'hébergement d'un montant égal à celui fixé par la CAFAT par journée d'hospitalisation est laissé à la charge du bénéficiaire de l'aide médicale, sauf dans les formations hospitalières ne pouvant assurer un service de nourriture.

Cependant, pour les personnes admises à l'aide sociale aux personnes âgées, aux infirmes et grands infirmes et à l'aide sociale à l'enfance, la Province prend en charge ce forfait vis-à-vis des établissements d'hospitalisation, étant précisé que lorsque l'hospitalisé a été placé dans les conditions fixées par l'article 31 de la délibération n° 49 du 28 déc 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales, il est fait application de ce texte.

#### PARAGRAPHE II : SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

#### ARTICLE 13 :

Les relations entre la Province et les différentes professions de santé du secteur libéral peuvent être réglées par des conventions signées entre le Président et les organisations syndicales représentatives de ces professions. Ces conventions fixent notamment les modalités d'agrément ou de retrait d'adhésion des praticiens.

Les praticiens doivent adresser par écrit leur adhésion au régime de l'aide médicale en mentionnant expressément qu'ils ont pris connaissance des dispositions du présent régime comme de celles de la convention conclue avec la Province et qu'ils s'engagent à s'y conformer. Ils doivent également s'engager à ne pas pratiquer des tarifs supérieurs à ceux fixés par la convention ou à défaut après consultation des organisations syndicales de la profession, par délibération du bureau de l'Assemblée de Province.

#### ARTICLE 14 : ( complété délib n° 133-90/APS du 28-12-90)

Les frais de transport, sous réserve qu'ils aient recueilli l'accord préalable du médecin conseil, sont pris en charge sur la base des tarifs des transports assurés par les moyens les plus économiques compatibles avec l'état du malade. Toutefois, la procédure d'entente préalable n'est pas exigée pour les transports d'urgence médicalement justifiés.

La dépense relative aux transports d'urgence médicalement justifiés est prise en charge sans application du ticket modérateur.

Les prothèses dentaires et l'orthodontie, les appareils orthopédiques et prothétiques, comme ceux d'optique médicale et les prothèses auditives ne peuvent être pris en charge au titre de l'aide médicale que sous réserve de l'accord préalable du médecin conseil de la DPASS qui doit, dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, faire connaître son avis.

(délib n° 133-90/APS du 28-12-90) La prise en charge est subordonnée à une résidence continue dans la Province sud supérieure à 18 mois au moment de la demande.

Les soins médicaux ou para-médicaux sont pris en charge sous réserve de l'accord préalable du médecin conseil.

(délib n° 133-90/APS du 28-12-90) Les frais pharmaceutiques sont réglés dans la limite des produits inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques, des produits sous cachet et des sérums et vaccins agréés pour l'usage des collectivités publiques, établies par le Ministre de la Santé Publique, en application de l'article L.618 du code de la santé publique.

**ARTICLE 15 :** (délib N° 133-90/APS du 28-12-90)

Sous peine de rejet, tous mémoires et factures de frais de soins médicaux, d'hospitalisation ou d'autres prestations prévues au titre de l'aide médicale et effectuées sur le Territoire, doivent être adressées à la Province dans le délai d'un an à compter de la date de l'acte ou de la prestation accomplis. Pour ceux effectués hors du Territoire, ce délai est porté à deux ans.

**ARTICLE 15-1 :** (délib n° 59-92/APS du 17-12-92)

A compter de la date fixée par le bureau de l'Assemblée de Province, sur la carte d'aide médicale doit figurer le nom du médecin traitant ou de la structure de généralistes à laquelle le titulaire s'adressera pour lui et l'ensemble des bénéficiaires de la carte et qu'il aura indiqué lors de son admission. Ce nom figure sur la carte. Il peut être modifié. Seul ce médecin peut prescrire des examens médicaux ainsi que de radiologie, de laboratoire etc... Un autre médecin ne peut soigner avec prise en charge par l'aide médicale le titulaire de la carte ou un des bénéficiaires qu'en cas d'urgence ou dans le cadre de la prise en charge d'une maladie ou d'une grossesse dont la première consultation a été faite par le généraliste.

#### CHAPITRE IV : CONTENTIEUX ET DISPOSITIONS DIVERSES

**ARTICLE 16 :**

Dans un délai de deux ans des recours peuvent être exercés par la Province pour le remboursement des prestations prévues par la délibération cadre et par la présente délibération:

- a) contre la succession du bénéficiaire,
- b) contre le donataire lorsque la donation est intervenue postérieurement à la demande d'aide médicale,
- c) contre le légataire,
- d) contre les débiteurs d'aliments. En cas de carence du bénéficiaire de l'aide médicale, le Président de la Province peut demander en ses lieu et place à l'autorité judiciaire la fixation des dettes alimentaires, avec leur éventuel reversement à la Province, ainsi que le remboursement à l'encontre de tous responsables des sommes qu'elle a supportées.

La Province est, dans la limite des prestations allouées, subrogée dans les droits du bénéficiaire de l'aide médicale en ce qui concerne les créances pécuniaires de celui-ci contre toute personne physique ou morale en tant que ces créances ne sont ni incessibles, ni insaisissables.

**ARTICLE 17 :**

Pour la garantie des recours prévus à l'article 16 de la présente délibération, les immeubles du bénéficiaire de l'aide médicale sont grevés d'une hypothèque dont l'inscription est requise par le Président de la Province à la diligence de la DPASS.

Ses fonds de commerce, ses outillages et matériels sont grevés d'un nantissement dont l'inscription est requise par le Président de l'assemblée de Province à la diligence du DPASS.

De la même façon, en conformité avec la réglementation, toute inscription peut être prise sur les biens identifiables.

Le montant de la créance éventuelle résultant des prestations figurant au bordereau d'inscription primitif, la Province a la faculté de requérir contre le bénéficiaire de l'aide médicale une nouvelle inscription d'hypothèque, de nantissement ou de privilège.

#### ARTICLE 18 :

La mainlevée des inscriptions prises en conformité de l'article ci-dessus est donnée soit d'office, soit à la requête du débiteur, par décision du Président de la Province, à la diligence de la DPASS.

Cette décision intervient au vu des pièces justificatives du remboursement de la créance sauf remise gracieuse. La radiation des inscriptions à la conservation des hypothèques sera effectuée au vu d'un acte authentique notarié;

#### ARTICLE 19 :

Lorsqu'une personne admise au bénéfice de l'aide médicale est victime d'une délit ou quasi-délit, la Province est subrogée dans ses droits contre l'auteur des faits ou les personnes civilement responsables.

#### ARTICLE 20 :

Toute personne appelée à intervenir dans l'instruction, l'attribution ou la révision des admissions à l'aide médicale est tenue au secret professionnel.

#### ARTICLE 21 :

Dans l'attente des conventions et arrêtés prévus à l'article 13 et pour une période ne pouvant excéder 3 mois à compter de la publication de la présente délibération, le remboursement au titre de l'aide médicale intervient dans les conditions tarifaires en vigueur (tarifs de responsabilité CAFAT, abattements prévus par arrêtés n° 89-79/CC du 28 déc 1989).

## TITRE II - REGIME DES AIDES SOCIALES

### Chapitre I - dispositions communes

#### ARTICLE 22 : (1er alinéa modifié par délib n° 37-93/APS du 25 juin 1993)

Les demandes d'admission au bénéfice des aides sociales doivent être adressées au directeur provincial de l'action sanitaire et sociale. Elles donnent lieu à l'établissement d'un dossier dont le modèle annexé à la présente délibération pourra être modifié suivant les besoins par le bureau de l'assemblée de la Province. L'admission est prononcée par le Président de la Province après avis d'une commission consultative des aides sociales.

La décision peut faire l'objet d'une révision lorsque des éléments nouveaux modifient la situation au vu de laquelle elle a été prise.

#### ARTICLE 23 :

La commission consultative est composée :

- du secrétaire général de la Province sud ou de son représentant, Président,
- du directeur provincial de l'action sanitaire et sociale,
- de l'assistante sociale chef,
- de deux représentants des associations à caractère social ou charitable désignés pour deux ans par le Président de la Province,
- les membres de la commission de la santé et de l'action sociale de la Province ou son représentant ont entrée aux réunions de la commission.

La voix du Président est prépondérante. Le secrétariat de la commission est assuré par la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale.

La commission se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son Président.

Elle est consultée sur l'admission au bénéfice des différentes aides sociales réserve faite des aides immédiates et exceptionnelles.

**ARTICLE 24 :**

Toute personne appelée à intervenir dans l'instruction ou l'admission au bénéfice des aides sociales, notamment les visiteurs enquêteurs et les membres de la commission, est tenue au secret professionnel dans les termes de l'article 378 du code pénal.

**ARTICLE 25 :**

Les personnes tenues à l'obligation alimentaire instituée par les articles 205 et suivants du code civil sont, à l'occasion de toute demande d'aide sociale, invitées à indiquer l'aide qu'elles peuvent allouer aux demandeurs et à apporter, le cas échéant, la preuve de leur impossibilité de couvrir la totalité des frais.

**ARTICLE 26 :**

Les allocations d'aide sociale sont versées soit à l'intéressé, soit à un mandataire désigné par lui et accepté par le directeur provincial de l'action sanitaire et sociale.

**ARTICLE 27 :**

Les frais de visite occasionnés par la délivrance de certificats médicaux aux demandeurs leur sont remboursés intégralement si leur admission à l'aide sociale est prononcée. Le remboursement et les frais afférents aux contre visites requises par la Province sont supportés par le budget de la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale.

**ARTICLE 28 :**

Des aides immédiates et exceptionnelles peuvent être accordées par le Président de la Province, sur proposition du directeur provincial de l'action sanitaire et sociale, après enquête sociale dans les cas qu'il estime urgents.

Chapitre II - Régime d'aide aux personnes âgées.

**ARTICLE 29 :**

A compter du 1er janvier 1990, l'allocation mensuelle d'argent de poche allouée aux personnes visées à l'article 31 de la délibération cadre susvisée est fixée dans la Province sud à cinq mille francs CFP (5 000 CFP).

ARTICLE 29-1 : ( ajouté par délib 3-93/APS du 5 mars 1993 )

Une aide aux rachats de points de retraite de la CAFAT, peut être accordée aux anciens salariés dont les ressources évaluées suivant les prescriptions de l'article 2 de la délibération cadre du Congrès n° 49 du 28 déc 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales n'atteignent pas le plafond prévu à l'article 30 de ladite délibération et qui ne peuvent bénéficier d'une retraite de la CAFAT faute d'avoir acquis le nombre de points minimum et d'avoir une durée d'affiliation minimum. Cette aide est attribuée pour acquérir le nombre de points minimum prévu par la réglementation. Elle ne peut porter que sur une partie, ne pouvant excéder 80 % du coût total de rachat, sauf dérogation accordée par le Président après avis de la commission des aides sociales.

La demande de participation doit être adressée au Président de l'Assemblée de Province par une personne y résidant. Elle doit être accompagnée, outre les dossiers que doivent remplir les demandeurs d'aide, d'une copie de la demande de liquidation d'une retraite à la CAFAT et du rejet indiquant le nombre de points à acquérir.

Elle est instruite dans les mêmes conditions que l'aide à domicile des personnes âgées.

Elle peut être accordée dans les mêmes conditions au conjoint pouvant prétendre à la liquidation d'une pension de reversion.

#### Chapitre III - Régime d'aide aux grands infirmes mineurs

ARTICLE 30 : (modifié par délib n° 435 du 3 nove 1993)

La direction provinciale de l'action sanitaire et sociale peut contrôler si l'allocation servie en application de l'article 36 de la délibération cadre susvisée en faveur des handicapés est utilisée pour les traitements et la rééducation éventuelle du mineur. Les résultats du contrôle sont communiqués à la commission prévue à l'article 23 de la présente délibération.

L'aide à domicile des personnes âgées versée par la Province sur ses fonds propres et ceux délégués par l'Etat est fixée au minimum à 57 000 francs CFP par trimestre. Elle n'est cumulable avec les ressources personnelles de l'intéressée, telles qu'elles sont définies à l'article 2 de la présente délibération, que dans la limite de la somme équivalent au montant annuel d'une pension de retraite de la CAFAT accordée pour 1995 points. Ce plafond est doublé lorsque les deux conjoints remplissent les conditions prévues par la présente délibération.

Sur décision de la Province, l'aide calculée sur une base trimestrielle peut être versée mensuellement.

#### Chapitre IV - Régime de l'aide sociale à l'enfance

ARTICLE 31 :

Dans la Province sud, l'aide sociale à l'enfance reste réglementée par la délibération n° 288 du 17 déc 1970 relative à l'aide sociale à l'enfance, sous réserve des adaptations suivantes .

ARTICLE 32 :

L'article 1er de la délibération n° 288 susvisée est ainsi rédigé :

Les mineurs placés sous la garde de la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale chargée du service de l'aide sociale à l'enfance, sont classés en deux catégories selon le maintien ou la rupture des liens familiaux.

Entrent dans la 1ère catégorie :

- les enfants surveillés
- les enfants secourus
- les enfants recueillis temporairement
- les enfants en garde.

Entrent dans la 2ème catégorie :

- les enfants trouvés
- les enfants abandonnés
- les orphelins pauvres sans soutien
- les enfants maltraités, délaissés ou moralement abandonnés.

Les enfants secourus, visés à la 1ère catégorie peuvent bénéficier de l'allocation prévue par l'article 40 de la délibération cadre susvisée. Les autres enfants énumérés ci-dessus, confiés à la garde de la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale, peuvent bénéficier de l'allocation prévue à l'article 41 de la même délibération et des dispositions ci-après.

ARTICLE 33 :

Aux articles 8, 9, 34, 39 de la délibération n° 288 susvisée les mots le Secrétaire Général, chef du Territoire ou "le chef du Territoire en conseil de gouvernement" sont remplacés par "Président de la Province", les mots "chef du service des affaires sociales" par "directeur provincial de l'action sanitaire et sociale".

ARTICLE 34 :

A l'article 9, 3ème alinéa de la délibération n° 288 susvisée les mots "directeur du service de santé" sont remplacés par "directeur provincial de l'action sanitaire et sociale".

ARTICLE 35 :

A l'article 22 de la délibération n° 288 susvisée le mot "Territoire" est remplacé par le mot "Province".

ARTICLE 36 :

Les articles 23, 29, 35, 37, 38, 40 de la délibération n° 288 susvisée sont abrogés pour l'application du texte par la Province.

ARTICLE 37 : (modifié par délib n° 58-92/APS du 17-12-92 ; délib n° 2-94/APS du 6-01-94; délib 46-94/APS du 20-12-94)

L'indemnité mensuelle représentative des frais d'entretien d'un mineur prévue par l'article 41 de la délibération cadre n° 49 du 28 déc 1989 susvisée est portée à 37 500 CFP à compter du 1er janvier 1995.

L'indemnité de trousseau est fixée à :

- 30 800 CFP pour les enfants de la naissance à 5 ans révolus,
- 36 000 CFP pour les enfants de 6 ans à 10 ans révolus,
- 46 000 CFP pour les enfants à partir de 11 ans.

L'âge retenu est celui du 1er juillet de l'année considérée.

L'indemnité de trousseau est versée, chaque année, à la personne ou à l'établissement qui accueille le mineur, sur état de présence dressé par la personne ou l'établissement et certifié exact par le chef du service de l'aide sociale à l'enfance et des actions sociales. Elle fait l'objet d'un versement unique qui s'ajoute au montant de la première indemnité d'entretien concernant le mineur placé.

**ARTICLE 38 :**

L'article 26 de la délibération n° 288 susvisée est ainsi rédigé :

Les mineurs admis au bénéfice du régime de l'aide sociale à l'enfance sont classés de droit dans la catégorie A des bénéficiaires de l'aide médicale. Le service vérifie a posteriori si les intéressés peuvent bénéficier d'une couverture sociale et fait régulariser leur dossier en conséquence en adressant aux organismes concernés des demandes de remboursement des frais pris en charge a priori par l'aide médicale.

**ARTICLE 39 :**

A l'article 27 de la délibération N° 288 susvisée au lieu de "par délibération n° 164 du 24 juillet 1969" lire "par délibération de l'assemblée de la Province sud".

**ARTICLE 40 :**

Au 1er alinéa de l'article 28 de la délibération n° 288 susvisée au lieu de lire "pupilles du Territoire" lire "pupille de l'Etat confiés à la garde de la Province".

**ARTICLE 41 :**

L'article 36 de la délibération n° 288 susvisée est ainsi modifié : le mineur placé en apprentissage chez un tiers ou salarié rémunéré ainsi que ceux bénéficiant du programme d'aide à l'insertion professionnelle (PAIPS) conformément aux dispositions relatives à l'apprentissage ou au code du travail participe, en fonction de ses revenus pour une part aux frais de son entretien (nourriture et logement) dans la limite de 25 %. Le directeur de l'établissement ou la personne à qui il a été confié dépose 50% de la rémunération sur un compte épargne au nom du mineur pour la constitution de son pécule, le reste étant laissé à la disposition du mineur.

**ARTICLE 42-0 : (délib n° 36-90/APS du 28-03-90)**

Pour l'application par la Province sud, en application des articles 1, 2 et 42 de la délibération n° 49 susvisée, des mesures en vue de la réadaptation fonctionnelle, de la rééducation professionnelle, du reclassement et de la protection sociale des handicapés fixées par la délibération n° 61 du 12 septembre 1986 du Congrès, lire dans l'ensemble de ce dernier texte les mots "Président de la Province sud" au lieu de "Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République" et les mots "inscrits au budget de la Province (Direction Provinciale de l'Action Sanitaire et Sociale)" au lieu de "mis à la disposition du Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République".

**ARTICLE 42 :**

La présente délibération entrera en vigueur au 1er janvier 1990, à l'exception de l'article 8 qui ne sera applicable qu'au 1er février 1990 ou à la date de la publication de la délibération cadre susvisée si elle est postérieure.

Elle sera communiquée au Commissaire délégué de la République et publiée au Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie.