

Agir ensemble pour notre santé



DO KAMO
ÊTRE ÉPANOUI

**Rapport d'orientation sur les pistes
potentielles de réforme du système
de santé calédonien**



GOUVERNEMENT DE LA
NOUVELLE-CALÉDONIE

DO KAMO

Rapport d'orientation sur les pistes potentielles de réforme du système de santé calédonien

Avant-propos	3
Do Kamo - La réforme du système de santé calédonien	4
I. La conduite du changement	4
II. Les premiers outils de coordination proposés par Do Kamo	5
A. Construire le parcours de santé	5
1. Les mesures dans le champ de l'éducation :	5
2. Les mesures dans le champ de la prévention :	5
3. Les mesures dans le champ de la protection :	6
4. Les mesures facilitant l'accès à l'offre de santé	6
B. Encadrer l'offre de soins pour qu'elle soit juste et responsable :	6
1. Le pilotage des politiques publiques	7
2. La maîtrise du système de santé	7
3. L'observation et l'évaluation :	10
4. L'implication des citoyens usagers	11
III. Un nouveau modèle économique du système de santé	11
IV. Conclusion	13
Le RUAMM : présentation générale	14
I. Un régime structurellement déficitaire	14
II. Des ressources constituées essentiellement de cotisations	15
III. Des charges en croissance constante	16
IV. Situation actuelle	19
A. Une prévision 2018 très alarmante, malgré l'appui de l'ASS NC	19
B. La situation de trésorerie :	20
1. Contexte général	20
2. Situation 2018	20
C. Les dettes du régime	21
1. Situation des réserves constatées à fin 2016 (dernier arrêté des comptes connu)	21
2. Etat de la dette projetée au 31.12.2018	21
V. En conclusion	23
Plan de redressement du RUAMM :	24
I. Contexte et Méthode	24
A. Etat des lieux des travaux engagés	24
1. Les expertises :	24
2. L'étude ISEE :	24
3. Do Kamo	25
4. La réalisation d'un état des lieux de la protection sociale en Nouvelle-Calédonie :	26
5. Les réflexions portées par la Cafat :	26

6.	Le cycle de concertation	27
7.	Conclusion :	28
B.	Stratégie :	28
II.	Le Plan de redressement :	29
A.	Mesures structurelles et structurantes :	29
1.	Préconisations de l'ACOSS	29
2.	Préconisations de la CNAMTS	34
3.	Le cadre d'exercice des professionnels de santé	35
4.	La généralisation d'une couverture complémentaire santé	38
5.	OCEAM vs ONDAM	39
B.	Mesures d'urgences :	41
1.	La maîtrise du taux directeur des hôpitaux	41
2.	La politique tarifaire	43
3.	La responsabilisation des patients	50
4.	L'optimisation des soins hors territoire	54
C.	Les ressources supplémentaires :	58
1.	Par une action sur les taux de cotisations au RUAMM	58
2.	Assujettissement des dividendes à cotisations sociales	62
3.	Abattements de cotisations	64
4.	Pilotage des régimes par les taux de cotisation	68
5.	Taxe sur les boissons sucrées	69
6.	La fiscalisation de la protection sociale	70
	Conclusion	72
	Liste des participants au cycle de concertation de février - mars 2018	73

Avant-propos

- ☞ Ce rapport a pour unique objectif de servir de guide à une prise de décision par les élus du congrès.
- ☞ Pour ce faire, il balaie les champs du possible ; c'est-à-dire toutes les mesures et possibilités d'actions en vue de maîtriser les dépenses de santé, ainsi que les possibilités de recours à des ressources supplémentaires.
- ☞ Ce rapport s'est appuyé sur l'ensemble des expertises menées dans le domaine, notamment les préconisations de l'agence de coordination des organismes de sécurité sociale (ACOSS) et celles de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).
- ☞ Ce rapport a été bâti à la suite d'une large série de concertations de tous les professionnels de santé, publics et privés de la Nouvelle-Calédonie en février et mars 2018.
- ☞ Ce rapport, enfin, est le fruit d'un travail collectif, associant la CAFAT, les équipes Do Kamo, la DASS, le membre du gouvernement en charge de la santé et son cabinet ainsi que celui de la Présidence du gouvernement.

Do Kamo - La réforme du système de santé calédonien

I. La conduite du changement

Le plan de santé publique Do Kamo vise une réforme en profondeur du système de santé. Cette réforme s'appuie sur 3 grandes orientations :

- tout d'abord, faire émerger le concept de **parcours de santé**, du début à la fin de la vie pour améliorer le niveau de santé en Nouvelle-Calédonie : il s'agit ainsi de s'appuyer sur des actions en matière
 - ✓ d'éducation : promotion de la santé à l'école, développement du sport santé, promotion de la santé dans les différents espaces de vie ;
 - ✓ d'environnement : limiter l'accès aux produits psycho-actifs (cannabis, kava,...), élaborer un schéma directeur des équipements sportifs ;
 - ✓ de réarticulation de l'offre de santé dans tous les bassins de vie de la Nouvelle-Calédonie : coordonner le suivi sanitaire et social des élèves entre l'enseignement des premier et second degrés, harmoniser, maintenir et densifier le maillage de la protection maternelle et infantile à l'échelle du Pays,
 - ✓ et d'implication des usagers : structurer des réseaux de proximité de promotion de la santé, créer le comité du temps libre en faveur du bien-être des calédoniens ;
- ensuite, il faut absolument **encadrer le soin** c'est-à-dire :
 - ✓ pouvoir observer et disposer de données fiables et partagées : structurer le recueil et la diffusion des données (observatoire) ;
 - ✓ améliorer le pilotage de l'offre de soins : développer la transversalité en matière de politique de santé, améliorer la coordination du processus de décision en priorisant les politiques publiques ;
 - ✓ maitriser l'offre : création du médecin traitant, renforcement du contrôle médical, développement de l'ambulatoire, développement des compétences médico-techniques en Nouvelle-Calédonie ;
 - ✓ et évaluer la qualité des politiques publiques ;
- enfin, il faut réformer le **modèle économique** pour permettre l'allocation progressive de ressources aux priorités de santé définies par le congrès et maîtriser les enveloppes dédiées.

Ces orientations sont un changement important de notre approche de la santé puisqu'elles tendent à une démarche intégrée à savoir la prise en compte de la santé dans tous les domaines de la vie alors que « traditionnellement », on ne parle de santé que lorsqu'on franchit la porte d'un cabinet médical pour répondre à un désagrément ponctuel.

Complexe à mettre en œuvre, cette conduite du changement fait appel à des outils de coordination qui permettront ensuite la déclinaison des politiques publiques.

II. Les premiers outils de coordination proposés par Do Kamo

A. Construire le parcours de santé

La santé et le bien-être d'une personne sont déterminés par les facteurs propres mais aussi externes à la personne elle-même (niveau d'éducation, environnement, accès aux soins, etc.) Ces facteurs sont désignés comme les « déterminants de la santé ». Ils n'agissent pas isolément : c'est la combinaison de leurs effets qui influe sur l'état de santé. Ainsi, la stratégie Do Kamo consiste à agir de manière transversale sur l'ensemble des déterminants de la santé.

Le soin représente seulement 20% des facteurs influant sur la santé, or 98,5% des ressources financières de la santé lui sont dévolues, en dépit des actions de prévention et d'éducation pour lesquelles seulement 1,5% des ressources financières sont attribuées.

Aussi, le plan Do Kamo vise à développer et renforcer l'offre de prévention, d'éducation et de protection pour mieux couvrir les déterminants de la santé, et ainsi rééquilibrer l'offre pour améliorer la santé des Calédoniens. Au cours de la prochaine décennie, cette stratégie contribuerait ainsi à réduire de près de 80 Mds les dépenses courantes de santé, et tout particulièrement celles liées aux longues maladies évitables.

C'est pourquoi le plan Do Kamo propose d'agir sur les déterminants de la santé à travers une offre cohérente et complète, tout en impliquant les populations.

1. Les mesures dans le champ de l'éducation :

Fondées sur le développement des compétences personnelles, relationnelles et sociales des usagers, afin d'accompagner chacun, dès le plus jeune âge, dans la mise en œuvre de choix responsables en matière de santé.

Un projet de **délibération** sur les orientations générales de promotion de la santé en milieu scolaire sera prochainement proposé.

2. Les mesures dans le champ de la prévention :

Elles ont pour objectif de mettre en œuvre un ensemble d'actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires du pays qui tendent à éviter la survenue de maladies ou de traumatismes ou à maintenir et à améliorer la santé.

Pour ce faire, un projet de « *plan stratégique d'une politique sportive pour la Nouvelle-Calédonie 2017-2020* » dont le premier axe est centré sur le développement social vecteur de cohésion sociale, de bienfait sur la santé et d'animation locale a été présenté en séance de collégialité en 2017. Ce plan stratégique sera présenté pour avis au « Haut conseil des sports » le 19 avril prochain. Puis le projet de **délibération** portant « Plan stratégique de la politique sportive de la Nouvelle-Calédonie » sera présenté en séance du gouvernement.

Par ailleurs, le projet de **loi du pays** modifiant le livre IV de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie a déjà pris en compte la possibilité pour les médecins de prescrire des activités physiques ou sportives.

Ce projet de **loi du pays** devrait pouvoir être adopté au congrès avant la fin du 1er semestre 2018.

3. Les mesures dans le champ de la protection :

Elles intègrent des démarches visant à créer un environnement favorable à la santé et au bien-être de tous.

Il s'agit de modifier par **délibération** le « *schéma d'organisation des soins en périnatalité (S.O.S.P.)* » de la Nouvelle-Calédonie afin de renforcer le rôle parental, première protection de l'enfant au tout début de la vie.

Par ailleurs, afin de compléter la réglementation existante en matière de sécurisation et de protection de l'environnement du public, après la mise à jour du cadre législatif et réglementaire relatif à la lutte contre la consommation excessive d'alcool, un projet de **loi de pays** ainsi qu'une **délibération** relative à la lutte contre le **tabagisme** sera proposée sous un mois.

4. Les mesures facilitant l'accès à l'offre de santé

Il s'agit de proposer une prise en charge adaptée aux besoins des Calédoniens.

Ainsi, il est proposé de modifier la **délibération** n° 202 du 22 août 2006 *relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage en Nouvelle-Calédonie*, afin d'allonger la durée de validité du certificat médical de non contre-indication à la pratique d'activité physique et sportive.

B. Encadrer l'offre de soins pour qu'elle soit juste et responsable :

L'offre de santé Do Kamo - dont fait partie l'offre de soin – suppose une approche globale intégrant les facteurs biomédicaux, psychosociaux, ethnoculturels et socioéconomiques des populations calédoniennes.

Or, dans sa configuration actuelle, l'organisation de l'offre de santé -presque exclusivement centrée sur les soins- ne permet ni une approche globale des besoins des Calédoniens, ni de maîtriser les coûts de santé. De plus, ce manque de coordination ne permet pas une articulation avec la prévention et l'éducation.

L'offre de santé Do Kamo s'appuie sur des principes d'équité, de solidarité et de coresponsabilité entre les citoyens-usagers, entre les acteurs de santé et entre les secteurs de l'action publique. Ainsi, elle s'organise de la manière suivante :

- Niveau 1 : la **prévention et l'éducation de la personne avant et après la situation de crise** (mises en œuvre actuellement par l'ASS NC, les Provinces, les Communes, la société civile et ses représentants, etc...).
- Niveau 2 : **L'accompagnement de proximité** (proposé par la médecine de ville, les services médico-sociaux, pharmacies, services d'aide à la personne, soins à domicile...).
- Niveau 3 : Les **soins hospitaliers** (proposés par les établissements hospitaliers publics et privés, les centres de soins spécialisés, les établissements de soins en psychiatrie...).
- Niveau 4 : Les **soins extraterritoriaux** (EVASAN).

Le parcours de santé s'inscrit pleinement dans ces 4 niveaux d'offre de santé. Toutefois, cette organisation nécessite de coordonner, de rééquilibrer et de suivre les différents niveaux. Cette coordination entre les niveaux permettra aisément d'éviter les doublons, les inégalités de traitement, les incohérences de l'offre de santé, de faire des économies d'échelle et de faciliter

le passage entre les niveaux de santé pour les usagers. En plus du rééquilibrage du financement entre ces différents niveaux, cette transformation requiert différents travaux.

1. Le pilotage des politiques publiques

Un pilotage des politiques publiques restructuré et mieux coordonné, grâce à :

- La clarification des champs des compétences des collectivités territoriales en matière de santé ;
- La mobilisation de chaque secteur du Gouvernement dans les politiques de santé ;
- Le développement efficace et cohérent des politiques publiques au niveau des « bassins de vie¹ ».

2. La maîtrise du système de santé

Il s'agit de réorganiser le système de santé et l'encadrement du soin à travers :

a) La coordination des pratiques professionnelles :

Il s'agit notamment d'institutionnaliser le **médecin traitant** tout au long de la vie afin d'instituer une prise en charge globale du patient par la mise en place d'un médecin référent.

Alors que les patients en longue maladie doivent obligatoirement disposer d'un médecin référent chargé notamment de la coordination de la prise en charge des soins, ce dispositif n'existe pas pour les patients suivis en « petit risque ».

Certains patients nomades peuvent ainsi consulter au cours d'une même journée plusieurs médecins pour les mêmes symptômes, ou consulter plusieurs médecins d'une même spécialité.

Il en découle la délivrance d'ordonnances quasi simultanées avec des médicaments qui ne seront pas « consommés » ou parfois des délivrances simultanées de médicaments de même principe actif avec des noms différents ce qui expose le patient à des risques de surdosage.

L'impact principal de cette « errance médicale », outre les coûts supplémentaires difficilement identifiables à ce jour, se traduit par un moindre suivi du patient, aucun médecin ne disposant d'une vision globale de son parcours.

Cette vision sera permise à terme à partir du dossier médical partagé du patient (cf. ci-dessous). Toutefois, le dossier médical partagé sera sans impact sur les comportements erratiques de certains patients.

La généralisation du médecin traitant à toute la population, en imposant au patient le choix d'un médecin spécifique, est susceptible de permettre un meilleur suivi du parcours de soins et d'éviter les effets du « nomadisme » : prescriptions inutiles et redondantes, mésusage de médicaments.

La régulation du dispositif serait permise par une prise en charge différenciée des soins (= taux de remboursement différent) selon qu'ils ont été ou pas prescrits par le médecin traitant (hors urgences ou exceptions à préciser).

¹ On appelle bassin de vie le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants (enseignement, santé, commerces, transports, etc.). Source ISEE.

Abordée dans le cadre des ateliers 2017 menés par Do Kamo, cette mesure est également proposée par les provinces comme étant susceptible d'impact sur le montant des dépenses. La mise en œuvre de cette mesure nécessite une **loi du pays** et sa délibération d'application.

b) Des outils de suivi médico-administratif standards plus précis et cohérents :

(1) Le numéro calédonien de santé

Les besoins d'observation et d'analyse des données de santé, ainsi que l'amélioration du suivi et de la prise en charge des patients, ont fait émerger la nécessité de disposer d'un numéro d'identifiant de santé, unique par personne, utilisable quel que soit l'organisme de protection sociale prenant en charge le patient (aides médicales provinciales, Cafat, mutuelles, ...) et fiabilisé pour permettre d'identifier le patient avec certitude.

Porté par Do Kamo, la mise en œuvre de cet identifiant calédonien de santé, correspondant au n° d'assuré Cafat généralisé à l'ensemble de la population, est conditionné à des travaux préalables de dématérialisation des données d'état civil. Ces travaux sont en cours et une base de données d'état-civil des personnes vivant en Nouvelle-Calédonie est en train d'être constituée par l'ISEE.

Une mission de l'INSEE est également en cours d'organisation afin d'accompagner la Nouvelle-Calédonie dans la finalisation de cette démarche.

Une fois cette base de données complétée et définitivement constituée, le numéro calédonien de santé pourra être créé dans le courant de l'année **2019**. Sa mise en œuvre nécessitera une **loi du pays**.

(2) Le e-service sur les arrêts de travail

Un atelier mené par Do Kamo en 2017 a travaillé plus spécifiquement sur la gestion des arrêts de travail pour maladie. Les conclusions ont été présentées lors du Copil plénier Do Kamo du 22 septembre 2017.

La création d'un e-service de gestion des arrêts de travail pour maladie a été proposée afin de lutter contre les prescriptions abusives et non médicalement justifiées. Ce e-service comporte 2 aspects :

- un volet gestion de personnel et information en temps réel de l'employeur et de la Cafat, voire du SMIT => ce volet a pour objectif de faciliter la gestion RH des employeurs (information de l'absence en temps réel, gains de productivité) et les contrôles susceptibles d'être effectués par la Cafat ;
- un volet gestion médicale qui permet au médecin prescripteur de visualiser un historique des arrêts de travail pour maladie du patient et de leurs motifs médicaux.

Le paramétrage de ce e-service permet :

- d'empêcher que certains arrêts puissent être antidatés ;
- de limiter la prescription d'arrêts non médicalement justifiés ;
- d'améliorer le suivi médical du patient en alertant le cas échéant à partir des motifs d'arrêt (seul le praticien a accès aux motifs médicaux des arrêts maladie) ;
- de sécuriser la transmission des informations aux bons destinataires ;
- l'harmonisation des pratiques médicales à partir d'abaques de durée proposées au prescripteur en fonction de la pathologie renseignée ;

- la visualisation d'un historique des arrêts de travail : alerte de l'employeur, du SMIT et du médecin sur un mal-être au travail, mais alerte également sur de possibles dérives de comportement du patient ;
- la réalisation de statistiques.

La gestion de ce service pourrait être confiée à la Cafat, le e-service hébergé par le data center du CHT et le fonctionnement financé par les cotisations des employeurs adhérant au service.

Sa mise en œuvre ne nécessite pas de cadre réglementaire spécifique et s'inscrit dans la stratégie numérique de la Nouvelle-Calédonie. Envisagé à l'origine dans le cadre du « contrat social compétitivité », ce projet doit être réactivé afin de pouvoir aboutir rapidement.

c) Le continuum dans le suivi de santé des citoyens-usagers en mettant en place des outils standardisés, sécurisés, et partagés entre tous les professionnels de santé.

(1) La CCAM

Il s'agit d'instaurer une nouvelle nomenclature des actes médicaux, la « classification calédonienne des actes médicaux » (C.C.A.M), en modifiant l'arrêté n° 2006-3313/GNC du 31 août 2006 portant création de la nomenclature de Nouvelle-Calédonie en application de l'article Lp71 de la loi du pays modifiée relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

(2) Le dossier médical partagé

Des travaux ont débuté sur le dossier médical partagé (DMP) ainsi que sur le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des hôpitaux publics et privés.

Le Dossier Médical Partagé (DMP) est inscrit dans la convention médicale de 2006 au § 4.3 comme étant « l'instrument de base d'une maîtrise médicalisée favorisant la qualité des soins ».

En effet, le dossier médical partagé comprend de façon synthétique « outre les éléments apportés par le médecin, le patient lui-même et l'ensemble des intervenants, [...] tous les comptes rendus des actes, les prescriptions ainsi que les conclusions s'y rapportant et les interventions réalisées en secteur hospitalier privé ou public dans le respect des droits du patient.²»

Il permet ainsi, par sa consultation, d'éviter la réalisation d'actes redondants ainsi qu'une amélioration du suivi du patient.

La notion de « dossier médical partagé » doit toutefois être précisée : le dossier médical partagé ou « dossier médical unique informatisé » est une déclinaison du dossier médical « traditionnel » et est la **propriété du patient**. Il est attribué à chaque calédonien à sa naissance et est alimenté par les éléments significatifs de son parcours de santé et de soins tout au long de sa vie.

Il est différent du « dossier patient informatisé », notion qui fait référence au dossier que tient chaque établissement de santé ou chaque professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice, dans le cadre de la prise en charge d'un patient. Si ce dossier patient informatisé ne

² Convention médicale, article 4.2

peut être créé qu'avec l'accord du patient, il reste toutefois la propriété de l'établissement ou du professionnel de santé auprès duquel le patient est pris en charge.

La création d'un « dossier médical partagé » a déjà fait l'objet de nombreux travaux autant en métropole qu'en Nouvelle-Calédonie. Permis par les dispositions du code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie, sa mise en œuvre opérationnelle nécessite l'adoption par le congrès d'une simple **délibération**, qui pourrait intervenir dès **2018** et qui en fixerait principalement le contenu et les modalités d'accès.

L'hébergement des données pourrait être assuré par le CHT, sous réserve de sa certification, et qui bénéficie des équipements informatiques de type « data center » qui l'autorisent à tenir ce rôle.

Souvent mentionnée en déclinaison d'un numéro calédonien de santé (cf. ci-dessus), *sa mise en œuvre devrait pourtant en être distinguée*. En effet, si le numéro calédonien de santé doit faciliter et fiabiliser l'identification des assurés calédoniens, le dossier médical partagé peut faire l'objet d'une mise en œuvre échelonnée, dès lors que ses conditions d'utilisation auront été précisées.

Cette mise en œuvre échelonnée, par ailleurs de bonne administration, pourrait être initiée dans un premier temps pour les assurés calédoniens relevant de manière pérenne de la Cafat : les fonctionnaires et les retraités. Les autres assurés ayant ensuite la possibilité de bénéficier de leur dossier médical partagé dès lors qu'ils auront accès à leur numéro calédonien de santé.

d) Le rééquilibrage de l'offre de soin.

(1) Les pratiques paramédicales avancées

Les pratiques paramédicales avancées ont été inscrites dans les travaux de l'Institut de Formation des Professions Sanitaires et Sociales de Nouvelle Calédonie, dans un objectif de proximité mais également d'efficience.

Il s'agit de développer les compétences des professions paramédicales afin de permettre le décroisement entre les professions et faciliter la suppléance pour les patients (infirmiers urgentistes par exemple susceptibles de pouvoir intervenir en premier recours = révision du schéma des urgences).

(2) Le maintien à domicile

Un dossier de service de soins infirmiers à domicile sera présenté, courant **2018**, au comité d'organisation sanitaire et social (COSS) pour faciliter le maintien des patients à leur domicile et éviter les hospitalisations.

3. L'observation et l'évaluation :

a) L'observatoire de la santé

Do Kamo porte le projet de création d'un observatoire de la santé. Différents travaux sont d'ores et déjà menés pour permettre dans un premier temps, l'harmonisation et la fiabilisation de certaines données (issues du PMSI, des hôpitaux publics et clinique privée, de la CCAM), et faciliter la collecte des données.

L'aboutissement de ce projet d'observatoire requiert toutefois la construction d'une démarche coordonnée. Pour ce faire, la création d'un **comité de pilotage**, sous l'égide de Do Kamo, sera proposée. Par ailleurs, la mise en place et le développement d'outils d'amélioration continue

du système de santé, sont prévus dans la fiche opérationnelle n°13 « *Evaluer les politiques de santé pour mieux évoluer* ».

b) La connaissance des comportements

Au regard de l'ampleur des pathologies de surcharge en Nouvelle-Calédonie et de leur impact sur les dépenses de santé (diabète mais pas uniquement), Do Kamo a fixé en priorité 2018 la réalisation d'une **recherche appliquée** sur les représentations et pratiques associées aux pathologies de surcharge en Nouvelle-Calédonie.

La prise en compte de l'obésité en tant que priorité de santé publique à travers la **modification de la délibération** n° 490 du 11 août 1994 sera également un levier pour mettre en œuvre une stratégie spécifique en la matière.

4. L'implication des citoyens usagers

Consiste en l'intégration des populations, afin de promouvoir et préserver l'auto-assistance (individuelle et collective), le soutien social, donc le pouvoir d'agir de la société civile (ou empowerment).

Il sera notamment proposé la création, par **délibération**, de différents comités chargés de favoriser dans leur domaine les espaces d'échanges et de partage des actions en matière de bien-être des calédoniens : au travail, en communauté, à l'occasion de leurs loisirs (comité du temps libre).

Ces comités doivent permettre le partage des expériences à valoriser en matière de bien-être physique, psychologique, spirituel et social.

En s'appuyant sur les acteurs locaux et associatifs, il s'agit de renforcer leurs capacités à s'organiser, échanger et mutualiser les ressources.

III. Un nouveau modèle économique du système de santé

Le modèle actuel, financé essentiellement par les cotisations sociales (à hauteur de 80%), n'est plus viable financièrement.

Pesant principalement sur le travail, son efficacité économique est limitée. Enfin, en exigeant des efforts inégalement répartis, son équité sociale est à améliorer.

La réforme du modèle économique de la santé doit :

- participer de manière significative à la restauration des équilibres financiers du système de santé ;
- avoir des effets financiers durables ;
- être économiquement efficace pour ne pas affecter la croissance ;
- être socialement juste et équitable pour être acceptée par le plus grand nombre.

La mise en œuvre du nouveau modèle économique du système de santé calédonien nécessite :

1. Une affectation transparente des recettes : cotisations, taxes et produits fiscaux

Il sera proposé une nouvelle répartition entre cotisations, taxes et recettes fiscales (CCS, TGC) en transférant progressivement les contributions assises essentiellement sur les revenus du travail à travers l'élargissement de l'assiette en faisant participer les revenus du capital (CCS).

Par ce mécanisme le coût du travail serait allégé, redonnant du pouvoir d'achat aux Calédoniens. Dans cette configuration, à moyen terme, il n'y aurait plus de justification à compenser des allègements de cotisation, ces dernières seraient allégées pour tous.

2. La détermination d'une enveloppe annuelle de financement du système de santé :

Il sera proposé que le Congrès vote, chaque année et sur proposition du gouvernement, un budget fixant le montant total des dépenses de santé financièrement soutenables.

3. Répartition de l'enveloppe annuelle en deux enveloppes assurant une répartition équilibrée de l'offre de santé en fonction des niveaux (1, 2, 3, 4, cf. ci-dessus) :

- Enveloppe 1 : niveau d'offre de santé 1 (prévention et éducation de la personne avant et après la situation de crise).
- Enveloppe 2 : niveaux d'offres de santé 2, 3 et 4 (accompagnement de proximité, soins hospitaliers et soins extraterritoriaux). Il sera proposé, dans les ateliers communs avec la CAFAT, un objectif calédonien d'évolution des dépenses d'assurance maladie (OCEAM - cf. ci-après).

4. Des mécanismes de régulation afin de s'assurer du respect des enveloppes :

- Régulation de l'offre par les conventionnements individuels pour les professionnels et la contractualisation avec les établissements et producteurs de santé et de soins ;
- Régulation des volumes, (ex : avec le protocole de Koutio) soit par l'attribution de crédits proportionnels à une activité soutenable et finançable, assortie de mécanismes de reversement, soit par la mise en œuvre de forfaits à niveaux dégressifs (ex : convention avec le centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie).

5. Un ticket modérateur sur le secteur de soins en Longue Maladie.

Dans un premier temps, il est proposé d'instituer un ticket modérateur de 10% sur certaines dépenses (hors hospitalisation complète ou ambulatoire), par exemple sur les consultations avec un effet de responsabilisation des consommateurs de soins sans entraîner de renoncement aux soins (cf. ci-après, § Plan de redressement du RUAMM).

Ce ticket modérateur ne serait pas remboursable par les mutuelles. Il représentera un reste à charge pour les assurés sociaux.

Dans un second temps, le dispositif sera complété et étendu, grâce à la mise en œuvre d'une protection universelle équitable, permettant de plafonner la participation des assurés en fonction d'un pourcentage de leur revenu.

IV. Conclusion

Le plan de santé « Do Kamo » est un plan de santé décennal, progressif, qui va répondre aux besoins évolutifs de la Nouvelle-Calédonie en matière :

- de politique alimentaire ;
- de bien-être au travail ;
- de promotion de la santé en milieu scolaire ;
- d'offre de soin ;
- sans oublier la reconnaissance de la médecine traditionnelle calédonienne qui a fait l'objet de premiers travaux.

Les perspectives faisant l'objet de ce rapport ne sont ainsi qu'une **première étape** de mise en œuvre. Elles seront suivies de bien d'autres.

La mise en œuvre de la réforme profonde du système de santé et du nouveau modèle économique nécessitera probablement de profonds changements de gouvernance et de pilotage et potentiellement la reconfiguration des modalités de régulation et de mise en œuvre des politiques publiques (cf. Conclusion). La création d'une instance placée sous le contrôle du congrès ou du gouvernement, susceptible de réguler et garantir la mise en œuvre des priorités, évoquée par les inspecteurs généraux de l'IGAS en mission en Nouvelle-Calédonie en février 2018, serait en outre un support, un outil pour mettre en œuvre efficacement le plan Do Kamo.

Cependant, pour faire face au contexte d'insuffisance budgétaire menaçant la pérennité du système de santé calédonien, la mise en œuvre du plan de santé Do Kamo nécessite, à court terme, une phase préalable de transition de mesures importantes d'économies, d'harmonisation des financements par équité entre les assurés et d'optimisation des modalités de gestion du système de protection sociale.

Le RUAMM : présentation générale

Le régime unifié d'assurance maladie maternité (RUAMM) a été instauré par la loi du pays n°2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Il couvre l'ensemble des actifs exerçant leur activité en Nouvelle-Calédonie (fonctionnaires, salariés, travailleurs indépendants...) et leurs ayants-droits.

Au 31 décembre 2017, cela représente 261 755 assurés et bénéficiaires, soit la quasi totalité de la population.

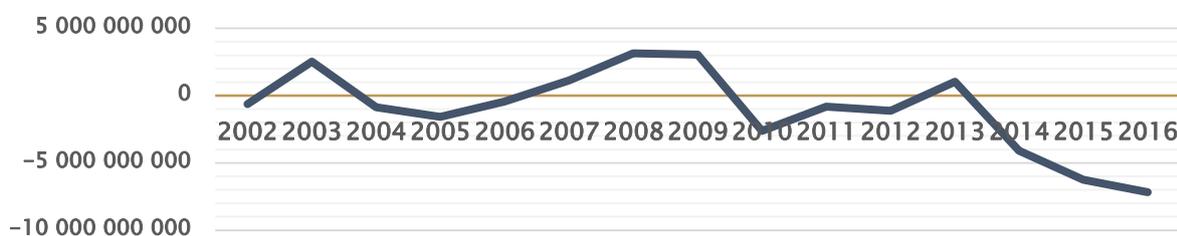
Le RUAMM propose différentes assurances :

- maladie chirurgie,
- maternité,
- longue maladie,
- invalidité,
- et décès.

I. Un régime structurellement déficitaire

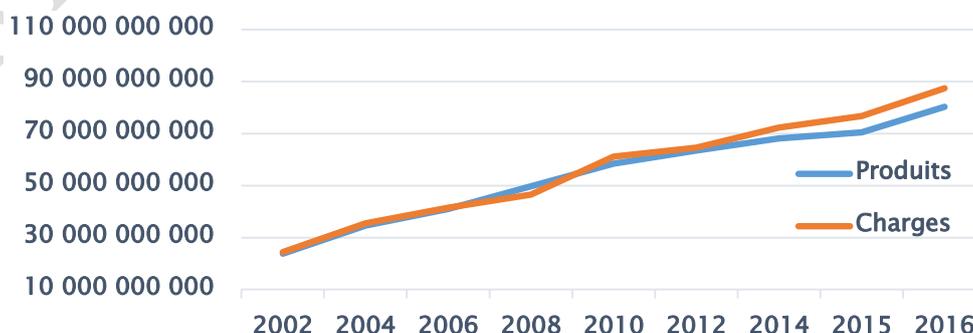
Le RUAMM a pris la suite d'un régime d'assurance maladie déjà déficitaire, exclusivement dédié aux salariés. Depuis sa création en 2002, son résultat est négatif, hormis quelques rares années.

Evolution du résultat du RUAMM, depuis sa création (2002/ 2016)



En effet, sur l'ensemble de la période 2002/2016, les dépenses ont augmenté (+257%) plus vite que les recettes (+237%).

Evolution des produits et charges du RUAMM depuis sa création (2002/2016)



On constate un décrochage particulier en 2010, qui correspond à un double changement :

- dans la manière dont la CAFAT comptabilise ses résultats (passage en comptabilité en droit constaté),
- et dans le mode d'affectation des ressources issues de la fiscalité (perte du tiers de la taxe tabac et alcool, et passage des ressources fiscales par le budget de l'ASS NC)

En 2012, le Congrès vote un plan de sauvegarde du régime qui comprend :

- une hausse des recettes, par le biais d'un déplafonnement des cotisations jusqu'à 5 MF de ressources mensuelles, et d'une hausse de 1,5 point des taux de cotisation des travailleurs indépendants (TI),
- une baisse des dépenses de pharmacie, grâce à l'instauration d'une politique de remboursement sur la base du générique, et à la baisse du coefficient applicable au prix de vente des médicaments.

En 2013, le régime est légèrement excédentaire (+1 Md), mais les évolutions croisées de charges et de produits ne permettent pas que cette situation perdure, et depuis 2014, le RUAMM est systématiquement en déficit.

II. Des ressources constituées essentiellement de cotisations

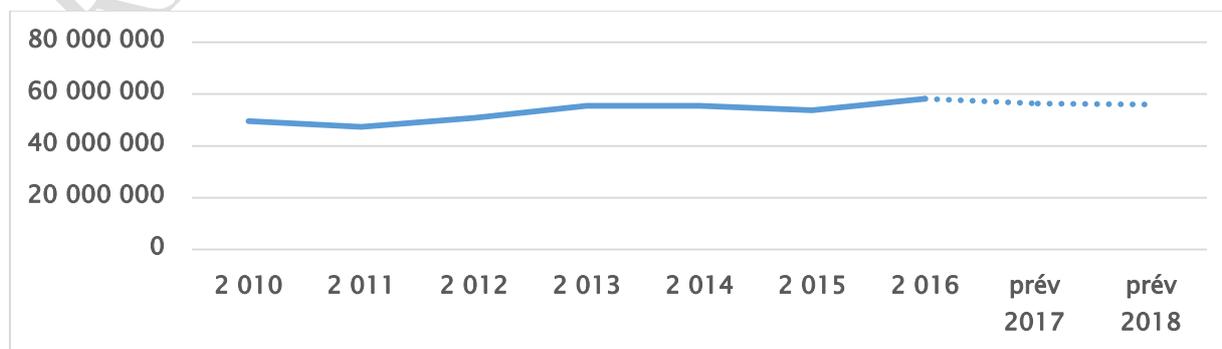
Les ressources du RUAMM sont essentiellement constituées de cotisations.

Les taux de cotisations varient selon les catégories de cotisants, et le niveau des rémunérations.

	Salariés	Fonctionnaires	Travailleurs Indépendants
Tranche 1 De 0 à 505 100 F / mois	15,15%	14%	De 5 à 9%
Tranche 2 Au-delà de 505 100 F	5%	5%	5%

Après des années de croissance, les évolutions de cotisations sont plutôt stagnantes, voire en baisse, en fonction de l'environnement économique.

Evolution des cotisations dues au RUAMM entre 2010 et 2017

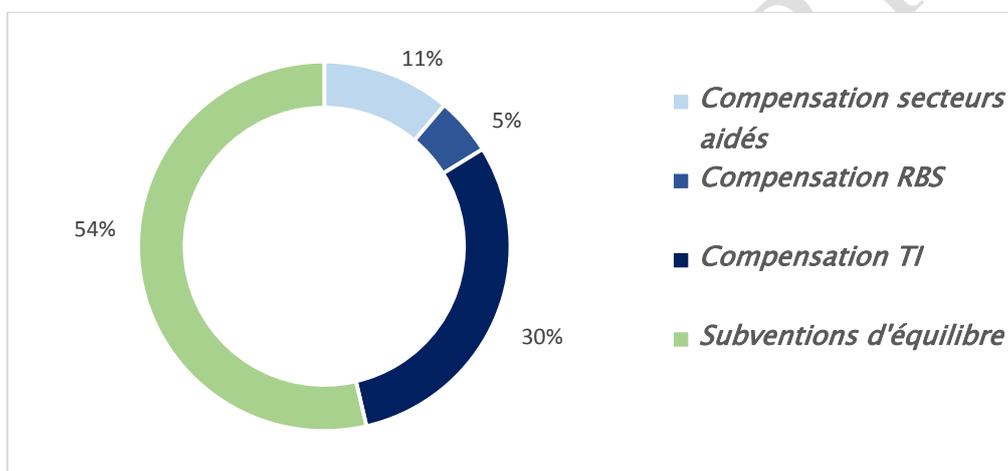


En 2016, les cotisations ont représenté 77% des ressources du régime. Leur part relative varie selon le niveau des ressources fiscales versées par l'ASS NC.

Ces dernières correspondent à 4 grands chapitres :

1. compensation des abattements de cotisations des secteurs aidés (hôtellerie, secteur agricole, secteur domestique) et exonération de cotisations (secteur de la petite enfance),
2. compensation des taux préférentiels de cotisation aux travailleurs indépendants,
3. compensation de la réduction des charges patronales sur les bas salaires,
4. subventions complémentaires dites « d'équilibre » de l'agence sanitaire.

*Répartition des versements 2017
De l'ASSNC au RUAMM
(sur un montant total de 17,9 milliards)*



III. Des charges en croissance constante

Les charges du RUAMM sont constituées principalement des dépenses de santé (74,5 Mds en 2016). Elles comprennent également les dépenses liées à la gestion du régime (3,5 Mds en 2016). Sur ce dernier point, il est à noter que le Conseil d'Administration de la Caisse a décidé, après une stabilisation des coûts de gestion en 2015/2016, d'orienter à la baisse ces frais en 2017.

Au global, les dépenses de santé évoluent en moyenne de 4,4 % chaque année.

Ces dépenses de santé peuvent être réparties en 6 grands secteurs³ :

- **Les prestations espèces** : capital décès, pension d'invalidité, indemnités journalières, indemnités maternité.

En 2017, ce secteur représente 4,1 Mds⁴, et connaît une évolution de + 56,5 % sur les 8 dernières années (période 2010/2017).

³ Détail en annexe – Tableau « RUAMM dépenses de santé 2010 à 2017 avec dépenses publiques intégrées ».

⁴ Dépenses en dates de soin 2017, arrêtées au 28 février 2018 pour l'ensemble des dépenses, excepté les dépenses liées au secteur public hospitalier et aux centres médico-sociaux et dispensaires qui sont évaluées (compte tenu des décalages de règlement).

- **Le secteur privé ambulatoire** comprend les honoraires des professionnels de santé libéraux (hors cliniques).

Il représente 22,7 Mds, et connaît une évolution de + 24,7 % sur les 8 dernières années (période 2010/2017).

- **Le secteur privé hospitalier** comprend les cliniques, le centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR), le centre de radiothérapie (CRNC), et les honoraires des professionnels de santé libéraux y travaillant.

Il représente 7,8 Mds, et connaît une évolution de + 62,7 % sur les 8 dernières années (période 2010/2017). Il est à noter que cette forte évolution est due au nouveau périmètre du secteur, incluant le CSSR et le CRNC ouverts respectivement en 2015 et 2016.

- **Le secteur public hospitalier** comprend la dotation globale de financement des hôpitaux (CHT, CHS, CHN) ainsi que les autres frais d'hospitalisation publique et les soins externes.

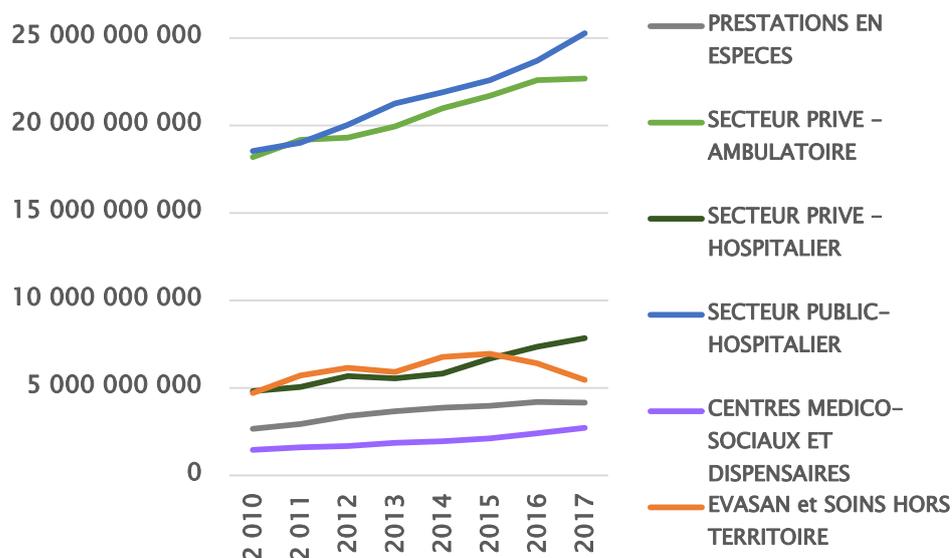
Il représente 25,3 Mds, et connaît une évolution de + 36,4 % sur les 8 dernières années (période 2010/2017).

- **Le secteur des centres médicaux sociaux et dispensaires** comprend l'ensemble des dispensaires, ainsi que les maisons de retraite et les établissements accueillant des personnes handicapées. La forte évolution de ce secteur est liée à l'ouverture de plusieurs maisons de retraite sur la période.

Il représente 2,7 Mds, et connaît une évolution de + 85,8 % sur les 8 dernières années (période 2010/2017).

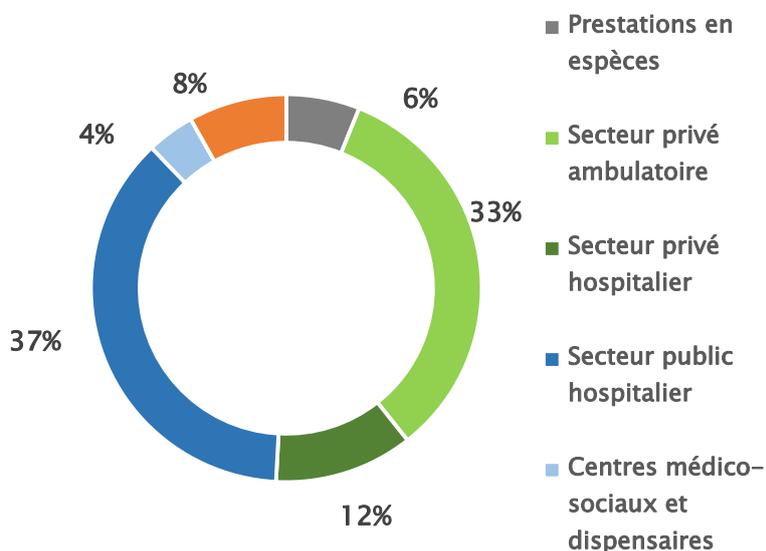
- Enfin le secteur des EVASAN et soins hors territoire représente 5,5 Mds, et connaît une évolution de + 16,1 % sur les 8 dernières années (période 2010/2017). Il est à noter que l'évolution est négative sur les 3 dernières années, suite aux conventions tarifaires signées entre les établissements de soins australiens et la CAFAT, et aux conséquences de l'ouverture du CRNC (radiothérapie effectuée localement).

Evolution des dépenses de santé entre 2010 et 2017, par grands secteurs



En 2017, les parts respectives de chacun de ces secteurs étaient ventilées comme suit :

Répartition des dépenses de santé 2017⁵



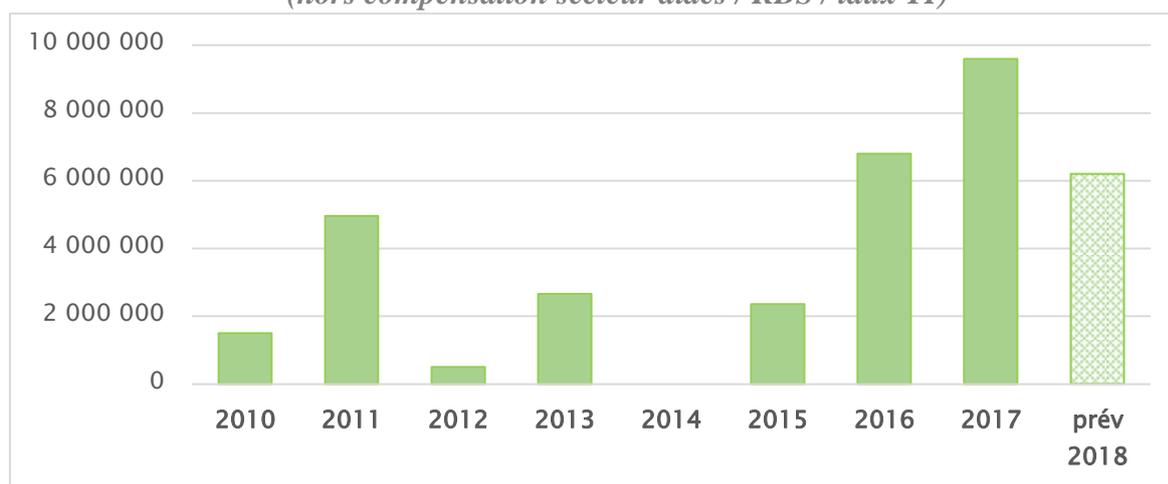
⁵ En dates de soin, arrêtées au 28 février 2018 pour l'ensemble des dépenses, excepté les dépenses liées au secteur public hospitalier et aux centres médico-sociaux et dispensaires qui sont évaluées (compte tenu des décalages de règlement).

IV. Situation actuelle

A. Une prévision 2018 très alarmante, malgré l'appui de l'ASS NC

La situation très tendue du régime a conduit l'agence sanitaire à augmenter significativement sa participation au titre des subventions complémentaires d'équilibre.

*Evolution du montant des subventions de l'ASS NC au RUAMM
(hors compensation secteur aidés / RBS / taux TI)*



Ainsi, en 2017, l'agence a versé 9,6 Mds au RUAMM, au titre des subventions complémentaires d'équilibre, ce qui représente un montant jamais atteint.

A cela s'ajoute, le montant des versements réguliers correspondant aux compensations dues au RUAMM, pour un montant de 8,3 Mds.

Malgré cela, le régime sera probablement déficitaire⁶ pour cet exercice, et en matière de trésorerie les difficultés de paiement ont été prégnantes au mois de décembre.

Pour mémoire :

Les subventions versées par l'agence sanitaire au RUAMM sont extrêmement variables d'une année sur l'autre, passant de 0 F en 2014 à près de 10 Mds en 2017. Ces subventions sont déterminées par le Conseil d'Administration de l'ASS NC, en fonction notamment de ses possibilités financières et des besoins exprimés. La variabilité de ces subventions, et leur caractère aléatoire, fragilisent les prévisions budgétaires concernant le RUAMM.

Les capacités de l'agence ne seront pas équivalentes **en 2018** : la prévision se situe actuellement autour d'un montant de 6,2 Mds de subvention d'équilibre. Malgré cela, le déficit prévu sera de 9,9 Mds.

⁶ L'arrêté des comptes 2017 sera connu en juin 2018.

Budget 2018 prévisionnel du RUAMM

PRODUITS

Cotisations	55 514 942
Fiscalisation	14 400 000
<i>dont compensations</i>	8 200 000
<i>et dont subvention</i>	6 200 000
Autres produits	6 044 311
TOTAL PRODUITS	75 959 253

CHARGES

Dépenses de santé	79 727 370
Dotation de gestion courante	3 419 984
Autres charges	2 698 605
TOTAL CHARGES	85 845 959
RESULTAT	-9 886 706

B. La situation de trésorerie :

1. Contexte général

Dans le contexte budgétaire présenté supra, le suivi de la situation de trésorerie du RUAMM revêt une importance majeure et fait l'objet d'une attention toute particulière.

Contrairement au régime d'assurance maladie métropolitain, le RUAMM ne dispose d'aucune ligne d'emprunt auprès d'organismes bancaires.

Le RUAMM est donc dépendant de sa situation de trésorerie, et ne peut, à l'instar des particuliers, procéder à des paiements que si elle est positive.

A ce titre, les équipes de la CAFAT produisent quotidiennement un tableau de situation de trésorerie, qui est communiqué à la DASS NC. Cet élément, complété du tableau prévisionnel annuel de trésorerie, permet un suivi et un arbitrage des paiements à effectuer ou à retenir selon les disponibilités financières.

Le Conseil d'administration de la caisse a, pour sa part, fixé les priorités de paiement à opérer en cas de nécessité, et est tenu informé de la situation de trésorerie du RUAMM à l'occasion de chaque rencontre.

2. Situation 2018

Pour l'année 2018, les prévisions sont particulièrement inquiétantes, et démontrent que le RUAMM va devoir faire face à des insuffisances de trésorerie majeures tout au long de l'année.

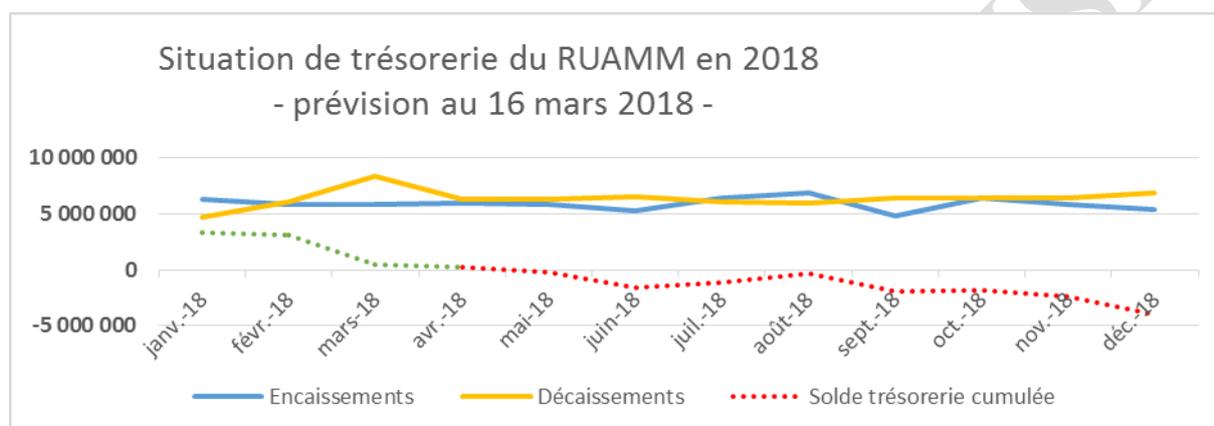
En effet, c'est au total près de 8 Mds de francs qui feront défaut au régime pour payer la totalité de ses dettes au titre de l'année 2018.

Une première partie de solution consistera à continuer de ne pas payer certains créanciers institutionnels (provinces, hôpitaux publics, ...). Cette décision a pour conséquence d'augmenter la dette du régime sans aucune perspective de remboursement.

Ainsi, en 2018 ce supplément de dette du RUAMM est estimé à 3,7 Mds correspondant aux décalages de paiement suivants :

- CHT Gaston Bourret : 2 Mds
- Sécurité sociale métropolitaine : 1,4 Md
- Province Sud : 430 MF.

Malgré cela, la trésorerie ne sera toujours pas suffisante, comme le montre le tableau prévisionnel suivant :



Le niveau d'insuffisance de trésorerie décrit dans ce graphique est susceptible d'évolution en fonction des dates exactes de versement des subventions par l'agence sanitaire, et de l'ajustement des prévisions aux réalités constatées.

C. Les dettes du régime

1. Situation des réserves constatées à fin 2016 (dernier arrêté des comptes connu)

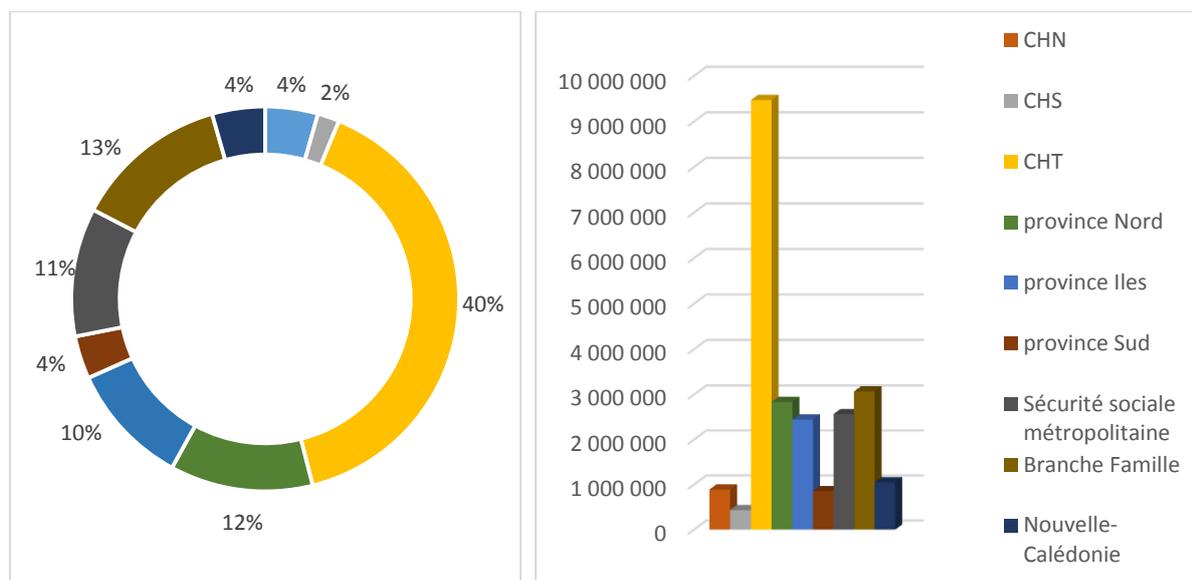
Les textes en vigueur prévoient que les réserves du régime doivent représenter au minimum 4/12 des prestations servies au cours du dernier exercice connu (soit, 21,9 Mds actuellement), et au maximum 8/12 des prestations (soit 43,9 Mds).

Ces dispositions ne sont pas respectées, puisqu'à fin 2016, le régime enregistre un montant de réserves négatives de 18,5 Mds résultant du cumul des déficits successifs du RUAMM.

2. Etat de la dette projetée au 31.12.2018

A la fin de l'année 2018, la dette cumulée du régime devrait être de 23,7 Mds et se répartir comme suit :

*Dette projetée du RUAMM 2018
(en répartition et en valeur)*



Les principaux créanciers du RUAMM sont :

- *Les hôpitaux publics :*

Bien que le RUAMM continue de payer les Dotations Globales de Fonctionnement (DGF) aux hôpitaux publics, il a, depuis 2012, stoppé tous les autres paiements (consultations et autres prestations médicales réalisées hors hospitalisation).

Au global, la dette aux hôpitaux devrait atteindre 10,9 Mds en fin 2018.

- *Les provinces :*

Des conventions conclues avec chaque province, prévoient que les soins réalisés dans les centres médico-sociaux (dispensaires) provinciaux ou, dans certains cas, en secteur libéral (cartes B), sont facturés à la CAFAT pour ses bénéficiaires.

Là encore, compte tenu du contexte financier évoqué supra, le RUAMM n'honorait plus ses engagements depuis 2012.

Devant les difficultés financières auxquelles sont confrontées les provinces nord et îles du fait de ce non-paiement, le Conseil d'administration de la CAFAT a, en fin d'année 2017, décidé :

- de geler les dettes du RUAMM à l'égard de ces provinces, jusqu'à ce que la CAFAT soit en mesure, d'envisager une méthodologie de résorption,
- de reprendre le versement du courant par mensualité,
- de réexaminer, en vue d'une renégociation des tarifs, les conventions qui encadrent l'utilisation des centres médico-sociaux par les assurés CAFAT.

Depuis cette décision, le RUAMM s'est donc astreint à une reprise des paiements et verse mensuellement 30 MF à la province des Iles et 40 MF à la province Nord. Toutefois, les difficultés de trésorerie majeures annoncées pourront perturber le rythme de ces versements.

Au global, la dette aux provinces représentera 6,1 Mds à la fin 2018 (2,8 pour la province Nord, 2,4 pour la province des Iles, et 856 MF pour la province Sud).

V. En conclusion

L'augmentation de la dette du RUAMM auprès des institutionnels ne peut être considérée comme une solution pérenne car, d'une part, elle hypothèque grandement les perspectives de retour à l'équilibre du régime et, d'autre part, elle fragilise financièrement, par effet viral, les créanciers institutionnels et leurs fournisseurs.

La situation comptable et de trésorerie du RUAMM nécessite en urgence la mise en place d'un plan de redressement comportant des mesures de maîtrise des dépenses et d'ajustement des recettes.

Plan de redressement du RUAMM :

I. Contexte et Méthode

Depuis 2015, la situation du RUAMM a conduit la Nouvelle-Calédonie à procéder à des arbitrages drastiques de financement dans un contexte économique contraint impactant les finances publiques.

A. Etat des lieux des travaux engagés

1. Les expertises :

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie s'est ainsi saisi en 2015 de la problématique de la gouvernance et de la gestion des régimes de protection sociale en initiant plusieurs démarches d'expertise.

Ces démarches se sont traduites par la mise en œuvre de 3 audits :

- dans un premier temps, une mission de l'agence de coordination des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a pu se dérouler en deux étapes, du 21 au 28 octobre 2016 puis du 27 au 31 mars 2017 et s'est intéressée :
 - au process de recouvrement de la Cafat
 - ainsi qu'aux modalités de gestion de la trésorerie et relations avec les banques.
- dans un second temps, une mission de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) s'est déplacée en Nouvelle-Calédonie du 30 octobre au 10 novembre 2017 afin d'évaluer les missions et le fonctionnement du contrôle médical unifié (CMU).
- enfin, dans un troisième temps, une première phase d'une mission diligentée par l'IGAS a eu lieu du 19 au 28 février 2018. Elle intervenait en réponse à la demande de soutien formulée, par gouvernement de la Nouvelle-Calédonie auprès de la ministre des solidarités et de la santé, en vue de l'évaluation de la gestion et de la gouvernance des régimes de protection sociale.

Ces expertises doivent permettre de disposer d'une approche globale afin d'envisager les voies et moyens nécessaires à la mise en œuvre d'une évolution, voire d'une réforme du dispositif de protection sociale.

2. L'étude ISEE :

A partir de la mi-année 2015, les contraintes budgétaires de la Nouvelle-Calédonie ont conduit le gouvernement à réorienter vers le seul RUAMM les financements précédemment dédiés à la compensation des pertes de cotisation dans les différents régimes. Cette initiative a été décidée en accord avec le conseil d'administration de la Cafat.

La gestion des compensations non versées aux autres régimes que le RUAMM est par la suite devenue un sujet de divergence entre le gouvernement et les partenaires sociaux.

Si autant le gouvernement que les partenaires sociaux s'accordent sur un principe de compensation des pertes de cotisations afin que l'impact des politiques publiques décidées par le congrès soit neutre pour les régimes de sécurité sociale, en revanche les modalités de mise en œuvre de ce principe doivent encore être approfondies.

En 2017, le gouvernement a confié à l'ISEE la réalisation d'une étude afin de disposer :

- d'une évaluation du poids des mesures d'abattements ou de réduction de cotisations sociales dans les secteurs économiques pour en tirer, le cas échéant, des perspectives d'évolution ;
- en matière d'impact de la réduction sur les bas salaires, d'une mesure des écarts observés entre la perte de cotisation calculée sur les cotisations versées et l'évolution des encaissements sur la même période provenant de l'augmentation corrélatives des grilles salariales.

Suite à l'analyse réalisée par le gouvernement des conclusions de cette étude, les partenaires sociaux au sein de la Cafat ont fait parvenir par courrier du 1^{er} février 2018 leurs propres conclusions. Ils expriment dans ce courrier leur souhait qu'un engagement commun émerge entre partenaires sociaux et élus de la Nouvelle-Calédonie afin de faire enfin aboutir ce dossier.

3. Do Kamo

La situation du RUAMM avait également été travaillée lors des assises de la santé en 2012, puis celles de 2015 qui ont abouti à la délibération relative au plan de santé calédonien Do Kamo (mars 2016).

Do Kamo prend en compte la dimension financement du système de santé dans une approche par l'amélioration de la santé des calédoniens qui à terme, sera le plus sûr moyen de maîtriser les dépenses de santé.

Do Kamo prend également en compte la dimension financière par une réflexion à moyen / long terme sur les modalités de financement du système de santé à travers 3 orientations principales, qui sont ici distinguées par leurs possibles délais de mise en œuvre, de la plus rapide à la plus complexe :

- la mise en œuvre d'un objectif de maîtrise des dépenses de santé par l'instauration d'une évolution plafonnée des dépenses de santé, le Congrès adoptant chaque année un budget fixant le montant total des dépenses de santé, réparti de manière plus équilibrée entre le secteur de la prévention-promotion de la santé et le secteur du soin. L'atteinte des objectifs est conditionné à la mise en œuvre de mesures de régulation : cette approche peut être assimilée à la démarche initiée en métropole lors de la création d'un ONDAM⁷ / OCEAM⁸. L'originalité de la méthode proposée par Do Kamo réside dans la définition des mesures de régulation d'une partie de l'enveloppe des « soins de ville », dites « protocole de Koutio », en ce qu'elles seraient gérés par les professionnels eux-mêmes ;
- la mise en œuvre d'une refonte du système de financement de la longue maladie avec l'instauration d'une protection universelle garantissant un ticket modérateur maximal proportionnel aux capacités financières des assurés sociaux ;

⁷ Objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie.

⁸ Objectif calédonien d'évolution des dépenses d'assurances maladie.

- la mise en œuvre d'une refonte du financement de l'assurance maladie par un transfert progressif du financement par cotisations sociales vers un financement par l'impôt : à noter qu'en métropole cette démarche a été enclenchée par l'intermédiaire de la CSG et s'est faite très progressivement sur une vingtaine d'année pour aboutir à ce qu'au 1^{er} janvier 2018, il n'existe plus de cotisations salariales pour le financement de l'assurance maladie. Seule perdure une cotisation patronale à un taux de 13%.

Mais à côté de ces démarches structurelles, Do Kamo a également acté la nécessité d'intervenir par des mesures le plus immédiates possibles de redressement du RUAMM.

4. La réalisation d'un état des lieux de la protection sociale en Nouvelle-Calédonie :

En 2016, un travail d'état des lieux de la situation de la protection sociale est lancé et aboutit à la tenue d'un séminaire organisé par le gouvernement au congrès le 6 octobre 2016. A l'occasion de ce séminaire, les perspectives d'évolution du RUAMM sont précisées.

Le constat selon lequel le déficit global de financement du système de protection sociale est imputable à la situation du RUAMM est posé.

A l'issue du séminaire au congrès d'octobre 2016, un premier plan d'actions a été présenté en collégialité en février 2017. Un comité stratégique intégrant la Cafat a permis dès mars 2017 d'initier des ateliers de travail qui ont réfléchi à des mesures d'urgences pour le RUAMM.

Dans le cadre de ces ateliers, sur 6 thématiques identifiées, 4 ont effectivement donné lieu à des conclusions :

- Evasan ;
- Lutte contre l'obésité ;
- Nomadisme médical ;
- et Frais de déplacements : des patients et des professionnels de santé.

2 thématiques : la « longue maladie » et le « contrat d'objectif » n'ont pas été étudiées, se heurtant à des demandes préalables des professionnels de santé auxquelles il n'était pas possible de répondre.

Il s'agissait, en préalable au lancement d'un travail sur la refonte du financement des soins pris en charge au titre de la longue maladie, d'une demande de retrait d'une circulaire de la Cafat en matière de gestion des actes urgents et des actes exceptionnels c'est-à-dire des actes hors protocole de soins longue maladie.

Le travail sur la thématique « contrat d'objectif », qui correspondait plus particulièrement à la mise en œuvre d'objectifs incitatifs pour les professionnels de santé libéraux associés à des mesures de régulation garantissant l'atteinte des objectifs, a été, pour sa part, conditionné à la transmission de données chiffrées non disponibles.

5. Les réflexions portées par la Cafat :

Le conseil d'administration de la Cafat s'était également saisi de la question de l'équilibre du RUAMM et constitué en 2016 un comité interne qui a formulé ses propres propositions, reproduites ci-après :

- Mise en œuvre d'un objectif chiffré plafond d'évolution des dépenses (OCEAM) ;
- Refonte du financement de l'hospitalisation publique entre part de dotation globale et part de tarification à l'activité ;
- Evolution du taux directeur des dépenses hospitalières, publiques et privées, corrélé à l'évolution de l'objectif global d'évolution des dépenses de santé (OCEAM) ;
- Engager une réflexion sur la diminution des tarifs du centre de radiothérapie de Nouvelle-Calédonie et du centre de soins de suite et de réadaptation ;
- Evaluer l'impact de l'ouverture du centre de radiothérapie sur les dépenses d'évasan ;
- Evaluation du coût global des dépenses d'évasans et de leur évolution sur 3 ans ;
- Mise en concurrence des tarifs de billets d'avion émis dans le cadre des évacuations sanitaires ;
- Ouvrir des négociations avec un établissement sur Paris, pour les assurés CAFAT (évacués ou non) recevant des soins en métropole ;
- Mener une réflexion sur la politique de remboursement locale, pour les médicaments pris en charge en charge métropole à un taux inférieur à 40% ;
- Plafonner le versement de la rémunération des médecins référents aux 250 premiers patients de chaque médecin référent ;
- Supprimer le formalisme de certaines ententes préalables (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) dès lors que les prescriptions correspondent aux référentiels de la Haute autorité de santé ;
- Intégrer dans le dispositif conventionnel l'ensemble des professions dont les prestations sont prises en charge par le RUAMM ;
- Engager une réflexion sur l'instauration d'un ticket modérateur « petit risque » ;
- Mettre en œuvre le ticket modérateur de 10% sur les consultations médicales en longue maladie.

L'ensemble de ces propositions s'inscrivent à plus ou moins long terme dans les différentes mesures répertoriées au sein du présent rapport. Deux dernières propositions sont par contre dépendantes des évolutions encore à réfléchir en matière de gouvernance du dispositif de protection sociale. Il en est ainsi de la proposition qui tend à ce que la Cafat soit la seule signataire des conventions avec les professionnels de santé ou de la proposition qui tend à rendre plus contraignante au-delà d'un certain délai la convention en vigueur avec les médecins.

En effet, les équilibres actuels du dispositif conventionnel sont susceptibles de modifications selon les décisions qui seront prises et ces propositions seront le cas échéant de moindre utilité.

6. Le cycle de concertation

La mise en place du nouveau gouvernement en décembre 2017 a permis de réactiver les travaux sur des mesures urgentes pour le RUAMM conformément au discours de politique générale prononcé par le président du gouvernement devant le congrès le 22 décembre 2017.

Une sélection de mesures issues du plan d'action pour la réforme de la protection sociale, des mesures du comité de pilotage interne Cafat et des fiches opérationnelles de Do-Kamo constitue une première trame d'un plan d'urgence.

En présence de la Cafat, un cycle de rencontres a été organisé par le Gouvernement avec chaque acteur concerné afin :

- de recueillir leurs propositions de réduction des dépenses ;
- et de mesurer l’acceptabilité des pistes possibles d’économie dans l’horizon qui est le leur.

Ces réunions (19) se sont tenues entre le 12 février et le 9 mars 2018. Elles ont toutes donné lieu à rédaction d’un relevé de conclusions transmis aux partenaires et participants à chaque réunion (cf. liste en annexe).

En parallèle de ces rencontres, des réunions techniques se sont également tenues à l’initiative de Do Kamo sur les modalités de mise en œuvre d’un objectif annuel de maîtrise des dépenses de santé et ses mesures de régulation.

Enfin, c’est dans ce contexte que les inspecteurs généraux de l’IGAS ont séjourné en Nouvelle-Calédonie entre le 19 et le 28 février 2018 afin d’intervenir en soutien de la démarche de réforme initiée par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

7. Conclusion :

Si le contexte et la diversité des actions initiées peuvent, en première approche, sembler un peu complexes à appréhender, à ce stade des travaux, il est désormais possible de proposer une stratégie d’actions :

- une partie des études et expertises a été rendue (ACOSS, CNAMTS et ISEE) ;
- les conditions de mise en œuvre d’une évolution plafonnée des dépenses de soins (ONDAM / OCEAM Do Kamo) sont en phase d’expertise : le dispositif pourrait aussi être testé « à blanc », au moins en partie avec des professionnels de santé volontaires (kinés ?), au cours de l’année 2018 ;
- la large concertation en 2017 et 2018 autour des mesures de redressement du RUAMM a permis de faire émerger des pistes communes d’économie et d’aboutir à des consensus dans certains domaines.

Ce bilan n’en reste pas moins fragile : si ces différentes approches ont vraisemblablement contribué à une vraie prise de conscience de l’urgence à agir, les pistes d’économies proposées ne permettront pas à elles seules d’apporter une réponse adéquate aux besoins du RUAMM.

Des mesures plus volontaristes de réduction des dépenses devront vraisemblablement être décidées : mais ces mesures pourraient être **transitoires** (2018-2019/2020) et s’inscrire dans une stratégie globale de moyen terme.

La recherche de ressources supplémentaires pérennes ne doit pas non plus être écartée.

B. Stratégie :

La stratégie proposée est construite autour d’une mise en œuvre progressive des préconisations des missions d’expertise conduites et des travaux de Do Kamo sur le modèle économique du système de santé.

Elle est, comme indiqué ci-dessus, fondée sur l'urgence à agir et donc la nécessité d'initier **immédiatement** ce qui peut déjà être fait, même si des adaptations sont susceptibles d'être apportées ultérieurement.

Elle s'articule autour de :

- mesures **structurelles et structurantes** pour l'avenir du RUAMM et des régimes de sécurité sociale, issues des préconisations des missions d'expertise, mais également du plan Do Kamo et de la concertation menée : ces mesures servent de colonne vertébrale à la consolidation du dispositif de financement et de gouvernance du RUAMM. Mais elles servent également à initier des modifications des pratiques de santé pour promouvoir et faciliter la réalisation d'économies et induire le changement.
- mesures d'économies de dépenses dont certaines pourraient être envisagées de manière **transitoire** : certainement douloureuses, elles doivent permettre de passer le cap pour laisser le temps aux mesures structurantes de produire leurs effets.
- recherche de **ressources supplémentaires** pérennes : au-delà du simple apport financier, à travers des mesures visant à harmoniser les cotisations sociales par exemple, certaines des mesures proposées constituent des préalables à la mise en œuvre d'une démarche à plus long terme. Préalables visant à plus d'équité entre les assurés sociaux.

II. Le Plan de redressement :

A. Mesures structurelles et structurantes :

Les résultats des actions décrites ne seront pas tous forcément visibles dès 2018, mais se feront sentir dès 2019 et les années suivantes.

1. Préconisations de l'ACOSS

a) Dématérialisation

Conformément aux recommandations des experts de l'ACOSS portant sur l'évaluation des processus de recouvrement des cotisations et contributions sociales, il est proposé de moderniser les formalités sociales obligatoires que doivent réaliser les employeurs et les travailleurs indépendants auprès de la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Il s'agit de permettre :

- en premier lieu, la dématérialisation des obligations déclaratives des employeurs et des travailleurs indépendants ;
- en second lieu, la dématérialisation du paiement des cotisations et contributions sociales des employeurs et des travailleurs indépendants.

Il serait proposé de poser un principe général d'obligation juridique de déclaration et de paiement par voie électronique dans des conditions fixées par voie contractuelle.

Ce principe concernerait :

- la gestion administrative du compte employeur et travailleur indépendant (immatriculation, radiation...)

- les mouvements de personnel (déclaration préalable à l'embauche, de rupture du contrat de travail, d'affiliation et de fin d'affiliation d'employés ou de fonctionnaires..);
- les déclarations de salaires ou revenus (déclaration nominative trimestrielle, déclaration de ressources du travailleur indépendant...).

Par ailleurs, la Cafat met actuellement à la disposition des cotisants plusieurs e-service que la réglementation viendrait légitimer. Il s'agit par exemple :

- e service de la déclaration préalable à l'embauche (DPAE) et de la déclaration de rupture de contrat de travail ;
- e service de déclarations d'affiliation des travailleurs ;
- e service de la déclaration nominative trimestrielle (DNT) pour les entreprises de 1 à 20 salariés et de la déclaration de ressources annuelle d'un travailleur indépendant (TI).

Au regard des caractéristiques du tissu économique de la Nouvelle-Calédonie, cette obligation serait établie progressivement en fonction de l'effectif salarié comptabilisé par employeur au 1er juillet de l'année n-1 et, pour les travailleurs indépendants, établi en fonction d'un niveau de revenus selon les propositions récapitulées ci-dessous :

Employeur	Paiement et déclaration dématérialisés	Modalités	Date d'application
50 salariés ou plus	obligatoire	virement	1 ^{er} juillet 2018
11 salariés ou plus	obligatoire	virement ou télé règlement	1 ^{er} janvier 2019
5 à 10 salariés	obligatoire	virement ou télé règlement	1 ^{er} juillet 2019
1 à 4 salariés	obligatoire	virement ou télé règlement	1 ^{er} janvier 2020

Travailleur indépendant	Paiement et déclaration dématérialisée	Modalités	Date d'application
revenus annuels < ou = 24 SMG (3 669 889 F CFP)	obligatoire	virement ou télé règlement	1 ^{er} janvier 2020
revenus annuels > 24 SMG (3 669 889 F CFP)	obligatoire	virement prélèvement ou télé règlement	1 ^{er} juillet 2019

Ce projet nécessite l'adoption d'une **loi du pays** et de sa délibération d'application.

Ce projet a fait l'objet d'un travail préalable entre la DASS et la Cafat et pourrait être mis en œuvre **dès juillet 2018** : il prend en compte les contraintes techniques de la Cafat en termes d'opérationnalité.

Enfin, ce projet s'inscrit dans la stratégie numérique de la Nouvelle-Calédonie de dématérialisation des procédures et de déploiement des télé-services.

b) Recouvrement

Il s'agit là encore de mettre en œuvre les préconisations de l'ACOSS afin d'accélérer le recouvrement des cotisations.

Intervenant à la suite de la mise en œuvre des obligations de dématérialisation des déclarations et des paiements, il s'agit à ce stade d'agir sur deux aspects différents, sans alourdissement des formalités pour les entreprises :

- une modification des dates d'exigibilité et des dates de versements des cotisations pour les avancer dans le courant du mois. Pour les employeurs de plus de 20 salariés déjà soumis à une obligation de versement d'acomptes mensuels, il s'agira également de porter le versement de ces acomptes de 25% à 30% du montant des cotisations du trimestre précédent ;
- d'accélérer le recouvrement amiable et forcé des cotisations en donnant notamment à la Cafat les outils réglementaires permettant de faciliter sa mission. Par exemple en lui offrant la possibilité de notifier la contrainte directement par voie d'huissier, alors qu'aujourd'hui, elle ne peut être notifiée par un huissier, que si 2 notifications en recommandé avec accusé réception ont été effectuées.

Ce projet nécessite l'adoption d'une **loi du pays** et de sa délibération d'application.

L'entrée en vigueur de ces nouvelles normes pourrait intervenir **dès janvier 2019**.

c) Unicité de trésorerie

La question de l'unicité de trésorerie est à l'origine de nombreux débats et positions révélant les craintes des acteurs qu'une gestion « unifiée » de la trésorerie conduisent à ce que les dettes / déficits du RUAMM par exemple soient financés par les réserves de la branche retraite principalement.

Ces craintes doivent être entendues et comprises.

Au cas particulier, il ne s'agit pas de revenir sur l'étanchéité entre les branches du régime de sécurité sociale géré par la Cafat. Il s'agit d'éclaircir les modalités de gestion de la trésorerie, afin, conformément aux préconisations de l'ACOSS, de mettre de « *la souplesse dans la gestion quotidienne mais de manière totalement encadrée*⁹ ».

Ce besoin de souplesse n'est pas « *contradictoire avec un suivi séparé de trésorerie de chaque régime qui doit bien être produit et même exigé et documenté*¹⁰ ».

Une modification des principes serait introduite par loi du pays dans un objectif clair : **la gestion des décalages de trésorerie dès lors que les échéances ne sont pas compatibles mais que l'équilibre financier global est prévu et sécurisé.**

Cette modification doit s'accompagner **en parallèle** pour la Cafat d'une amélioration importante du suivi et de la prévision en matière de trésorerie à travers différents instruments de suivi :

⁹ Rapport de mission d'expertise de l'ACOSS à la CAFAT, 2^e phase, 27 au 31 mars 2017, page 26, encadré

Action 2

¹⁰ ie

- l'amélioration des documents de prévision annuelle ;
- la création d'un suivi de trésorerie de chaque branche **sur le passé ainsi qu'en prévision** ;
- le développement d'une situation quotidienne **pour chaque régime** afin de pouvoir apprécier les risques temporaires de trésorerie négative.

Il convient donc que la caisse « *développe les outils de suivi et de prévision de la trésorerie, faisant le lien entre comptes et trésorerie, partagés, permettant un « reporting » aux différents acteurs (CA, tutelles, commissaires aux comptes, ...) et d'alerter sur les risques, notamment d'incapacité à honorer des échéances* ¹¹ ».

L'entrée en vigueur de ces nouvelles normes devrait intervenir **dès que possible**.

Ces 3 orientations, « Dématérialisation » - « Recouvrement » - « Unicité de trésorerie », sont primordiales et constituent un socle essentiel de la refonte du pilotage du régime de sécurité sociale.

Elles sont porteuses de nombreuses modifications de pratiques qui se traduiront par des gains considérables de temps et d'efficacité pour les services administratifs de la Cafat ainsi que par une information financière claire et sécurisée des acteurs de la gouvernance à travers :

- la diminution des flux papiers entre la caisse et les cotisants ;
- la facilitation des opérations de contrôle et de suivi des obligations déclaratives et de paiement des cotisations ;
- la fluidité dans le paiement des échéances de la caisse et notamment celles du RUAMM.

Elles participeront ainsi à un assainissement des relations entre la caisse et les cotisants autant qu'entre la caisse et ses partenaires institutionnels.

d) La compensation des pertes de cotisations

Pour les régimes de sécurité sociale, les pertes de cotisations sociales proviennent de trois mesures principales :

- depuis 1992, les abattements de cotisations dits « secteurs aidés » : les employeurs exerçant dans les secteurs de l'agriculture (et assimilés), de l'hôtellerie hors de communes du Grand Nouméa, les employeurs de gens de maison et les établissements d'accueil petite enfance et périscolaire bénéficient de réductions sur les cotisations sociales. La mesure porte sur l'ensemble des cotisations, et concerne à la fois la part patronale et la part salariale (soit en moyenne 36 % d'un salaire plafonné brut) ;
- depuis 2001, les réductions sur les cotisations appliquées au titre des bas salaires (RBS) : c'est-à-dire les salaires compris de 1 à 1,3 SMG ;
- depuis 2002, un taux réduit de cotisation au RUAMM des « travailleurs indépendants ».

En 2018, les pertes de cotisations issues de ces 3 mesures représentent globalement un montant de **11,2 Mds** soit environ 11% des cotisations totale dues au titre des différents régimes.

¹¹ Rapport de mission d'expertise de l'ACOSS à la CAFAT, 2^e phase, 27 au 31 mars 2017, page 29, encadré Action 3

Les pertes de cotisations proviennent également de deux mesures de moindre impact financier (520 MF) :

- la réduction de taux prévue pour les apprentis, stagiaires de la formation professionnelle et stagiaire du SMA au VI de l'article 40 de la délibération modifiée n° 280 du 19 décembre 2011 relative à la sécurité sociale ;
- le contrat à période d'adaptation, CES et TESA, associations intermédiaires.

Réglementairement la Nouvelle-Calédonie est uniquement tenue de compenser :

- sur décision du congrès, le manque à gagner du différentiel de taux appliqué aux travailleurs indépendants et celui appliqué aux fonctionnaires (5,4 Mds en 2018) ;
- les cotisations sociales salariales et patronales des apprentis et des volontaires stagiaires du service militaire adapté (135 MF).

A partir des échanges menés dans le cadre du comité stratégique NC/Cafat en 2017, **afin de sécuriser les ressources des régimes gérés par la Cafat et de leur donner plus de visibilité**, il a été convenu qu'un **principe de compensation** des pertes de cotisations devait être acté par **loi du pays**.

Ce principe et ses modalités de mise en œuvre doivent encore faire l'objet de concertations et d'échanges. Une base de travail pourrait être l'application d'un principe de réalité à travers :

- des adaptations des mesures de soutien à l'emploi dans un objectif d'équité autant entre salariés qu'entre secteurs d'entreprises (cf. ci-après le titre relatif aux ressources) ;
- la mise en œuvre de modalités partagées permettant de sécuriser l'avenir ;
- un accord sur la mise en œuvre de mesures transitoires, justifiées par la réalité économique de la Nouvelle-Calédonie, et susceptibles de pouvoir s'appliquer autant pour l'avenir que sur l'antériorité des compensations dues / réclamées.

La concertation doit donc se poursuivre dans le cadre du comité stratégique GNC / Cafat en priorité autour de la sécurisation de l'avenir **dès 2019** par :

- l'élaboration d'un principe de compensation des pertes de cotisation : ce principe pourrait prévoir que :
 - toute réduction de taux, d'abattement ou d'exonération de cotisations dans le cadre d'un dispositif de soutien à l'emploi donnerait lieu à compensation aux branches concernées à compter du 1^{er} janvier 2019 ;
- l'examen des modalités de mise en œuvre de ce principe qui peuvent prendre différentes formes, non exclusives les unes des autres :
 - une compensation au franc le franc des pertes de cotisations ;
 - une compensation des seuls régimes déficitaires ;
 - un ajustement des mesures et une compensation pouvant être différenciée entre cotisations salariales ou patronales ;
 - une compensation forfaitaire de la seule « perte sèche » de cotisations, perte déterminée par écart observé entre la perte de cotisations résultant de la mesure concernée et l'évolution des encaissements de cotisation imputable au dispositif de soutien à l'emploi correspondant ;
 - un calcul différencié de la base des compensations (encaissées ou constatées) selon les publics concernés ;
 - ...

Une fois la règle générale posée pour l'avenir, dans un contexte de réforme du dispositif de protection sociale, la concertation devra se prolonger afin d'évaluer, compte-tenu de la situation économique de la Nouvelle-Calédonie, l'opportunité de mesures transitoires.

2. Préconisations de la CNAMTS

Le gouvernement a sollicité l'expertise des services de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) afin d'évaluer le fonctionnement du contrôle médical unifié (CMU) confié à la CAFAT depuis 1997.

Un des objectifs était de permettre à la Nouvelle-Calédonie de disposer d'éléments d'aide à la décision dans la modernisation, le cas échéant, de la réglementation applicable (cf. délibération 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical du régime unifié maladie-maternité et de l'aide médical).

Un rapport a été remis par la CNAMTS en janvier 2018 faisant état d'un certain nombre de constats face auxquels des préconisations ont été apportées sur plusieurs thématiques : le fonctionnement du CMU, le contrôle sur prestations, l'activité des professionnels de santé, l'activité contentieuse et le positionnement du CMU.

1. Concernant le fonctionnement du CMU : développer en priorité un dispositif de contrôle de gestion pour disposer de données indispensables au pilotage de l'activité. En effet, en l'absence de réel suivi, il s'est avéré difficile de mener une étude approfondie sur l'organisation du CMU.

2. Concernant le contrôle sur prestations : simplifier la gestion de la longue maladie ou encore passer vers un traitement ciblé des demandes d'entente préalable avec une réelle valeur ajoutée.

3. Concernant l'activité des professionnels de santé : développer un accompagnement des professionnels de santé en mettant en œuvre un plan d'actions annuel avec la branche santé intégrant des programmes d'échanges confraternels. La réussite de l'accompagnement des professionnels de santé et des établissements de santé passerait également notamment par la mise à disposition et le partage de référentiels médicaux validés.

4. Concernant l'activité contentieuse : définir annuellement sa stratégie, mettre en place un programme de contrôles ciblés et renforcer le cadre réglementaire.

5. Concernant le positionnement du CMU : consolider le positionnement du CMU par la fixation notamment d'objectifs de gestion du risque ou encore par la reconnaissance d'un véritable statut de la fonction de médecin chef comme celui d'un directeur du contrôle médical.

Un comité de suivi a été mis en place avec la CAFAT afin de procéder au suivi des préconisations de la CNAMTS. Une première rencontre est organisée le 28 mars prochain. La traduction réglementaire de ces préconisations, après concertation avec la Cafat, passera par une refonte de la réglementation actuelle et nécessitera une **loi du pays**. L'entrée en vigueur pourrait intervenir dès **2019**.

3. Le cadre d'exercice des professionnels de santé

a) Cadre réglementaire des professions de santé

La concertation menée a permis à plusieurs catégories de professionnels de santé de rappeler les attentes quant à la mise à jour du cadre réglementaire qui leur est applicable :

- infirmiers : livre IV de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (loi du pays) en cours d'examen au congrès ;
- biologistes : projet de loi du pays et délibération d'application en instance de validation par les services juridiques pour présentation en séance du gouvernement ;
- masseurs-kinésithérapeutes : délibération n° 425 du 20 juillet 1977 à refondre : insertion dans le livre IV de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie ;
- transports sanitaires terrestres : projet de loi du pays et délibération d'application en instance de validation par les services juridiques pour présentation en séance du gouvernement ;
- sages-femmes : livre IV de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (loi du pays) en cours d'examen au congrès ;

La finalisation / révision de ces réglementations est d'importance, d'une part parce que la réglementation calédonienne est assez largement obsolète, d'autre part puisqu'elle permettrait à elle seule de faire évoluer certaines pratiques vers une réduction des dépenses :

- prescription infirmière,
- prescription d'antibiotiques « per os » dans le cadre du soin des IST et des Vaginoses par les sages-femmes,
- certificats médicaux de vaccination des nourrissons ouvrant droit aux allocations familiales également par les sages-femmes,
- pratique des IVG médicamenteuses par les sages-femmes (du secteur public uniquement en raison des contraintes liées à la mise en œuvre de l'acte),
- prescription par les kinés de matériel d'autonomisation.

Toutes pratiques, pour certaines d'entre elles déjà permises en métropole, qui tendent à un assouplissement de la répartition des actes entre professions de santé afin de développer des complémentarités ou des subsidiarités.

b) Le « génériquage » des actes

La mise à jour de la réglementation serait également pour partie un levier du « génériquage » de certains actes : proposition des professionnels de santé et qui fait un assez large consensus.

De quoi s'agit-il ? en fait, le tarif de certains actes médicaux, identiques dans leur exécution, varie en fonction de la qualité du professionnel qui le réalise.

Il s'agit par exemple :

- de la réalisation d'un vaccin : d'un coût moins élevé lorsqu'il est réalisé par un infirmier, un pharmacien ou une sage-femme que par un médecin qui tarifie une consultation dans la majorité des cas,
- de la réalisation d'un prélèvement sanguin : d'un tarif moins élevé (hors frais de déplacement) lorsqu'il est réalisé par une infirmière au domicile du patient que lorsqu'il est réalisé en labo par un technicien ou par le directeur du laboratoire,
- de la réalisation d'un frottis : d'un coût moindre lorsqu'il est réalisé par une sage-femme au lieu d'un médecin spécialiste,

- suivi de la réadaptation des amputés : d'un coût moindre lorsqu'elle est réalisée, à situation équivalente, en libéral plutôt qu'en centre de réadaptation,
- de l'harmonisation des frais de déplacements des professionnels de santé,

Il s'agit donc pour ce type d'actes de rechercher et de privilégier l'acte le moins cher pour le même service rendu aux patients.

Selon le cas, cette mesure peut être mise en œuvre :

- soit par une harmonisation des tarifs sur la base du tarif le moins élevé : à partir d'une modification de la nomenclature des actes médicaux par arrêté du gouvernement ;
- soit par l'attribution de l'exécution de l'acte à un professionnel spécifique à l'exclusion des autres : à partir de la réglementation applicable aux professionnels (cf. § précédent),

c) Autres mesures d'appuis aux professionnels de santé

(1) La gestion des remplacements :

Les professionnels libéraux de santé, notamment les médecins spécialistes, ont fait remonter les difficultés qu'ils pouvaient rencontrer à se faire remplacer à l'occasion de congés ou d'absences pour formation.

Outre la disponibilité d'un confrère qualifié, lorsque celui-ci est identifié, le formalisme administratif qui prévaut à sa venue ponctuelle est un frein supplémentaire (inscription RIDET, paiement d'une patente annuelle pour 2 mois d'activité ponctuelle en Nouvelle-Calédonie, adhésion RUAMM...).

Avec un impact financier mineur pour la Nouvelle-Calédonie, des mesures d'adaptation de la réglementation pourraient être envisagées notamment en matière de patente.

Ces mesures de simplification nécessitent une **loi du pays** dans le domaine de la fiscalité : il pourrait être proposé que le texte adéquat soit inscrit à l'occasion de prochaine « **loi du pays balai** », intervenant régulièrement dans cette matière.

(2) La reconnaissance des professionnels de santé participants aux actions de santé publique

Les médecins exerçant en Nouvelle-Calédonie ont depuis 15 ans organisé des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en Oncologie. Obligatoires en métropole (plan Cancer), ces RCP ne sont pas « institutionnalisées » en Nouvelle-Calédonie.

Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour prendre une décision accordant aux patients la meilleure prise en charge en fonction de l'état de la science. Au cours des RCP, les dossiers des patients sont discutés de façon collégiale. La décision prise est tracée, puis est soumise et expliquée au patient. Ces pratiques ont pour objet d'assurer à chaque patient une prise en charge conforme aux recommandations de bonnes pratiques.

En Nouvelle-Calédonie, les spécialités concernés sont : la gynécologie, qui s'est structurée la lère, la gastrologie, la pneumologie, l'ORL. Depuis 2 ans l'hématologie et la dermatologie se sont ajoutées.

Chaque réunion rassemble tous les spécialistes de l'organe, privés et avec au moins un représentant des spécialités dites « transversales » : cancérologue, radiothérapeute, radiologue et anatomo-cyto-pathologie. Cela représente dorénavant 120 réunions par an, soit en moyenne 2 réunions par semaine.

Cet investissement, important pour les spécialistes privés, et le temps passé n'est pas rémunéré, contrairement à la métropole. Le réseau ONCO. NC prenait en charge une formation par an. En raison des difficultés de trésorerie du réseau, ces formations ont été supprimées en 2017.

Afin de prendre en compte l'investissement des professionnels concernés du secteur privé (les RCP sont prises en compte dans le temps de travail des praticiens salariés et sont rémunérées à ce titre), pour rétablir une équité entre médecins salariés et libéraux, un principe d'indemnisation de ces RCP pourrait être élaboré, sous l'égide de la DASS.

L'enveloppe d'indemnisation serait confiée en gestion au réseau ONCO-NC sur financement ASS.

(3) Mesures de simplification administrative

Plusieurs professions ont fait part d'un désir de simplification de formalités administratives. Parmi ces souhaits, certains¹² recourent les recommandations de la CNAMTS en matière notamment de contrôle des prestations : passer d'un contrôle a priori par entente préalable à un contrôle ciblé des prestations. Comme indiqué ci-dessus, la mise en œuvre de ces recommandations devra passer par une **loi du pays** susceptible de pouvoir entrer en vigueur **dès 2019**.

Pour d'autres (pharmaciens¹³, prestataires de santé à domicile¹⁴), les solutions existent et peuvent d'ores et déjà être mises en œuvre, notamment grâce aux évolutions numériques.

Toutefois, certaines simplifications nécessitant un support réglementaire, il pourrait être recommandé à la Cafat, d'élaborer une liste, la plus exhaustive possible, des simplifications administratives réalisables et, dans le cadre du dispositif conventionnel, en planifier la mise en œuvre avec les professionnels concernés.

Dans un premier temps, il est possible par **délibération**, de dématérialiser le processus de facturation entre les pharmaciens et la caisse.

(4) Régulation de l'exercice des professions

Plusieurs professions ont également mentionné le souhait de voir l'installation des professionnels mieux régulée : les sages-femmes ; les orthophonistes, les infirmiers libéraux.

Il s'agit dans ce cadre d'assurer une meilleure répartition de l'offre de soins sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie.

¹² Comme par exemple la demande de suppression de l'entente préalable, systématiquement accordée pour la prise en charge de la rééducation périnéale après accouchement.

¹³ Télétransmissions à la Cafat des ordonnances en tiers payant et suppression corrélative des transmissions papiers.

¹⁴ Entente préalable (insulinothérapie, apnées du sommeil), télé suivi permettant de s'assurer de l'observance du traitement par le patient (apnées du sommeil)

Il conviendrait de mener, profession par profession, l'évaluation du dispositif de régulation actuel et de confier à la Cafat le soin de mener cette évaluation puis de construire les propositions d'amélioration, en partenariat avec les professionnels de santé, les services de la Nouvelle-Calédonie et les organismes de protection sociale (provinces et mutuelles).

4. La généralisation d'une couverture complémentaire santé

La généralisation d'une couverture complémentaire santé n'est pas un sujet nouveau. En 2010, le gouvernement avait confié à Mme Marie-Noëlle Thémereau une mission de réflexion et de proposition sur cette question.

Après cette étude, la généralisation d'une couverture complémentaire santé apparaissait comme nécessaire et juste. Toutefois il était proposé que cette généralisation se fasse par étapes :

1. réforme de la mutualité : le statut de la mutualité a été adopté en 2013 et est entré définitivement en vigueur le 1^{er} octobre 2017 ;
2. réaménagement du régime complémentaire santé des fonctionnaires et agents publics : ce réaménagement est intervenu en 2017 et entré en vigueur lui aussi le 1^{er} octobre 2017 ;
3. généralisation de la complémentaire santé aux salariés ensuite : cet objectif a été confirmé lors de la conférence économique, sociale et fiscale des 20 et 21 août 2014 et repris dans l'agenda partagé ;
4. généralisation de la complémentaire santé aux retraités enfin : cette dernière étape a posé question en matière de financement, les mutuelles ayant exprimé que les contribuables devaient participer au financement de la couverture santé des retraités, les mutualistes ne pouvant plus l'assurer seuls à l'avenir.

La moitié du chemin a donc été parcourue !

Les étapes 3 (généralisation de la complémentaire santé pour les salariés) et 4 (généralisation pour les retraités) nécessitaient la mise en œuvre de travaux complémentaires :

- la modification de la réglementation relative à l'aide médicale dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé aux salariés, afin d'éviter un transfert de charges partiel des provinces vers les employeurs et les salariés. Le coût probable d'un tel transfert, évalué à 1,2 Md, faisait courir le risque de condamner la réforme ;
- la réalisation d'études complémentaires sur les perspectives des organismes assureurs afin de mieux cerner les besoins de financement en matière de couverture complémentaire des retraités.

Lors de la réalisation de cette étude, les travailleurs indépendants n'étaient pas intéressés par la généralisation de cette couverture complémentaire.

Enfin, l'instauration d'une complémentaire santé est susceptible d'avoir un impact sur le RUAMM en facilitant l'accès aux soins : ce coût supplémentaire a été évalué à environ 500 MF par la Cafat.

Toutefois, à l'occasion des concertations menées en 2017 et 2018, la généralisation de la couverture santé complémentaire est apparue comme un complément indispensable à des mesures d'économies de santé afin de ne pas pénaliser l'accès aux soins des assurés tout en solvabilisant le paiement de l'acte.

Intervenant en parallèle à la mise en œuvre de mesures de réduction des dépenses, la généralisation de cette couverture complémentaire permettrait de ne pas trop alourdir les charges du RUAMM et faciliterait le cas échéant l'acceptabilité des mesures de maîtrise des dépenses suggérées.

Il est ainsi proposé de poursuivre la démarche de mise en œuvre de la couverture complémentaire santé pour une entrée en vigueur au profit des salariés du secteur privé au **1^{er} juillet 2019**. Pour les retraités, l'entrée en vigueur serait conditionnée aux résultats des études complémentaires à mener.

Pour atteindre cet objectif, la méthode pourrait être la suivante :

- mise à jour et complétude des données de l'étude réalisée par Mme Thémereau en 2010 : échéance septembre 2018 ;
- réalisation des études complémentaires préalables à la généralisation au profit des retraités : échéance septembre 2018 ;
- partage et analyse des conclusions ainsi actualisée avec les partenaires : échéance décembre 2018 ;
- concertation avec les provinces en matière d'harmonisation de la réglementation relative à l'aide médicale (conditions d'admission à l'aide médicale et conditions de délivrance de la carte B) : échéance décembre 2018 ;
- proposition d'un projet de **loi du pays** généralisant la couverture complémentaire santé au profit des salariés du secteur privé, le cas échéant au profit des retraités : échéance février 2019 pour entrée en vigueur juillet 2019 ;

5. OCEAM vs ONDAM

En métropole l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a été créé en 1996 et est fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). C'est l'objectif de dépenses à ne pas dépasser en matière de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

Cet objectif est décomposé en 6 sous-catégories qui correspondent aux grands postes de dépenses de l'assurance maladie (dépenses de soins de ville, dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité, ...).

En Nouvelle-Calédonie, la création d'un ONDAM calédonien, baptisé depuis « OCEAM » pour « *objectif calédonien d'évolution des dépenses d'assurance maladie* », est un objectif du plan Do Kamo, intégré dans une répartition plus juste entre secteurs de la prévention-promotion-éducation à la santé et du soin, mais celui-ci ne pourra être mis en œuvre qu'en imposant des dispositifs de régulation : régulation du volume des actes (protocole de Koutio), régulation des volumes de forfait, ...

L'idée de création d'un ONDAM calédonien est également largement portée par les partenaires sociaux puisqu'elle ressort des propositions émanant de la commission d'études interne à la Cafat sur la maîtrise des charges du RUAMM.

Enfin, la mise en œuvre de ce principe permettrait de lisser dans le temps et d'absorber les possibles dépenses supplémentaires provoquées par la généralisation d'une couverture complémentaire santé. La demande de soins est difficilement maîtrisable, mais les outils de régulation et de réduction des dépenses associés aux réformes structurelles en matière de

contrôle médical et d'organisation globale du système de santé (cf. ci-après) permettent de réguler les dépenses de santé dans leur ensemble.

En Nouvelle-Calédonie, dans un premier temps, l'OCEAM pourrait être décliné en 3 sous-objectifs reprenant les activités de soins :

- soins de ville ;
- soins relevant des établissements hospitaliers publics /privés ;
- soins relevant d'un forfait de soin ou d'un autre mode de prise en charge.

Le respect de l'enveloppe serait garanti par des mécanismes de régulation dont le « protocole de Koutio » qui prévoit que les professionnels de santé répartissent entre eux le budget assigné, chaque professionnel disposant ainsi chacun d'une quote-part à ne pas dépasser.

La mise en œuvre de l'OCEAM induit une inflexion des compétences entre la Nouvelle-Calédonie et la Cafat afin de repositionner les acteurs et les responsabilités.

La fixation de l'enveloppe dédiée au système de santé incluant l'OCEAM et ses 3 sous-objectifs serait une prérogative du Congrès, par délibération suivant le calendrier d'élaboration et d'adoption du budget prévisionnel de la Nouvelle-Calédonie : ce qui permet une mise en cohérence des enjeux financiers lors de la session budgétaire au Congrès.

La déclinaison opérationnelle des sous-objectifs « *soins de ville* » serait confiée à la Cafat qui serait ainsi responsable de l'ensemble de la politique tarifaire de la médecine de ville.

La déclinaison opérationnelle des sous-objectifs « *soins relevant des établissements hospitaliers publics / privés* » et « *soins relevant d'un forfait ou d'un autre mode de prise en charge* » serait confiée à la Nouvelle-Calédonie en complémentarité avec la compétence du gouvernement en matière de carte sanitaire et de délivrance des autorisations d'activités.

Do Kamo pousse la réflexion sur la mise en œuvre d'un OCEAM jusqu'à :

- la modification des modalités de financement du petit risque à travers la diminution des cotisations sociales et le transfert de la charge vers un impôt direct (CCS) ou indirect (TGC) ;
- la réforme du système du ticket modérateur en plafonnant le reste à charge des patients à une proportion fixe de leur revenu ;
- et plus largement encore jusqu'à la répartition d'une enveloppe dédiée à la santé, dont le financement, partagé entre cotisations sociales et fiscalité, pourrait être fléché en fonction de la nature des missions exercées (missions d'intérêt général portées par les hôpitaux publics - urgence, néonatalité, soins vitaux,...- vs soins Médecine/Chirurgie/Obstétrique (MCO).

Il est également probable que l'IGAS produise des perspectives qui conduiraient à la mise en œuvre de nouveaux équilibres.

Néanmoins, comme rappelé ci-dessus, la stratégie proposée est « *fondée sur l'urgence à agir et donc la nécessité d'initier **immédiatement** ce qui peut déjà être fait, même si des adaptations sont susceptibles d'être apportées ultérieurement* ».

La création d'un OCEAM pourrait ainsi intervenir dès **2019**, en limitant le mécanisme dans un premier temps à :

- ☞ la définition des principes par loi du pays ;
- ☞ la fixation par délibération du congrès d'un OCEAM 2019 et de l'enveloppe de ses 3 sous-objectifs ;
- ☞ la mise en œuvre des mécanismes de régulation indispensable au respect de l'enveloppe dédiée aux soins.

A terme, la proposition portée par Do Kamo est d'intégrer dans l'OCEAM **l'ensemble des dépenses de santé** et pas les seules dépenses de soins prises en charge par le RUAMM : à travers l'élaboration d'un « **budget de financement de la protection sociale** », ce serait ainsi l'ensemble de l'enveloppe consacrée à la santé qui ferait l'objet d'un arbitrage entre dépenses de soins, de prévention, d'accompagnement de programmes de santé publique (santé scolaire, addictions,...).

B. Mesures d'urgences :

En matière d'économies de santé, les pistes issues de la concertation sont nombreuses, mais certaines ne peuvent être chiffrées. Surtout, elles ne permettront pas à elles seules d'apporter la réponse adéquate aux besoins du RUAMM. Ces pistes ne sont néanmoins pas à négliger dans le sens où, comme la réglementation, elles agiront sur une modification des pratiques, source d'économies.

A saluer, parmi les professionnels de santé :

- les acteurs de la dialyse qui font une proposition de révision à la baisse des tarifs de leurs forfaits,
- le CHT qui propose le gel du taux directeur en 2019 et 2020 après 2018,
- le secteur des transports sanitaires terrestres qui admet un meilleur encadrement des prescriptions de transports sanitaires,
- les orthophonistes qui proposent un meilleur encadrement des soins orthophoniques prescrits en longue maladie,
- les mutuelles qui estiment que la diminution du tarif de responsabilité en matière d'optique permettrait une baisse des prix de la lunetterie, profitable à l'ensemble des patients.

1. La maîtrise du taux directeur des hôpitaux

Les dotations globales représentent un montant total de 27,8 Mds en 2017 et de 28,7 Mds en 2018 soient une progression de + 3 %.

a) Le CHT

La dotation globale du CHT représentera en 2018 environ 21,9 Mds : identique à 2017.

En effet, le taux de reconduction a été fixé à 0% sur l'année 2018 et aucune mesure nouvelle n'a été prévue.

Cependant, n'étant pas autorisé à engager des dépenses pour la mise en place d'activités nouvelles et/ou de lits supplémentaires, le CHT devra impérativement augmenter son efficacité pour prendre en compte les mesures de reconductions non financées (Glissement Vieillesse Technicité, taux des cotisations sociales, besoins supplémentaires).

Pour mémoire, 1 point d'augmentation de la dotation globale du CHT représente une charge de **281 MF** pour le RUAMM.

Par ailleurs, en raison d'emplois ouverts mais non pourvus au cours de l'exercice 2017, un montant de 250 MF, provenant de la dotation globale de fonctionnement, n'a pas été dépensé. Ce montant sera rendu par le CHT, en 2018, aux organismes de protection sociale : **200 MF sont susceptibles de bénéficier au RUAMM**. Toutefois cette opération ne pourra intervenir qu'à condition que le CHT dispose de la trésorerie disponible. Les modalités d'une compensation entre le CHT et le RUAMM doivent également pouvoir être envisagées.

Par ailleurs, il a été proposé que le CHT élabore :

- un projet d'hospitalisation à domicile : destiné à fluidifier la gestion des lits, contenir l'ouverture de lits supplémentaires et à promouvoir l'activité ambulatoire, ce projet sera auto-financé par l'hôpital à partir des gains de productivité réalisés ;
- un projet d'ouverture dès 2018 d'un Hospitel : le CHT évalue le coût annuel de la gestion d'un Hospitel à **60 MF** contre 300 MF pour la mise en service de 28 lits d'hospitalisation complémentaire. La proposition portée par le CHT serait d'ouvrir 14 places d'Hospitel au 2^e étage d'un de ses bâtiments et de prendre en charge totalement et à budget constant le coût de fonctionnement de ce service. A terme, le projet est l'ouverture de 60 places d'hospitel, projet en partenariat avec les coutumiers de l'aire dans laquelle le CHT est installé. Comme le projet d'hospitalisation à domicile, ce service permettrait de fluidifier la gestion des places d'hospitalisation et de développer la prise en charge ambulatoire.

b) Le CHN

En 2018, l'ouverture du CHN est programmée pour le 2 juillet. Afin de participer à l'effort, la marche à blanc a été réduite. De plus, la mutualisation des moyens avec le CHT et le secteur libéral devrait aussi permettre de réduire les dépenses tout en proposant des recettes nouvelles.

L'économie de dépenses pour le RUAMM est évaluée à **80 MF**. Le principe de récupération devra être le même que celui appliqué au CHT.

c) Les autres mesures proposées par les hôpitaux

Dans le cadre d'un effort de maîtrise des coûts, les hôpitaux publics ont également proposé diverses mesures qui impactent la masse salariale ou les modalités de gestion des achats :

En matière de masse salariale :

- l'instauration de journées de carence pour lutter contre l'absentéisme : sur une année, le coût du 1^{er} jour d'absence est évalué par le CHT à **62,5 MF**. Cette mesure nécessite une **loi du pays** et serait susceptible de concerner l'ensemble de la fonction publique de Nouvelle-Calédonie. A noter que cette mesure existe déjà dans le secteur privé et que l'instauration de jours de carence dans la fonction publique rétablirait une certaine équité entre actifs ;

En matière de gestion des achats :

- gains de 15 à 35% sur le montant des achats en développant une politique d'achats directs : depuis 2016 et 2017, les économies réalisées dans ce cadre sont d'une centaine de millions par an ;

- permettre l’allongement de la durée des marchés pour que les fournisseurs puissent étaler l’amortissement des investissements réalisés et diminuer les coûts directs des hôpitaux. Cette mesure implique de modifier par **délibération** la réglementation relative aux marchés publics.

d) La continuité des soins entre le secteur public et le secteur privé

Enfin, en matière d’amélioration du suivi des patients et de maîtrise des dépenses, l’Ordre des médecins de Nouvelle-Calédonie avait suggéré que la lettre de liaison adressée aux médecins traitants à la sortie d’établissements de soins de leurs patients devienne obligatoire à l’instar de la métropole.

Ces lettres de liaison ont été créées :

- sur le constat du défaut de transmission des comptes rendus d’hospitalisation lors de la sortie du patient (malgré la réglementation en vigueur) ;
- pour permettre la continuité des soins et améliorer rapidement la prise en charge des patients.

Toutefois, ces lettres de liaison font plus ou moins double emploi avec les comptes rendus d’hospitalisation et ne viennent in fine que rajouter une obligation dont le respect n’est pas garanti.

En Nouvelle-Calédonie, comme en métropole, à réglementation équivalente¹⁵, les mêmes dysfonctionnements sont constatés et les éléments nécessaires à la continuité des soins d’un patient sortant d’hospitalisation font trop souvent défaut.

Or des solutions techniques et informatiques existent pour permettre que le patient sorte de l’hôpital avec ce compte-rendu. Au regard des coûts supplémentaires générés par le non-respect de la réglementation et des risques encourus par les patients lorsque la continuité des soins n’est pas assurée, il pourrait être proposé qu’un **délai impératif de 3 mois** par exemple **soit imposé à l’hôpital pour mettre en œuvre la solution adéquate remédiant à ce dysfonctionnement.**

A défaut de régularisation de la situation, il pourrait être proposé d’instaurer, par **délibération**, une **amende administrative à la charge de l’hôpital** (55 000 F par compte-rendu non fourni) pour chaque compte-rendu d’hospitalisation non fourni au patient en sortie d’hospitalisation.

2. La politique tarifaire

a) La tarification des actes des professionnels

La tarification des actes des professionnels est fixée par la nomenclature générale des actes médicaux (NGAP) arrêtée par le gouvernement¹⁶. Chaque acte est défini par une lettre clé affectée le cas échéant d’un coefficient. Le tarif de l’acte correspond au tarif de la lettre-clé multiplié par le coefficient qui lui est affecté.

¹⁵ Délibération n° 12/CP du 3 mai 2005 relative l’information des usagers du système de santé et l’accès aux informations médicales personnelles détenues par les professionnels et les Etablissements de santé.

¹⁶ Arrêté modifié n°2006-3313/GNC du 31 août 2006 portant création de la nomenclature de Nouvelle-Calédonie en application de l’article Lp 71 de la loi du pays modifiée relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

Depuis 2006, le remplacement de cette nomenclature par une classification commune des actes médicaux (CCAM) plus moderne et évolutive est freiné, en Nouvelle-Calédonie, par son impact probable sur les coûts de l'assurance-maladie si aucun travail n'est réalisé en parallèle sur la tarification des actes.

En attendant l'adoption de la CCAM, des mesures transitoires de majoration de certains actes ont été initiées. Le bénéfice de ces majorations répond soit à la réalisation d'actes spécifiques dont les critères sont définis, soit est conditionné au respect, notamment pour les médecins, généralistes et spécialistes, d'objectifs conventionnels de maîtrise de l'évolution de leur activité et de leurs prescriptions.

L'évolution annuelle des dépenses de soins relevant de la NGAP, principalement la médecine dite « de ville » (c'est-à-dire hors transports sanitaires terrestres, hors dotation globale de fonctionnement des hôpitaux publics, hors secteur privé hospitalier et hors forfaits soins des maisons de retraite ou établissement accueillant des personnes handicapées) au cours de la période 2010-2017 s'établit en moyenne à +4 % par an. Pour le RUAMM, cette médecine dite « de ville » représente une somme totale de **26,1 Mds** en 2017 soit 38,3% des dépenses.

Pour le seul secteur libéral, le taux moyen d'évolution des dépenses du RUAMM est de +3,55% par an (22,8 Mds en 2017) et de +7,86% par an pour les soins externes des hôpitaux (3,3 Mds en 2017).

A noter que l'augmentation des soins externes des hôpitaux provient de la volonté politique, entre 2012 et 2013, de « sortir » un certain nombre d'actes de la dotation globale afin d'en maîtriser l'évolution et le poids pour les organismes de protection sociale (provinces et RUAMM).

Une action en matière de tarification des actes pourrait être examinée, au moins de manière transitoire (2018-2020), afin :

- de faciliter le redressement du RUAMM ;
- de laisser le temps à des mesures plus structurelles de produire leurs effets (OCEAM par exemple) ;
- d'inciter les professionnels de santé, et plus particulièrement les médecins, à reprendre un dialogue constructif avec la Cafat dans le cadre du dispositif conventionnel instituée la délibération n°490 du 11 août 1994 « portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins ».

Différentes alternatives existent en matière de tarification : elles peuvent intervenir séparément, être cumulées ou faire l'objet d'autres adaptations.

(1) Agir uniformément sur les tarifs des lettres clés en les diminuant :

Une diminution de 1% des tarifs concernés procure une économie pour le RUAMM de **120 MF**.

Cette mesure peut être mise en œuvre par **arrêté du gouvernement**, après le cas échéant négociations conduites par la Cafat dans le cadre du dispositif conventionnel avec les différentes catégories de professionnels de santé.

(2) Suppression des majorations octroyées aux médecins référents des patients en longue maladie :

Les médecins référents des patients en longue maladie bénéficient d'une indemnisation spécifique : une consultation annuelle facturée 7 150 F.

Dans le cadre de la gestion de la longue maladie, ces rémunérations prenaient en compte la réalisation de bilans par les médecins référents : la production des bilans a été supprimée mais pas la rémunération.

La suppression de ces majorations peut intervenir par **arrêté du gouvernement** et procurer une économie pour le RUAMM de **250 MF**.

(3) Tarification selon la qualification des médecins (généralistes ou spécialistes)

Les consultations des médecins généralistes sont identifiées par la lettre-clé « C » tarifée 3 950 F. Une majoration de 200 F (MTG - cf. § suivant) s'ajoute à la lettre-clé de base.

Les consultations des médecins spécialistes sont identifiées par la lettre-clé « Cs » tarifée 4 630 F.

Depuis 2007, tous les médecins diplômés sortant des facultés sont spécialistes, y compris les généralistes, désormais qualifiés en médecine générale¹⁷. Dans le même temps, à titre transitoire et au bénéfice des médecins diplômés avant 2006, a été ouverte la possibilité d'obtention d'une qualification de spécialiste différente de la qualification de généraliste ou de spécialiste initialement reconnue. La procédure d'obtention de la qualification de spécialiste en médecine générale relève du conseil national de l'Ordre des Médecins à travers une instruction des dossiers diligentée, en Nouvelle-Calédonie, par l'organe local de l'Ordre des Médecins.

En métropole, cette qualification n'a pas emporté de modification de la tarification de la consultation des généralistes.

Un certain nombre de médecins généralistes ont bénéficié, en Nouvelle-Calédonie, d'une qualification de spécialiste en médecine générale après avoir justifié notamment de leur expérience.

Parmi eux, un médecin généraliste tarifie ses consultations sur la base d'une consultation de spécialiste : 4 630 F, à laquelle il applique la majoration spécifique généraliste de 200 F, ainsi que la majoration spécifique spécialiste de 200 F également. Le tarif de la consultation est arrondi à 5 000 F (au lieu de 3 950 F).

Afin de lutter contre les dérives et permettre à la caisse d'intervenir en récupération d'indus ou de sanction de médecins indécents, les précisions nécessaires sont à apporter à la convention médicale par **arrêté du gouvernement**.

¹⁷ Loi du 17 janvier 2002 qui a réformé l'organisation du 3^e cycle des études médicales et élevé la médecine générale au rang de spécialité

(4) Suppression des majorations sur consultations généralistes (MTG) et spécialistes (MPC et MPCE) :

Le bénéfice de ces majorations transitoires était notamment lié à l'attente de l'adoption de la CCAM et en second lieu au respect d'objectifs de maîtrise de l'évolution de l'activité des médecins et de leurs prescriptions.

Or, l'adoption de la CCAM est freinée notamment par son impact potentiel sur le RUAMM si aucun travail préalable n'est réalisé en termes de tarification.

La dépense de remboursement augmente de 3% par an entre 2010 et 2016 alors que le nombre de patients n'augmente que de 2,3 % par an et que le nombre de praticiens n'a également augmenté que de 2,2% par an.

Au regard de la situation du RUAMM, le maintien de ces majorations pourrait être questionné.

La suppression de ces majorations peut intervenir par **arrêté du gouvernement** et procurer une économie pour le RUAMM de **85 MF**.

(5) Suppression de la prise en charge par le RUAMM de la part patronale des cotisations d'assurance retraite de certains médecins :

Les praticiens conventionnés affiliés au régime volontaire de l'assurance « retraite » avant le 30 novembre 1994 bénéficient de la prise en charge par la CAFAT de la part patronale de leurs cotisations.

Cette mesure ne concerne que quelques professionnels (15) et est à ce titre assez inéquitable. Conformément aux dispositions de l'article 27 de la convention médicale, au regard de la situation du RUAMM, cet avantage pourrait être réexaminé.

L'économie pour le RUAMM serait de **5,4 MF** en année pleine.

(6) Suppression de la participation au financement des primes d'assurances en responsabilité civile professionnelle de certains médecins :

En compensation de la décision de ne pas ouvrir un secteur à honoraires libres en Nouvelle-Calédonie, les organismes de protection sociale ont accepté de participer au financement des primes d'assurances en responsabilité civile professionnelle de certains médecins spécialistes en exercice libéral conventionné.

Cet accord a été formalisé par la signature de l'avenant n° 14 à la convention médicale de 2006.

La prise en charge des organismes s'élève à 60% du montant annuel de la prime d'assurance, hors majoration liée à un sinistre avéré. Le montant de la participation des organismes est plafonné à 1,5 MF par an et par praticien.

La liste des spécialités ouvrant droit à la prise en charge partielle de la cotisation due au titre de l'assurance en responsabilité civile a été fixée par arrêté du gouvernement. Il s'agit de :

- la gynécologie obstétrique,
- la chirurgie urologique,
- la chirurgie générale,
- la chirurgie viscérale et digestive,
- la chirurgie orthopédique,
- l'anesthésie.

30 praticiens sont concernés pour un montant global de **27 MF**. Cette mesure relève d'un **arrêté du gouvernement**.

(7) Suppression de la cotation Z5

Créée spécifiquement pour faciliter la mise aux normes des radiologues et des chirurgiens-dentistes (informatisation), ce tarif a perduré alors que les évolutions technologiques ne le justifient plus.

La suppression de cette cotation peut intervenir par **arrêté du gouvernement** et procure une économie pour le RUAMM de **30 MF**.

(8) Frais de déplacements des professionnels de santé

Dans l'exercice de leurs professions, les médecins, les infirmiers libéraux, les masseurs-kinésithérapeutes et autres auxiliaires médicaux ont vocation à se déplacer au domicile des patients. Ces déplacements sont tarifés par application :

- d'une indemnité forfaitaire de déplacement dès lors que la résidence du malade et le domicile du professionnel de santé sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à 2 kms ;
- d'une indemnité kilométrique dans les cas contraires.

Or, les tarifs de ces indemnités de déplacements (forfaitaire ou kilométrique) sont tous différents sans justification spécifique.

Profession	Indemnité forfaitaire	Indemnité kilométrique
Médecin généraliste	600 F	90 F
Médecin spécialiste	650 F	90 F
Sages-femmes	600 F	55 F
Infirmiers	350 F	60 F
Masseurs-Kinésithérapeutes	500 F	60 F
Orthophonistes	320 F	50 F
Pédicure-podologue	200 F	40 F

Le tarif de l'indemnité kilométrique pourrait être harmonisé sur la base du tarif le plus bas pratiqué pour une profession libérale soit 40 F ; et, selon le même principe, la valeur de l'indemnité forfaitaire de déplacement pourrait être ramenée à 200 F.

Economie pour le RUAMM au titre de la diminution de l'indemnité kilométrique : **74 MF**

Economie pour le RUAMM au titre de la diminution de l'indemnité forfaitaire de déplacement : **164 MF**

Cette mesure peut être mise en œuvre par **arrêté du gouvernement**, après le cas échéant négociations conduites par la Cafat dans le cadre du dispositif conventionnel avec les différentes catégories de professionnels de santé.

b) Les forfaits de soins

Les forfaits de soins par opposition aux lettres-clés, rémunèrent les soins réalisés en établissement.

Les secteurs rémunérés par forfaits sont : les centres de dialyses, le centre de soins de suite et de réadaptations (CSSR), le centre de radiothérapie (CRNC), la clinique de l'Ile Nou Magnin, les établissements d'hébergement pour personnes âgées pour la part des soins médicaux qu'ils proposent, les fournisseurs de matériel médical sur la base d'un forfait figurant à la LPPR.

Comme pour les tarifs des lettres-clés, les tarifs des forfaits de soins pourraient être diminués, soit uniformément, soit de manière différenciée :

Par exemple : l'ATIR et l'UNH ont proposé une diminution de leurs tarifs de l'ordre d'environ 2% et la création de 2 nouveaux forfaits, l'économie pour le RUAMM est évaluée à **60 MF**.

Hors prise en compte de la situation de la Clinique Ile Nou Magnin qui doit regrouper opérationnellement les 3 cliniques : Magnin, Anse-Vata et Baie des citrons à compter du mois de septembre 2018, une diminution de 1% des tarifs des forfaits de soins procure une économie pour le RUAMM de : **88 MF**

Cette mesure peut être mise en œuvre par **arrêté du gouvernement**, après le cas échéant négociations conduites par la Cafat dans le cadre du dispositif conventionnel avec les différentes catégories d'établissements.

c) Les tarifs des produits et matériel médicaux

(1) Optique

Les organismes mutualistes ont proposé une diminution des tarifs de prise en charge (tarifs de responsabilité) de l'optique de l'ordre de 10 à 15%.

Le tarif de responsabilité sert de base de calcul pour le remboursement opéré par l'assurance maladie (à un taux de 40%). La plus grosse part de la prise en charge est assurée par les mutuelles complémentaires, qui dans ce cas spécifique, ont la possibilité de proposer une prise en charge supérieure au tarif de responsabilité (à hauteur de 120%) le reste à charge pour le patient restant important.

Au-delà de l'économie pour le RUAMM, cette baisse du tarif de responsabilité est susceptible de diminuer globalement les prix de vente de la lunetterie : ce dont les patients bénéficieraient directement.

La diminution du tarif de responsabilité à concurrence de 10% procure une économie de **32 MF** pour le RUAMM.

Cette mesure relève de la **négociation conventionnelle entre la Cafat et les opticiens** pour la tarification applicable à la fourniture des verres, d'une **décision du conseil d'administration de la Cafat** pour l'établissement du forfait servant de base au remboursement des montures.

(2) La liste des produits et des prestations remboursables - LPPR

La LPPR est la liste des produits et prestations remboursables par l'Assurance Maladie. Il s'agit notamment des dispositifs médicaux pour traitements et matériels d'aide à la vie, aliments diététiques et articles pour pansements, des orthèses et prothèses externes, des dispositifs médicaux implantables et des véhicules pour handicapés physiques.

Les produits et matériels sont disponibles selon le cas aussi bien en pharmacies (pansements,...) qu'auprès de prestataires spécialisés.

En Nouvelle-Calédonie, le secteur représente une quarantaine de fournisseurs et prestataires de matériel médical recensés par la Cafat.

La tarification de ces produits relève de la Cafat (commission santé et conseil d'administration). En 2016, les remboursements de ces matériels et prestations ont représenté une dépense de **1,047 Md** pour le RUAMM.

Le secteur de l'oxygénothérapie (apnées du sommeil, BPCO¹⁸) représente à lui seul **457 MF** (44% du total).

En 2017, la Cafat a décidé d'une baisse de 10% du coefficient correcteur qui s'applique aux :

- matériels fabriqués ou transformés sur place : 207,9 (au lieu de 231) ;
- matériels importés ou revendus sans transformation : 165,6 (au lieu de 184) ;
- prestations d'oxygénothérapie : 147,7 (au lieu de 164,08).

L'impact de cette baisse avait été estimé à **100 MF**, pour les seuls fournisseurs de matériel médical (hors pharmacie).

Début 2018, des diminutions de tarifs en métropole ont également impacté le secteur, la base de remboursement en Nouvelle-Calédonie étant constituée du prix TTC fournisseur indiqué à la LPPR métropolitaine. Sur la base du total des dépenses RUAMM d'oxygénothérapie pour le 1er semestre 2017, l'impact global de cette baisse a été évalué à -5%.

La Cafat a fait réaliser un audit du secteur afin de mesurer notamment l'impact de la baisse du coefficient correcteur pratiquée en 2017 et d'évaluer les moyens d'adapter la tarification en rapport avec la diversification du métier.

Les conclusions de l'audit préconisent :

- de prendre en compte les évolutions tarifaires en métropole afin d'envisager la capacité d'absorption des prestataires de nouvelles diminutions tarifaires ;
- de développer le dialogue avec les prestataires dans un objectif de gains de productivité à travers une amélioration des possibilités de télétraitement et télétransmission des dossiers ;
- d'intégrer les prestataires dans le dispositif conventionnel prévu par la délibération n° 490 du 11 août 1994 : cette mesure implique de modifier la réglementation par **loi du pays** ;
- et de collaborer avec les prestataires sur une base pluri-annuelle d'engagement réciproques.

¹⁸ Broncho-pneumopathie chronique obstructive.

L'audit note toutefois une rentabilité importante du secteur de l'oxygénothérapie qui dispose de marges de manœuvre réelles et un nombre d'acteurs assez élevé favorisant l'émiettement de la clientèle et défavorisant les gains de productivité.

d) Le prix du médicament

En mars 2017, les élus du Congrès ont adopté la loi du pays n° 2017-10 du 20 avril 2017 « portant modification du livre V de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (produits de santé) » qui fixe les principes d'un nouveau mode de calcul du prix des médicaments remboursables.

La délibération d'application est adoptée par les élus du Congrès le 28 décembre. Elle définit les cinq tranches de prix du médicament auxquelles les coefficients arrêtés par le gouvernement le 26 janvier 2018 s'appliquent.

Ce nouveau modèle de calcul du prix du médicament remboursable est entré en vigueur le 19 mars 2018 : il doit permettre d'en diminuer le prix pour les organismes de protection sociale tout en garantissant la pérennité de la filière pharmaceutique.

L'économie pour le RUAMM en année pleine a été évaluée à **200 MF** en premier examen. A la demande des pharmaciens, une nouvelle évaluation de l'impact réel est en cours.

3. La responsabilisation des patients

a) La participation des patients

(1) TM

Dans la réglementation actuelle, différents tickets modérateurs sont déjà applicables (hors réglementation spécifique aide médicale) :

- un ticket modérateur de 10% applicable aux assurés (principalement salariés) bénéficiant d'une couverture complémentaire dès lors que cette couverture complémentaire a été souscrite dans le cadre d'un contrat collectif ;
- un ticket modérateur de 10% sur les consultations de longue maladie : adopté en 2006, cette mesure n'a jamais été appliquée.

En attendant la mise en œuvre des évolutions plus complexes proposées par Do Kamo, les perspectives formulées tendent à :

(a) La refonte du ticket modérateur sur le petit risque :

Cette refonte est rendue nécessaire par la fragilité juridique du texte en vigueur. Le mécanisme actuel prévoit qu'une mutuelle ne peut rembourser qu'à hauteur de 90% du tarif de responsabilité Cafat les prestations de petit risque, dès lors que la couverture mutuelle complémentaire intervient dans le cadre d'un contrat collectif. Le bénéfice de ce ticket modérateur est ensuite partagé entre la Cafat et la mutuelle.

Or, ce mécanisme contrevient au principe de liberté contractuelle présent dans la relation entre un mutualiste et sa mutuelle.

Ce mécanisme est par ailleurs inégalitaire puisque les personnes couvertes à titre individuel tel que les travailleurs indépendants, les retraités ou les étudiants ne se voient pas appliquer de ticket modérateur.

Seuls sont donc assujettis au ticket modérateur sur le petit risque :

- les salariés du secteur privé au bénéfice desquels l'employeur a souscrit à un contrat collectif de couverture santé complémentaire (75 % des employés du secteur privé¹⁹) ;
- les fonctionnaires et agents publics.

Le dispositif pourrait ainsi être refondu, par **loi du pays**, afin de rétablir une certaine égalité de traitement vis à vis des personnes relevant des aides-médicales notamment îles et sud qui supportent un ticket modérateur de 10% sur les consultations.

L'économie pour le RUAMM est de **150 MF** (hors médicaments, cf. ci-après).

(b) L'application du ticket modérateur sur les consultations de longue maladie.

Inscrit à l'article 33 de la délibération n° 280 du 19 décembre 2001, ce ticket modérateur n'a jamais été appliqué depuis son instauration.

Evoqué à l'occasion des différentes concertations menées, l'application de ce ticket modérateur semble être aujourd'hui une mesure partagée et acceptable afin de participer à la responsabilisation des patients en longue maladie.

L'économie pour le RUAMM est de **65 MF** : la charge pour le patient serait donc minime.

(c) La création d'une participation forfaitaire sur les médicaments remboursables

Il s'agirait là encore d'un levier de responsabilisation des patients : trop de professionnels de santé font part de stocks importants de médicaments non consommés trouvés au domicile des patients, notamment ceux en longue maladie.

Ces stocks sont révélateurs d'une certaine négligence ou à tout le moins méconnaissance des coûts représentés par une consommation inadaptée et insuffisamment responsable des médicaments.

Le dispositif consisterait en l'instauration d'un forfait fixe, à la charge du patient, y compris en longue maladie, par boîte de médicament remboursable achetée. Il implique une modification de la **loi du pays** relative à la sécurité sociale et de sa délibération d'application.

En effet, l'instauration d'un ticket modérateur en pourcentage du coût de l'ordonnance (par exemple 10%) pourrait de par son coût (plus de **710 MF**) engendrer un certain renoncement aux soins, notamment lorsqu'il s'agit de médicaments très coûteux : ce qui serait contreproductif pour le régime d'assurance maladie et ne correspondrait pas à l'objectif de responsabilisation recherché.

Sur la base d'un forfait d'un montant de **100 F par boîte** de médicaments, l'économie pour le RUAMM est de **370 MF**.

¹⁹ Source : Réflexion et propositions sur la généralisation de la couverture complémentaire santé obligatoire
Rapport -d'étape, 06/12/2010

(2) Encadrement des conditions d'utilisation des transports sanitaires terrestres

La prise en charge des transports sanitaires par le RUAMM représente en 2017 un montant de **1,272 Md**, en augmentation de +2,2 % par rapport à 2016.

Depuis 2010, ces dépenses ont connu une augmentation de +72,3% ce qui représente une des plus fortes croissances des dépenses du secteur ambulatoire privé.

Dans le cadre des ateliers menés par Do Kamo en 2017, différents constats ont été posés et partagés notamment avec les entreprises de transports sanitaires terrestres :

- l'imprécision du référentiel de prise en charge qui permet la prescription et la prise en charge de frais de transports sanitaires pas toujours justifiés par l'état de santé du patient bénéficiaire ;
- la possibilité de prise en charge par le RUAMM d'alternatives moins coûteuses : transports de passagers, taxis ?
- la nécessité de faire évoluer les modalités de tarification et de facturation des transports sanitaires terrestres.

Au regard des besoins du RUAMM, une première mesure consistant en la modification de la réglementation relative aux transports sanitaires pour limiter le recours à ce type de transports aux seules personnes ayant réellement perdu leur autonomie de déplacement (pour des raisons physiques ou psychiques par exemple), permettrait une économie immédiate pour le RUAMM tout en responsabilisant le patient au regard de ses besoins réels d'accompagnement.

Les autres mesures doivent être examinées par l'intermédiaire du dispositif conventionnel piloté par la Cafat.

La réglementation relative aux transports sanitaires terrestres est déjà en cours de refonte (cf. § « Le cadre d'exercice des professionnels de santé » ci-dessus) : il est donc loisible de la faire évoluer très rapidement afin de permettre son entrée en vigueur dès le **second semestre 2018**.

(3) Réduction des taux de prise en charge du petit risque Cafat

Actuellement le taux de remboursement du petit risque par le RUAMM est de 40%. La réduction de ce taux de remboursement revient à augmenter le reste à charge pour le patient ou à renvoyer le différentiel vers une mutuelle complémentaire.

Plus de 70% des assurés bénéficient d'une couverture complémentaire santé. La diminution du taux de remboursement du petit risque impacterait donc directement les mutuelles en 1^{er} lieu.

Cette réduction nécessiterait une modification de l'article 31 de la **délibération 280** relative à la sécurité sociale.

Effet de la mesure sur la base de 1% soit un remboursement à 39% : **82 MF**

b) Le déremboursement de certaines prestations

(1) Cures thermales

L'intérêt médical des cures thermales est régulièrement remis en question.

En métropole, l'accès aux cures thermales est réservé aux soins prescrits par un médecin, à condition que le service médical rendu soit démontré et dans le cadre d'une dizaine de pathologies identifiées.

En Nouvelle-Calédonie, la prise en charge des soins réalisés dans le cadre d'une cure thermale est soumise à entente préalable. La Caisse locale se fonde sur la liste des « *Stations thermales pour lesquelles une prise en charge peut être accordée* » présente dans la nomenclature des actes médicaux.

En 2015, 103 patients ont bénéficié de la prise en charge d'une cure thermale pour un coût total de **5,5 MF**.

Au regard de la situation du RUAMM, dans un objectif de responsabilisation des patients s'agissant principalement de prestations de confort, la prise en charge des cures thermales pourrait être supprimée par **arrêté du gouvernement (nomenclature)** .

(2) Médicaments à faible service médical

En Nouvelle-Calédonie, contrairement à la métropole, le taux de remboursement est indépendant du service médical rendu par le produit.

Le taux de remboursement est de 40 % en petit risque et de 100% pour la longue maladie. En métropole, le taux de remboursement varie de 15 à 100% suivant le service médical rendu évalué par la Haute Autorité de Santé.

En Nouvelle-Calédonie, à partir d'une liste spécifique, prenant en compte les possibilités ou pas de suppléance, les médicaments à faible service médical rendu pourraient être rendu non-remboursables, dès lors que le tarif de remboursement métropolitain serait inférieur à 30%.

Sur cette base, l'impact de cette mesure serait de **300 MF**.

Cette mesure peut être prise par **arrêté du gouvernement** (modification de la liste des médicaments remboursables).

(3) Filière de dépistage du cancer du col utérin

Des données épidémiologiques disponibles, depuis 1996, le nombre des frottis de dépistage du col utérin (2/3 des actes d'anatomopathologie en 2017) est resté stable en Nouvelle-Calédonie (entre 22 500 et 23 000) pour une population totale passée de 197 000 à 270 000 (+35%), avec un nombre de cancer du col resté stable, ce qui représente donc 35% de moins de cancers qu'attendus sur la base de 1996.

Actuellement, l'ASS-NC participe à une modification des pratiques des professionnels de santé en instituant un dépistage régulier qui n'est pas annuel.

Comme indiqué ci-dessus, le nombre total de frottis a su rester constant, mais cela ne signifie pas que tous les frottis réalisés étaient indispensables. Certaines femmes ne sont pas encore

ciblées (d'où la persistance de cancers), mais certaines ont recours trop souvent à ce frottis, souvent demandé ou proposé lors d'une visite annuelle.

Dans la continuité de la démarche instaurée par l'ASS, une conduite uniciste du frottis du col utérin pourrait être initiée : elle consisterait à ne prendre en charge (remboursement) que les frottis prescrits dans le cadre du dépistage organisé par l'ASS ou ceux intervenants en suivi de lésion du col.

L'économie pour le RUAMM est de **9 MF**.

L'encadrement de la prise en charge relève d'un **arrêté du gouvernement** (modifications de la nomenclature générale des actes professionnels et de la nomenclature des actes de biologie médicale).

4. L'optimisation des soins hors territoire

Les ateliers menés en 2017 par Do Kamo ont notamment travaillé sur les evasans et les soins hors territoire.

Le poste des evasans représente **5,1 Mds** en 2017 soit 7,5% des dépenses du RUAMM et celui des soins hors territoire **323 MF**.

Il est revenu à un niveau inférieur à celui de 2011 en raison de meilleures conditions tarifaires obtenues par la Cafat auprès des établissements de soins australiens ainsi qu'en raison du développement de l'offre médicale en Nouvelle-Calédonie (ouverture du centre de radiothérapie en 2016 et du CSSR en 2015).

Malgré cette diminution, les dépenses peuvent encore être optimisées à travers les différentes pistes exposées ci-après.

a) La maîtrise des filières de soins

(1) Le schéma d'organisation des filières extra-territoriales

La maîtrise des filières de soins est une source d'économies potentiellement importantes mais suppose au préalable l'élaboration d'un schéma d'organisation sanitaire des filières extra-territoriales afin de définir :

- lesdites filières extra-territoriales ;
- les modalités d'orientation et choix des établissements (cahier des charges, appels d'offres,...) ;
- les modalités de contrôle des soins apportés (contrôle médical, respect du projet de soins,...) ;
- les modalités d'évaluation des filières.

La définition des filières extra-territoriales les plus efficaces nécessite également un travail important d'étude portant sur la comparaison des coûts des soins en Australie, en Nouvelle-Zélande voire en Polynésie Française et de la correspondance de ces coûts avec la nomenclature calédonienne.

Expressément prévu par la réglementation en vigueur²⁰, le schéma d'organisation des filières extra-territoriales et de ses travaux associés n'a pourtant pas encore vu le jour. Au regard des dépenses annuelles d'évasan, ces travaux devraient être considérés comme prioritaires.

(2) Le développement des compétences en Nouvelle-Calédonie

Un moyen de diminuer les coûts d'évasan est de développer de nouvelles compétences en Nouvelle-Calédonie soit à travers la création d'une offre de soins locale (comme cela a été réalisé avec le centre de radiothérapie par exemple), soit à travers la mise en œuvre de missions spéciales en Nouvelle-Calédonie permettant la prise en charge sur place de certains actes, dès lors que ceux-ci peuvent être programmés.

Il s'agit dans ce dernier cas d'initier en Nouvelle-Calédonie, à partir du plateau technique du CHT Gaston Bourret, des interventions périodiques de spécialistes extérieurs. A terme ces interventions doivent permettre d'identifier les besoins d'équipements complémentaires ainsi que les compétences à développer pour la garantie de la qualité et de la continuité des soins.

Ces interventions peuvent être rendues rapidement possibles dans 3 grands domaines :

- la chirurgie cardiaque ;
- la chirurgie reconstructive ;
- les transplantations rénales (prélèvements et greffes).

Cette mesure permettrait :

- la réduction du nombre d'évasans avec renforcement de l'offre médico-technique des établissements de Nouvelle-Calédonie ;
- l'intervention sur place pour la population ;
- l'optimisation des blocs opératoires du Médipôle ;
- le développement des compétences des personnels hospitaliers ;
- la coopération de l'hôpital privé et l'hôpital public.

Une première mission test en cardiologie aura lieu en 2018 pour une vingtaine d'interventions programmées. Financée par l'agence sanitaire et sociale et donc sans impact pour le RUAMM, elle permettra ensuite de déduire et planifier les modalités de développement de missions futures.

b) Les frais de déplacement et frais d'hébergement en evasan

(1) Frais de déplacements

Dès lors que le déplacement intervient dans le cadre d'une évacuation sanitaire validée, les frais de déplacement du patient sont pris en charge à 100% par le RUAMM du départ de Nouvelle-Calédonie jusqu'à la ville de l'établissement de soins de destination.

Le cas échéant, les frais de déplacements nécessitent l'intervention de vols spéciaux lorsque l'état du patient ne lui permet pas d'attendre le plus prochain vol régulier ou lorsque ce vol régulier n'a pu l'accueillir faute de places disponibles (une civière prend la place de 9

²⁰ Délibération n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie

passagers). Une centaine de vols spéciaux sont organisés chaque année : leur coût unitaire varie de 3,5 MF à 7 MF.

Afin de diminuer les frais de déplacements qui représentent + ou - 10% des dépenses totales du poste « évasan » deux actions principales sont à conduire :

- l'obtention de tarifs préférentiels, y compris des compagnies étrangères (Quantas), et des priorités d'embarquement afin de diminuer le nombre de vols spéciaux. Cette mesure pourrait être soutenue par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie à travers ses relations privilégiées avec les états de la zone ;
- une limitation des frais de déplacements pris en charge par l'assurance -maladie sur la base d'un transport entre la Nouvelle-Calédonie et la ville de l'établissement préconisé pour la prise en charge de la pathologie (cas des évasan en métropole), le choix d'une autre destination par le patient mettant à sa charge les frais de déplacements supplémentaires éventuels. Cette mesure serait mise en œuvre par **délibération** du congrès.

(2) Indemnités d'hébergement

La patient évasané, voire son accompagnateur familial le cas échéant, est indemnisé forfaitairement au titre des frais d'hébergement qu'il peut avoir à supporter dès lors que les soins ne nécessitent pas une hospitalisation complète.

Dans un certain nombre de cas, les frais d'hébergement sont versés alors même que le patient bénéficie d'un hébergement familial ou amical et ne supporte pas les frais d'un hôtel ou d'une pension de famille.

Il n'existe pas de normes réglementaires en la matière, les tarifs et les modalités de versement des indemnités d'hébergement étant fixés par le conseil d'administration de la caisse sur avis de la commission santé.

La commission santé de la Cafat a récemment travaillé cette question et a fait évoluer ses pratiques, notamment en ne payant les indemnités d'hébergement que sur justification de la dépense.

Toutefois, afin de sécuriser le dispositif d'une part, et de faciliter le contrôle de la réalité des frais engagés par le patient, autant le montant plafond que les conditions de versement de ces frais d'hébergement pourrait être réglementairement encadrés.

Cette mesure interviendrait par **délibération** du congrès.

(3) Critères d'accompagnement

Le cas échéant, les personnes évasanées bénéficient d'un accompagnement médical et / ou d'un accompagnement familial.

Cet accompagnement familial est de droit pour les mineurs de moins de 18 ans. Les critères d'accompagnement d'ordre médical ont été élaborés par le département évasan du CMU.

Sans remettre en question ces critères, il serait néanmoins judicieux de les faire évoluer, à travers par exemple, la prise en compte d'un quotient familial pour la prise en charge des frais de déplacements des accompagnants familiaux.

De plus, une base réglementaire sécuriserait le dispositif, limiterait les possibilités de recours contentieux et simplifierait la gestion des évasans par le service « évasan » du contrôle médical dédié à cette mission.

Cette mesure interviendrait par **délibération** du congrès.

c) Le tarif des soins en métropole en évasan

La tarification des soins hospitaliers en métropole est régionalisée ce qui implique que le coût d'un même acte ou d'une même intervention peut varier selon les régions. Par ailleurs, les hôpitaux, du secteur public autant que du secteur privé, ont élaboré des tarifs différenciés entre les patients qui relèvent de la sécurité sociale métropolitaine et les patients dits « étrangers », qui relèvent de régimes d'assurance-maladie hors régime métropolitain.

Selon le service « évasan » du contrôle médical, en fonction de la destination du patient, les patients calédoniens peuvent se voir appliquer un tarif étranger, dont le montant est supérieur au tarif sécurité sociale.

Cette problématique, soulevée en 2017 lors des ateliers Do Kamo, est en cours d'analyse par les services de la Nouvelle-Calédonie et ceux de la Cafat. L'AP-HP (Assistance Publique - Hôpitaux de Paris), qui regroupe les hôpitaux publics parisiens, principales destinations des évasanés en Ile de France, a déjà fait savoir qu'elle faisait bénéficier les patients calédoniens des tarifs de la sécurité sociale.

Il convient toutefois de s'assurer des conditions dans lesquelles les soins prodigués en métropole, aux assurés calédoniens évasanés, sont tarifés au RUAMM ainsi qu'à l'aide médicale.

Le cas échéant, des modifications de pratiques, permettant de diminuer le coût de certaines évasans, devront être négociées entre la Nouvelle-Calédonie et l'Etat dans le cadre de l'accord de coordination des régimes métropolitains et calédoniens de sécurité sociale.

A ce stade, les gains potentiels ne peuvent être chiffrés.

d) Les soins hors territoire hors évasan

Le poste représente **323 MF** en 2017 et **398 MF** en 2016. Ces dépenses correspondent à des soins réalisés principalement en métropole, par des assurés Cafat, à l'occasion de séjour hors Nouvelle-Calédonie. Ils peuvent consister en des dépenses de médicaments remboursables, en des consultations en médecine de ville aussi bien qu'en des interventions en établissements de soins (hors urgence).

La prise en charge de ces soins intervient sur la base des prestations facturées au patient et au taux de remboursement prévu par la réglementation calédonienne.

Or, pour partie la prise en charge de ces soins correspond à un « double paiement » par le RUAMM dès lors que l'acte aurait pu être réalisé par un établissement public de Nouvelle-Calédonie : un paiement au titre de la prise en charge de l'acte réalisé hors Nouvelle-Calédonie et un paiement au titre de la dotation globale de fonctionnement versée aux établissements hospitaliers.

Afin d'optimiser la dépense hospitalière, les actes réalisés hors Nouvelle-Calédonie (hors soins inopinés et urgents avec hospitalisation) pourraient ne plus être remboursés dès lors que la prestation peut être réalisée localement.

Cette mesure nécessite la modification de la **loi du pays** relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie (article 75).

C. Les ressources supplémentaires :

1. Par une action sur les taux de cotisations au RUAMM

Sous ce titre, plusieurs mesures ont été examinées.

Dans tous les cas, l'équité entre cotisants est visée. L'impact des différentes mesures sur le coût du travail est également un élément significatif d'acceptabilité pour le choix de la / des mesures à privilégier.

a) Rappel des paramètres actuels de cotisations

Que l'on soit salarié du secteur privé, fonctionnaire ou travailleur indépendant, les taux de cotisations au RUAMM varient en fonction des revenus bruts perçus.

Pour les salariés et les fonctionnaires, les cotisations s'appliquent à des taux différents selon deux tranches de revenus :

- **Plafonds de cotisations :**
 - Tranche 1 : depuis le 1er franc jusqu'à 505 100 F/ mois
⇒ revenus annuels tranche 1 : max 6 061 200 F
 - Tranche 2 (plafonnée) : de 505 101 F à 5 223 400 F/mois.
⇒ revenus annuels tranche 2 : max 62 680 800 F.

- Taux de cotisations

. Salariés du secteur privé :

SALARIÉS ET ASSIMILÉS	Taux en %		
	Employeur	Salarié	Total
CHARGES SOCIALES			
Recouvrées par la CAFAT			
CAFAT			
• RUAMM tranche 1	11,67	3,85	15,52
tranche 2	3,75	1,25	5
(Maladie, chirurgie, maternité, invalidité)	0	(1,5) retraité-veuvage	1,5

. Fonctionnaires :

NON SALARIÉS - RUAMM & CCS

> Fonctionnaires	Cotisation patronale		Cotisation salariale	
	Taux	Maximum Mensuel	Taux	Maximum Mensuel
Fonctionnaires - Cotisations				
Sur tranche 1 RUAMM	10,15%	51 268 XPF	3,85%	19 446 XPF
Sur tranche 2 RUAMM	3,75%	176 936 XPF	1,25%	58 979 XPF

La CCS (1% à la charge du fonctionnaire) s'applique à la totalité de ses revenus et s'ajoute aux cotisations RUAMM.

⇒ Total tranche 1 : 14% (hors CCS)

⇒ Total tranche 2 : 5% (hors CCS)

La différence de taux sur la première tranche du RUAMM entre fonctionnaires et salariés du secteur privé (-1,52%) s'explique par la prise en charge directe par les collectivités employeurs des indemnités journalières dues aux agents fonctionnaires. Pour les salariés du privé, les indemnités journalières dues en d'arrêt de travail sont versées par le RUAMM.

Pour les travailleurs indépendants, le système est légèrement plus complexe : une progressivité a été introduite pour les revenus annuels inférieurs à 5,5 MF et des options de niveaux de couverture sont également proposées.

. *Travailleurs indépendants :*

Base revenus 2016 > Travailleurs Indépendants	Taux et montant des cotisations RUAMM trimestrielles applicables aux 1T2018 et 2T2018					
	Intégration Partielle		Intégration Complète		T.I. âgés de + de 65 ANS et R.I. (PN uniquement)	
	Code 302	Code 312	Code 301	Code 311	Prest* nature (PN)	PN + P.Espèces
TI - Revenus annuels en XPF Base revenus année 2016						
Minimum : revenus < 1 559 724*	19 497	21 446	25 346	27 295	5 849	7 799
>= 12 SMAG déc. N-1 <= 24 SMG déc. N-1	5%	5,50%	6%	7%	1,50%	2%
1 559 724 3 669 888	19 497 45 874	21 446 50 461	25 346 59 636	27 295 64 223	5 849 13 762	7 799 18 349
> 24 SMG déc. N-1 <= 36 SMG déc. N-1	de 5 à 7,5%	de 5,5 à 8%	de 6,5 à 9%	de 7 à 9,5%	1,50%	2%
3 669 889 5 504 832	45 874 103 216	50 461 110 097	59 636 123 859	64 223 130 740	13 762 20 643	18 349 27 524
> 36 SMG déc. N-1 <= 12 x plaf. mens. année N	7,5% sur 36 SMG + 5% sur tranche revenus >36 SMG jusqu'au plafond	8% sur 36 SMG + 5% sur tranche revenus >36 SMG jusqu'au plafond	9% sur 36 SMG + 5% sur tranche revenus >36 SMG jusqu'au plafond	9,5% sur 36 SMG + 5% sur tranche revenus >36 SMG jusqu'au plafond	1,50%	2%
5 504 832 Maximum : revenus >= 61 834 800	103 216 807 340	110 097 884 634	123 859 827 983	130 740 905 277	20 643 231 881	27 524 309 174

*Minimum : s'applique en cas de début d'activité ou de gérance non rémunérée

=> **intégration partielle** : prise en charge des prestations en nature (= remboursements des dépenses de soins) pour les seules prestations ouvrant droit à prise en charge à 100% = longue maladie + hospitalisation à partir du 13^e jour + maternité + evasan + gros appareillage et actes de spécialités ou de chirurgie coté au moins K ou KC80 (par exemple : chimiothérapie, pontage coronarien)

=> **intégration complète** : prise en charge de toutes les prestations en nature, y compris petit risque (c'est-à-dire par exemple : consultation du médecin généraliste, vaccinations, examens de labo, etc...)

b) Augmentation du taux de cotisation de la 2^{ème} tranche du RUAMM

Les « principes » de l'assurance maladie dans notre système sont « *d'être soigné selon ses besoins, participer selon ses ressources* ».

Une augmentation du taux de cotisation de la 2^e tranche du RUAMM pour les revenus annuels supérieurs à 6 MF améliorerait la participation des hauts revenus à la solidarité en matière d'assurance maladie.

1 point de cotisations de la tranche 2 du RUAMM sur le seul secteur du **salariat** (public et privé) représente **448,3 MF**

- dont 228,9 MF au titre du salariat du secteur privé soit 171,6 MF pour la part patronale et 57,3 MF pour la part salariale ;
- et dont 219,4 MF au titre des fonctionnaires et agents publics soit 164,55 MF pour la part patronale et 54,85 MF pour la part salariale.

1 point de cotisation de la tranche 2 du RUAMM sur le secteur des **travailleurs indépendants** est évalué à : **300 MF**

Le rendement total d'1 point supplémentaire de cotisation sur la tranche 2 du RUAMM serait donc de **748 MF**.

En année pleine, le rendement total de la mesure dépend ainsi de la revalorisation qui serait appliquée à cette tranche :

- augmentation du taux de 5% à 5,5 % : + **374 MF**
- augmentation du taux de 5% à 6% : + **748 MF**
- augmentation du taux de 5% à 7% : + **1,5 Mds**

A noter que le dé plafonnement total de la 2^e tranche de cotisations du RUAMM a également été évoqué. Les modalités de déclaration des salaires pour l'application des cotisations ne permettent toutefois pas d'estimer le rendement de cette option.

Cette mesure peut être prise par **délibération** du congrès et entrer en vigueur dès **juillet 2018**.

c) Fusion des deux tranches de cotisations du RUAMM et mise en œuvre d'un taux unique :

Le principe de cette mesure est porté par certains syndicats de salariés.

Il s'agirait de regrouper les deux tranches du RUAMM en une seule tranche, dé plafonnée et bénéficiant d'un taux unique.

L'objectif de cette mesure reviendrait à diminuer le coût du travail sur les plus bas salaires mais à opérer un report et une augmentation assez forte des cotisations sur les plus hauts salaires.

Le taux de cotisations des travailleurs indépendants serait également revu afin d'homogénéiser leur participation au RUAMM en regard de la participation des salariés.

Les impacts de cette mesure seraient les suivants :

- une diminution du coût du travail pour les employeurs du secteur privé : le taux global de 15,52% sur la 1^{ère} tranche du RUAMM serait diminué ;
- une diminution globale des cotisations des salariés du secteur privé ;
- un report de cotisations vers les salariés les mieux payés ;
- une augmentation du coût du travail pour les employeurs publics => l'impact de cette augmentation pour les hôpitaux publics sera à mesurer plus précisément afin de vérifier si elle est compatible avec le maintien d'un taux directeur de la dotation globale de fonctionnement à 0% comme proposé ci-dessus ;
- une augmentation globale des cotisations pour les fonctionnaires ;
- une diminution du montant des pertes de cotisations sur les bas salaires (RBS) ou secteurs aidés ou travailleurs indépendants et donc une compensation moins importante à verser pour la Nouvelle-Calédonie ;
- une augmentation des cotisations des travailleurs indépendants ;
- une diminution importante de la compensation à verser par la Nouvelle-Calédonie au titre des taux appliqués aux travailleurs indépendants : diminution à chiffrer en fonction des paramètres retenus.

Pour les syndicats de salariés porteurs de l'idée, cette mesure d'harmonisation des taux de cotisation est un préalable à toute réflexion sur une fiscalisation d'une part des cotisations sociales.

(1) Impact sur les cotisations applicables aux salariés (publics et privés) :

Sur la base d'un travail réalisé par la Cafat, les paramètres suivants procureraient un gain supplémentaire pour le RUAMM de **2,3 Mds** en année pleine :

- **Taux unique de cotisation pour le secteur privé** : 14,28 %
=> -1,24% sur le taux global du secteur privé
- **Taux unique de cotisation pour le secteur public** : 13,5 %
=> -0,5% sur le taux global du secteur public.
- **Répartition du taux de cotisation entre l'employeur et le salarié** (sur la base de 75% à la charge de l'employeur et 25% à la charge du salarié) :

	Privé		Public	
	Salarié	Employeur	Salarié	Employeur
Nouveaux taux	3,57	10,71	3,38	10,13
Anciens taux				
Tranche 1	3,85	11,67	3,85	10,15
Baisse du taux (tranche 1)	-0,28	-0,96	-0,47	-0,02
Tranche 2	1,25	3,75	1,25	3,75
Hausse du taux (tranche 2)	+2,32	+6,96	+2,13	+6,38

- => Surcoût global secteur privé : **+1,176 Md**
- => Surcoût global secteur public : **+1,138 Md** (dont +854 MF à la charge des employeurs)

La charge de cotisations supplémentaire est répartie à part quasi égale entre le secteur privé et le secteur public.

Pour mémoire : le différentiel de taux global entre secteur privé et secteur public se justifie par des droits différents entre salariés de droit privé et fonctionnaires : les salariés de droit privé bénéficient, dans le RUAMM, de prestations en espèces (indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, indemnités maternité), alors que dans la fonction publique, l'indemnisation de l'arrêt de travail pour maladie ou maternité reste à la charge de l'employeur public.

(2) Impact sur les cotisations applicables aux travailleurs indépendants

Pour les travailleurs indépendants, il pourrait s'agir de simplifier le dispositif en ne proposant qu'une seule option de prise en charge par le RUAMM sur la base :

- d'une intégration complète (cf. définition ci-dessus, page 59),
- assortie au choix de l'assuré d'une possibilité de versement de prestations en espèces (indemnités journalières et indemnités maternité).

- **Taux unique de cotisation en intégration complète** : 13,5%
=> aligné sur le taux des fonctionnaires ;
=> supprime de fait l'obligation de compensation pour la Nouvelle-Calédonie puisqu'il n'existe plus de différentiel de taux entre travailleurs indépendants et fonctionnaires.
- **Taux unique en intégration complète + indemnités journalières** : 14,28%
=> aligné sur le taux des salariés du secteur privé ;
=> ouvre droit notamment aux indemnités journalières et indemnités maternité ;
=> là encore, supprime de fait l'obligation de compensation pour la Nouvelle-Calédonie puisque le différentiel de taux entre travailleurs indépendants et fonctionnaires est au bénéfice des travailleurs indépendants.

	Travailleurs indépendants		
	Intégration partielle	Intégration complète	Intégration complète + prestations en espèces
Nouveaux taux	Option non proposée	13,5	14,28
	Anciens taux		
Tranche 1	de 5 à 8	de 6 à 9	de 7 à 9,5
Hausse du taux (tranche 1)		de +4,5 à +7,5	de +4,78 à +7,28
Tranche 2 (> 36 SMG annuels)	5	5	5
Hausse du taux (tranche 2)		+8,5	+9,28

Ces paramètres procureraient un gain supplémentaire pour le RUAMM de **7 Mds** en année pleine. Le surcoût important qui en résulterait pour les travailleurs indépendants (par rapport aux salariés et fonctionnaires = +4,7 Mds) s'explique par l'important décalage d'origine entre le taux actuel des cotisations des travailleurs indépendants et ceux des salariés. Ce rattrapage peut sembler légitime en perspective d'une harmonisation et d'une équité entre les différents cotisants. Eu égard à son impact, il pourrait être lissé sur plusieurs années pour en faciliter l'assimilation.

Note : l'ensemble des simulations a été réalisé sur la base de ressources plafonnées puisque, comme indiqué précédemment, les informations disponibles ne permettent pas de simuler les impacts d'un déplafonnement des bases de cotisations.

Cette mesure peut être prise par délibération du congrès.

2. Assujettissement des dividendes à cotisations sociales

a) La situation actuelle

En Nouvelle-Calédonie, les **gérants de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés (IS)** sont soumis soit au régime social des travailleurs salariés soit à celui des travailleurs indépendants. Ainsi, un gérant majoritaire de SARL est soumis au régime des indépendants alors qu'un gérant majoritaire de SAS est soumis au régime des salariés.

Dans tous les cas, qu'ils relèvent du régime des indépendants ou des salariés, les revenus des gérants de sociétés soumises à l'IS sont susceptibles d'être constitués, le cas échéant :

- de revenus soumis à l'impôt sur le revenu (IRPP), (rémunération de gérance),
- de dividendes,
- voire des intérêts des comptes-courants d'associés.

Au plan fiscal, s'ils sont rétribués :

- par des rémunérations de gérance (imposés à l'impôt sur le revenu - IRPP - dans la catégorie des traitements et salaires), celles-ci se voient appliquer des cotisations RUAMM ;

En revanche s'ils sont rétribués :

- par des dividendes (imposés à l'impôt sur le revenu des valeurs mobilières- IRVM - libératoire de l'IRPP), ceux-ci ne se voient pas appliquer de cotisations RUAMM, ce qui génère des **comportements d'optimisation fiscale**. Il s'agit pour le gérant de se verser un très faible salaire et de percevoir des dividendes importants.

Par ailleurs, il convient de rappeler que le gain résultant du versement d'intérêts de compte-courant d'associés n'est pas non plus soumis à cotisations RUAMM (fiscalement taxés à l'IRCDC).

A ce jour, en plus de l'IRVM, les dividendes versés à des personnes physiques ou morales, résidentes de Nouvelle-Calédonie sont également soumis à la contribution calédonienne de solidarité (CCS) aux taux de 2% sur leur montant brut.

b) Contenu de la mesure

Afin de lutter contre les comportements d'optimisation fiscale, **il s'agirait de soumettre dans une certaine mesure, en sus des rémunérations de gérance, les dividendes perçus par les gérants associés de sociétés imposées à l'IS à cotisations sociales.**

Seraient ainsi concernés par la mesure les dividendes perçus (3 conditions cumulatives) :

- par des personnes physiques,
- ayant un mandat social dans la société (gérant SARL, président de SAS),

ET

- qui sont associés ou actionnaires dans la société.

Seraient également concernés les dividendes perçus par le conjoint ou enfant mineur de ces personnes.

Hormis le cas précédent, les dividendes perçus par de simples porteurs de parts (associés ou actionnaires) sans mandat de gérance dans la société ne sont pas concernés par la mesure.

Comme pour les salaires soumis à cotisations sociales, les dividendes assujettis seraient les dividendes bruts, avant déduction donc de l'IRVM et de la CCS.

Le taux de cotisation au RUAMM pourrait être identique au taux global des salariés et modulé par tranche de ressources.

Les dividendes seraient assujettis à cotisations sociales pour la différence comprise entre le montant de la rémunération et le plafond annuel fixé à l'art. 38 de la délibération n° 280 du 19 décembre 2001 (62,7 MF au 1^{er} janvier 2018).

Au-delà de ce plafond, par mesure d'équité avec les salariés, dès que le plafond ci-dessus serait dépassé, le surplus ne serait pas soumis à cotisations sociales.

c) *Impacts financiers de la mesure*

Les impacts financiers de la mesure sont difficiles à évaluer dans la mesure où, pour une même personne, il n'existe pas de rapprochement entre le montant des salaires, le montant des dividendes et le cas échéant la part détenue par la personne dans le capital social de la société distributrice de dividendes.

Toutefois sur la base du montant moyen estimé des dividendes distribués à des personnes physiques en 2016, une simulation a pu être réalisée :

Paramètres connus :

Nombre de bénéficiaires (2016) :	1 173
Montant moyen distribué par personne :	13,3 MF
Dividendes assujettis à cotisations sociales :	13,3 MF

Si on estime que les dividendes relèvent tous de la tranche 2 du RUAMM et qu'ajoutés aux rémunérations, ils ne dépassent pas le plafond annuel du RUAMM, 1 point de cotisation sociale sur dividendes représente 133 000 F par personne soit un rendement estimé à **156 MF**.

Sur la base d'un taux moyen de 5% (tranche 2 du RUAMM), le rendement annuel total de la mesure serait donc de **780 MF**.

Pour être mise en œuvre, la mesure, quelles que soient ses modalités d'application, nécessite une **loi du pays** et sa délibération d'application.

3. Abattements de cotisations

a) *Vue d'ensemble sur les abattements sociaux de cotisations :*

Nombre d'unités concernées par les mesures d'allègement des taux de cotisations sociales :

moyenne 2014 - 2015	nb de contrats sans doublon	individus	entreprises
Ensemble économie Nouvelle-Calédonie	130 774	113 718	7 743
- dont bénéficiaires RBS	37 813	33 257	4 816
- dont secteur aidé (hors gens de maison)	6 949	6 767	713
gens de maison	4 340	4 039	
TI			25 221
Bénéficiaires d'abattements ou de taux réduits	37,5%	38,7%	93,3%
<i>employeurs de gens de maison</i>			6 594

Source : Cafat,

Unité : nombre

Trois entreprises employeuses sur quatre, soit 5 500 entreprises bénéficient de mesures d'abattements sociaux de type « réductions sur les bas salaires - RBS » (4 800 entreprises) ou « secteur aidé – SA » (700 entreprises).

Plus de 60 % des entreprises sont bénéficiaires de réductions de cotisations sur les bas salaires et 10 % bénéficient des mesures liées à leur secteur d'activité. Ces deux mesures concernent 44 000 assurés en moyenne sur 2014-2015 (33 200 assurés bénéficient de RBS, 6 700 de mesures liées aux secteurs aidés et 4 000 assurés pour des services à la personne).

Au total 39 % de l'ensemble des assurés salariés sont bénéficiaires d'une de ces deux mesures.

En cumul, 93 % des employeurs ou assimilés et 39 % des assurés (emplois connus par la CAFAT) sont concernés par des mesures de cotisations sociales réduites dans l'ensemble de l'économie calédonienne.

Les secteurs du commerce, de la construction, des services et de l'hébergement représentent 7 emplois bénéficiaires sur 10.

Répartition des assurés par secteur agrégé et par type d'abattement accordé :

Secteur d'activité	Assurés 2014 - 2015					
	ensemble des contrats	dont Contrats RBS	dont Contrats SA	Contrats RBS / total Contrats	Contrats SA / total Contrats	Assurés TI
Administration publique et défense	17 627	100	48	1%	0%	-
Agriculture, sylviculture et pêche	3 017	43	2 461	1%	82%	1 753
Commerce, réparation d'automobile et de motocycles	15 194	7 517	29	49%	0%	3 356
Construction	12 061	4 809	43	40%	0%	5 616
Crèche	465	0	465	0%	100%	-
Enseignement, santé humaine et action sociale	16 538	1 485	39	9%	0%	2 667
Gens de maison	4 340	0	4 340	0%	100%	-
Industrie, production d'électricité et d'eau	17 983	5 022	437	28%	2%	2 242
Divers services	28 440	11 894	1 386	42%	5%	6 942
Hébergement et restauration	8 660	4 437	1 917	51%	22%	1 055
Transports et entreposage	6 450	2 504	26	39%	0%	1 591
Total	130 774	37 813	11 189	29%	9%	25 222

Sources : Cafat, Isee

Unités : nombre, %

Répartition des entreprises par secteur agrégé et par type d'abattement accordé :

Secteurs d'activité	Moyenne 2014 - 2015					
	Ens ent	dont RBS	dont SA	RBS/ent tot	SA/ent tot	
Administration publique et défense	100	14	8	14%	8%	
Agriculture, sylviculture et pêche	471	15	345	3%	73%	
Commerce, réparation d'automobile et de motocycles	1 545	1 208	26	78%	2%	
Construction	1 280	866	27	68%	2%	
Enseignement, santé humaine et action sociale	531	307	63	58%	12%	
<i>Dont Crèche</i>	42	0	42	0%	100%	
Divers services	2 043	1 085	147	53%	7%	
Industrie, production d'électricité et d'eau	767	610	12	80%	2%	
Hébergement et restauration	482	364	75	75%	15%	
Transports et entreposage	525	350	10	67%	2%	
Total	7 743	4 817	713	62%	9%	

Sources : Cafat, Isee

Unités : nombre, %

b) Le poids des exonérations dans les secteurs économiques :

Les réductions de cotisations sociales – ou cotisations à un taux moindre –, lorsqu'elles s'appliquent à un secteur, un type de salarié, ou d'entrepreneur portent sur l'ensemble des charges sociales patronales ou/et salariales.

Toutes ces cotisations sont recouvrées par la CAFAT mais peuvent être affectées au final à d'autres organismes ou alimentation de fonds publics. Au total elles bénéficient à la sphère économique quelle que soit leur destination.

Les bénéfices de ces réductions patronales dans l'ensemble de l'économie sont cumulés pour connaître leur poids par secteur ou dans les excédents bruts d'exploitation. Il pourra être rapproché d'une évaluation des montants compensés par le gouvernement pour l'application de ces mesures.

En l'absence de ces allègements de cotisations sociales, l'ensemble des secteurs économiques enregistreraient des diminutions significatives de leurs excédents d'exploitation. Ainsi, mécaniquement les 6,5 Mds de F.CFP accordés au titre de réductions sur les bas salaires ou aux secteurs aidés, comme les 4,7 Mds estimés pour les travailleurs indépendants au titre du RUAMM, bénéficient directement à l'économie. Ils ramènent pour de nombreuses entreprises ou cotisants les taux de cotisations à des niveaux offrant un réel soutien économique. Si aucune de ces réductions n'existaient, leur report net dans les charges des entreprises, réduirait de 8,9 % en moyenne les résultats économiques de l'ensemble des secteurs.

Cependant, au regard de leurs résultats, les secteurs n'ont pas les mêmes marges de manœuvre face à une hypothèse de ce type. Les entreprises agricoles enregistreraient une diminution pouvant aller jusqu'à 75 % de leurs excédents bruts d'exploitation en dehors de ces mesures, il en va de même pour l'ensemble des crèches dont plus de 99 % de l'EBE se dégage à partir des exonérations patronales de cotisations sociales.

En l'absence de réductions sur les bas salaires, les petits commerces subiraient un manque à gagner de 4 %. S'agissant des entreprises du bâtiment celles de 11 à 50 salariés diminueraient leurs excédents de 6 %.

Enfin, ces aides jouent un rôle salvateur pour le secteur de l'hôtellerie restauration, bénéficiant des 2 formes d'aides suivant la localisation des établissements : elles représentent 15 à 19 % des bénéfices des hôtels de moins de 50 salariés. Les réductions bas salaires sont moins conséquentes dans les EBE des plus grands hôtels (9 %). En revanche, s'agissant de ceux qui sont situés hors du Grand Nouméa, les EBE étant négatifs, une diminution de la mesure « secteurs aidés » accroîtrait leurs déficit.

c) Les marges de manœuvre possibles :

L'étude réalisée par l'ISEE a mis en perspective les marges de manœuvre possibles en matière d'abattements de cotisations.

(1) En matière de réduction sur les bas salaires :

Différentes hypothèses d'adaptation de la RBS ont été simulées :

Hypothèse 1 – L'abattement maximum (applicable uniquement à la part patronale des cotisations) pour les entreprises de 10 salariés ou plus est porté à **45 %**. Il reste à 75 % pour les entreprises de moins de 10 salariés. La part patronale des cotisations augmente de **0,5 Md**. Le montant total d'abattements est réduit de 18 %.

Hypothèse 2 – L'abattement maximum (applicable uniquement à la part patronale des cotisations) pour les entreprises de 10 salariés et plus est porté à **30 %**. Il reste à 75 % pour

les entreprises de moins de 10 salariés. La part patronale des cotisations augmente de plus d'**1 Md**. Le montant total d'abattements est réduit de 37 %.

Hypothèse 3 – retour à un abattement (applicable uniquement à la part patronale des cotisations) **de 50% pour les entreprises de 10 salariés et plus**. Il reste à 75 % pour les entreprises de moins de 10 salariés. La part patronale des cotisations augmente de près de **300 MF**. Le montant total d'abattements est réduit de 12 %.

L'ensemble des secteurs verraient leurs EBE diminuer de 0,3 à 0,8 points en moyenne suivant les deux hypothèses. Cependant, pour les entreprises des secteurs de l'hôtellerie restauration, cette diminution représenterait jusqu'à 5 points de leurs EBE. De même, les entreprises de plus de 10 salariés des secteurs du commerce et de la construction seraient plus impactées que les autres secteurs, mais la baisse resterait inférieure à 1 point de leurs EBE.

Sur ces bases, une adaptation de la mesure pourrait être envisagée en fonction de la taille de l'entreprise et / ou des secteurs économiques.

Par exemple :

un abattement réduit à 50% sur la part patronale de la cotisation (au lieu de 60%) pour les entreprises de plus de 10 salariés, hors secteurs de l'hôtellerie / restauration, ferait peser un poids de cotisations supplémentaires de **281 MF** sur les entreprises concernées, sans impact notable sur leur rentabilité.

Les entreprises de moins de 10 salariés ne seraient pas concernées par une révision du dispositif.

Pour mémoire, le poids total de la réduction sur les bas salaires est évalué à **1,9 Md** dont **720,5 MF** pour le seul RUAMM.

L'adaptation prise en exemple ci-dessus serait susceptible de procurer un gain de cotisations évalué à **106 MF** pour le RUAMM.

La mesure serait mise en œuvre par une **délibération** du congrès.

(2) En matière de secteurs aidés

Le dispositif « secteurs aidés » concerne 4 secteurs principaux : les entreprises agricoles et assimilées, l'hôtellerie située hors du Grand Nouméa, les employeurs de gens de maison et les crèches garderies.

Une réduction de 75% des cotisations sociales est appliquée aussi bien aux cotisations salariales qu'aux cotisations patronales.

Le dispositif en vigueur soulève plusieurs questions :

- L'application de la réduction à l'ensemble des salaires, y compris les plus élevés ;
- L'application de la réduction à l'ensemble des salariés d'une entreprise comportant plusieurs activités dont un seul relevant des secteurs aidés : ainsi une entreprise du secteur commercial pourra bénéficier pour l'ensemble des salariés de ses différents établissements de la réduction de cotisations dès lors qu'un de ses établissements relève d'un secteur aidé ;
- L'égalité entre salariés : les salariés des entreprises en question, quel que soit le montant de leur salaire, bénéficient de droits ouverts à des conditions nettement plus favorables que celles des autres salariés : or, cette mesure n'a pas d'impact sur le coût

du travail puisque la part salariale de la cotisation n'est pas à la charge de l'employeur mais à celle du salarié ;

- L'application extensive de la notion d'entreprises agricoles et assimilées : ainsi les entreprises d'entretien d'espaces verts, qui n'ont aucune activité agricole mais réalisent des prestations de services, bénéficient de l'exonération au titre des secteurs aidés.

En 2018, le poids total des exonérations « secteurs aidés » dans le régime de sécurité sociale est évalué à **4,2 Mds** dont **1,98 Md** pour le seul RUAMM.

La part salariale de ces cotisations représente environ **680 MF** (320 MF pour la part d'exonération imputable au RUAMM).

Il pourrait être proposé :

- de réduire l'exonération de la part salariale des cotisations de 75% à 50% progressivement par pallier, sur deux ans par exemple : le gain total s'élèverait à environ 230 MF dont **108 MF** pour le RUAMM ;
- de limiter le bénéfice de l'exonération de la part salariale des cotisations aux salaires inférieurs à 2 ou 2,5 SMG ;
- d'encadrer le dispositif pour faire en sorte que seuls les secteurs mieux ciblés bénéficient des exonérations de cotisations, étant précisé que dans ce cas, les employeurs pourront bénéficier de la réduction sur les bas salaires (RBS) pour les employés dont le salaire est inférieur à 1,3 SMG. Là encore, une transition progressive peut être envisagée.

La situation du secteur de la petite enfance doit faire l'objet d'un examen spécifique :

- les tarifs de ses prestations sont encadrés pour en maintenir un coût supportable pour les familles ;
- l'abattement de cotisation est de 100% aussi bien sur la part salariale que sur la part patronale ;
- le secteur n'équilibre ses comptes que grâce à l'abattement de cotisations qui lui est appliqué ;
- le dispositif d'abattement de cotisations lui a été étendu de manière temporaire et prendra fin en 2018.

La réduction de l'exonération sur la part salariale des cotisations nécessite une **délibération** du congrès. Les autres adaptations relèvent d'une **loi du pays**.

4. Pilotage des régimes par les taux de cotisation

En 2016 puis en 2017, le taux de la cotisation patronale alimentant le régime des prestations familiales a été diminué et en contrepartie, celui de la part patronale de la cotisation RUAMM a été augmenté. Neutre pour les entreprises, l'opération permet d'apporter annuellement **800 MF** de ressources complémentaires au RUAMM.

Cette mesure aura cours jusqu'au 30 septembre 2018.

Dans son rapport de synthèse sur la gestion de la trésorerie du régime de sécurité sociale, l'ACOSS juge cette approche tout à fait intéressante. L'organisme note par ailleurs que ²¹ :

- pour les branches RUAMM et famille du régime de sécurité sociale, « ***l'objectif à atteindre doit rester l'équilibre annuel, les dépenses devant a priori être financées par les recettes de l'année en situation normale*** » ;
- « ***en situation de résultat courant durablement excédentaire d'une branche donnée, une politique souhaitable peut-être la baisse du taux pour revenir à l'équilibre, voire même pour laisser un léger déficit permettant de réduire la réserve si celle-ci est jugée à un niveau trop élevé, la hausse des taux équivalente pouvant être envisagée pour rétablir la situation du régime déficitaire et avec des réserves trop basses*** ».

Il pourrait ainsi être envisagé de pérenniser le taux de cotisation du régime des prestations familiales à son niveau actuel depuis 2016 soit **5,73%** au lieu de 6,14% précédemment.

Pour mémoire : Lors de la mise en œuvre de cette mesure en 2016 ainsi qu'à l'occasion de son renouvellement en 2017, le conseil d'administration de la Cafat avait émis un avis défavorable à ce projet en estimant qu'un transfert de taux devait être accompagné d'un plan de redressement plus complet. Dans des conditions et un contexte différents, le positionnement de la Cafat sur cette proposition est susceptible d'évolution.

Cette mesure peut être prise par **délibération** du congrès.

5. Taxe sur les boissons sucrées

Une proposition de loi du pays déposée au congrès en novembre 2016 élabore un projet de taxation des boissons contenant des sucres ajoutés ou des édulcorants de synthèse en transformant la TAT3S (taxes sur l'alcool et le tabac) en TAT4S : les boissons sucrées sont ajoutées à l'alcool et au tabac.

La proposition prévoit une taxation à un taux fixe dont le niveau reste à préciser.

Sur la base d'une taxe d'un montant de 70F par litre de boissons contenant des sucres ajoutés, le rendement annuel de cette taxe est estimé à **500 MF**.

En l'état, cette taxe pourrait être mise en œuvre dès l'adoption par le congrès de la **loi du pays** et de sa délibération d'application.

Associée à des mesures de prévention, la taxation des boissons sucrées a un réel effet sur la baisse de consommation et agit ainsi en prévention de l'obésité et du diabète.

Largement évoquée lors de la concertation menée, cette mesure est attendue par de nombreux professionnels de santé. Elle ne devrait toutefois pas se satisfaire d'un simple objectif financier et sa mise en œuvre doit être concomitante à celle d'un plan d'actions de santé publique ciblé sur les problématiques associées.

Ce plan d'actions de santé publique pourrait être initié à partir des conclusions de l'atelier sur l'obésité organisé en 2017 dans le cadre du plan Do Kamo à travers :

- la modification de la **délibération** n° 490 du 11 août 1994 « *portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de*

²¹ Rapport de mission d'expertise de l'ACOSS à la CAFAT, 2^e phase, 27 au 31 mars 2017, page 26, encadré Action 2.

Nouvelle-Calédonie » afin que l'obésité soit prise en compte au titre des thématiques prioritaires de prévention (article 14 de la délibération) ;

- la création et l'organisation d'un comité de pilotage chargé de proposer les parcours et filières de soins ;
- l'organisation d'un réseau de santé spécifique permettant le maillage du territoire en matière de prévention, de formation des professionnels de santé et de prise en charge.

Une **loi du pays** imposant que les quantités de sucre présentes dans les produits mis à la consommation en Nouvelle-Calédonie ne dépassent pas les quantités de sucre présentes dans les produits similaires proposés à la consommation en métropole a été travaillée et pourrait être examinée : elle constituerait un autre levier, en parallèle de la taxe permettant de diminuer la consommation de produits sucrés en Nouvelle-Calédonie.

6. La fiscalisation de la protection sociale

La fiscalisation de la protection sociale est un des débats lancés par Do Kamo dans le cadre de sa réflexion sur une refonte du modèle économique de la santé.

La fiscalisation de la protection sociale doit se traduire, en principe, par une diminution du coût du travail, et donc des cotisations sociales, pour constituer un levier autant pour les entreprises que pour les salariés.

2 instruments fiscaux sont susceptibles d'intervenir dans ce mécanisme : la CCS ou la TSS (en attendant son remplacement par la TGC).

Les avantages / inconvénients économiques de ces 2 instruments sont documentés par les rapports Do Kamo sur la question.

La situation du RUAMM est peut-être un levier qui permettrait à la Nouvelle-Calédonie de s'engager dans cette démarche.

Il pourrait être possible d'imaginer qu'en même temps que le rendement de la CCS ou de la TSS, voire des deux, est augmenté, il soit procédé en parallèle à une diminution des cotisations sociales d'une des branches du régime.

Au regard des besoins de financement du RUAMM, cette diminution de cotisations ne pourrait toutefois pas être totalement symétrique au rendement supplémentaire attendu de l'augmentation des taxes et contributions.

Ce mécanisme nécessite également :

- de disposer des outils permettant la maîtrise des dépenses de santé au risque de devoir augmenter la fiscalité dans des proportions insoutenables ;
- d'être en mesure de fléchir précisément la part de la fiscalité qui sera réservée au financement de la protection sociale, en contrepartie de la diminution des cotisations.

a) CCS

Instaurée à compter du 1^{er} janvier 2015, la CCS est affectée à l'agence sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie (ASS) et son rendement annuel s'établit à environ 7,5 Mds.

Elle s'applique à une assiette large constituée des revenus d'activités, des revenus de remplacement et de solidarité, des revenus du patrimoine, des produits des valeurs mobilières, des produits d'épargne et de placement et des produits des jeux.

Son taux de référence de 2% s'applique aux revenus du patrimoine, aux produits d'épargne et de placement et aux produits des jeux.

Le taux applicable aux revenus d'activités et aux revenus de remplacement et de solidarité bénéficie d'un abattement et s'établit à 1%.

Celui applicable aux produits des valeurs mobilières est de 5% (taux majoré).

Une augmentation de 1% du taux de référence de la CCS produit un gain supplémentaire de **3,75Mds**. Cette mesure peut être mise en œuvre par **délibération** du congrès.

b) TSS

La taxe de solidarité sur les services (TSS) a pris effet au 1^{er} janvier 2002, en remplacement de la taxe générale sur les services (TGS).

Elle s'applique aux prestations de service définies par opposition aux livraisons de biens (art. Lp. 479 du code des impôts de Nouvelle-Calédonie).

Son taux est unique et fixé à 5%.

Le rendement de la taxe est relativement stable et s'établit à 20 Mds par an.

Une augmentation de 1 point du taux de la TSS produit un gain supplémentaire de **4 Mds**. Cette mesure peut être mise en œuvre par **délibération** du congrès.

Conclusion

Le présent rapport balaie tous les champs du possible sur lesquels il revient aux élus du congrès de se prononcer, notamment s'agissant du RUAMM, sur un train de mesures immédiates.

Mais ces orientations ne constituent qu'une première étape.

Il importe en effet de s'atteler rapidement au pilotage et à la gouvernance de notre système de santé et de protection sociale. A cet effet, le gouvernement a pris l'initiative de solliciter le concours d'experts de l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales (IGAS). Cette requête a été acceptée par la Ministre des solidarités et de la santé, Mme Agnès Buzyn.

Dans sa lettre de mission à l'IGAS, Mme Agnès Buzyn a ainsi demandé aux inspecteurs généraux *« d'analyser la situation et de proposer des mesures correctives en matière d'organisation, de gouvernance, de pilotage et de régulation du système de protection sociale ainsi que d'offres de services de santé, en particulier hospitaliers »*.

Ce premier rapport sera ainsi appelé à être complété, voire modifié, au fur et à mesure de l'avancée des travaux du plan Do Kamo ainsi qu'à travers un important travail de refonte des dispositifs de gouvernance et de pilotage des politiques de santé et de protection sociale par la prise en compte des recommandations de l'IGAS.

Dans cette perspective, les travaux menés par les équipes Do Kamo sous l'autorité de la membre du gouvernement en charge de la santé, Mme Eurisouké, feront l'objet d'une présentation qui parachèvera la démarche de réforme du système de santé.

Liste des participants au cycle de concertation de février - mars 2018

Professionnels de santé libéraux :

Membre FPLS :

- Dr Viviane Damiens (Médecin Anapat)

Pour le conseil de l'ordre des sages-femmes :

- Mme Nathalie Dupra (Sage-femme)

Pour le syndicat des sages-femmes de Nouvelle-Calédonie :

- Mme Aurélie Ducandas (Sage-femme)

Pour le syndicat des pharmaciens de Nouvelle-Calédonie :

- M. Eric Maraficaud (président)
- M. Clément Leroux
- M. Christophe Delest

Pour le syndicat des médecins libéraux de Nouvelle-Calédonie (SML) :

- Dr Philippe Baillot (président)
- Dr Philippe Rouvreau

Pour l'union pour la défense de la médecine libérale (UDML) :

- Dr Dominique Chazal (président)
- Dr Christian Delaunay
- Dr Olivier Maiza

Pour le conseil de l'ordre des médecins :

- Dr Paul Bejan

Pour le syndicat des orthophonistes de Nouvelle-Calédonie (SONC) :

- Karen de Oliveira (présidente)
- Catherine Larcher
- Nathalie Blavette-Philippot
- Laetitia Fauvet-Schoenholtzer
- Elodie Pannetier

Pour le SIAD :

- M. Hervé Raoull (président)
- Mme Anne Le Callonnec
- Mme Béatrice Revercé
- Mme Jocelyne Ducrozet

Pour le syndicat des biologistes de Nouvelle-Calédonie :

- M. Christophe Fouquet (président du syndicat)
- M. Patrice Gauthier

Pour le conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes :

- Dr Grégory Rosier

Pour le syndicat des chirurgiens-dentistes de Nouvelle-Calédonie :

- Dr Xavier Delagneau (président du syndicat)
- Dr Benoit Guillon
- Dr Christian Collot
- Dr Marc Rohr
- Dr Lionel Bellaton
- Dr Sandra Bellanger
- Dr Sophie Huet
- Dr Jean-Claude Hug
- Dr Thierry Rodriguez
- Dr Murielle Techer

Pour le Syndicat des masseurs-kinésithérapeutes de Nouvelle-Calédonie :

- M. Nicolas Volk (président)
- M. Pierre Retaud (vice-président)
- M. Cédric Huteau
- Mme Evelyne Richard
- Mme Laureline Bernard
- M. Lois Desroches
- M. Stephan Pissoat
- M. Vincent Trinquet

Etablissements de soins publics et privés :

Pour le CHT :

- M. Dominique Cheveau (directeur)
- Dr Hala Jenoudet (présidente CME)
- Mme Pascale Klotz (DAF)
- Mme Marie-Claire Kabar (DSI)
- M. Leslie Levant (DRH)

Pour le CHS :

- M. Philippe Palombo (directeur)

Pour le CHN :

- M. Joachim Tutugoro (directeur)

Pour le CSSR :

- M. Etienne Latrasse
- M. Didier Kerangouarec

Pour le CRNC :

- M. Patrick Cottin
- Dr Pierre Crezard

Pour l'ATIR :

- Dr Jean-Michel Tivollier (président, également néphrologue UNH)
- Nicolas Darsaut (directeur)
- Jean-Michel Aubier (attaché auprès de l'ATIR)

Pour l'UNH :

- Dr Jean-François Cantin (néphrologue UNH)

Fournisseurs de matériel médical

Pour le SYPSAD :

- M. Vincent Bach
- M. Thierry Robert
- M. Eric Cateine

Pour le SIDEMM :

- M. Pierre Massenet (président)

Organismes mutualistes :

Mutuelle des patentés et libéraux :

- M. Allegret - Mme Sargito

Mutuelle du Nickel :

- M. Hanissilin - M. Julia - M. Delieux

Mutuelle du commerce :

- M. Underwood - M. Mercadal

Mutuelle des fonctionnaires

- M. Ancey - M. de Vivies

Partenaires sociaux

Pour l'U2P :

- M. Jean-Louis Laval (président)
- M. Dan Samokine

Pour la CPME :

- M. Baptiste Faure (sg)
- M. Patrice Gauthier

Pour le MEDEF :

- M. Daniel Ochida (co-président)
- Mme Catherine Wehbe (directrice)
- Mme Sabrina Giraud (chargée de la protection sociale)

Pour l'USOENC :

- M. Milo Poaniewa
- M. Serge Clabau

Pour la Cogetra :

- M. Tony Dupre

Pour la Fédération des fonctionnaires :

- M. David Meyer
- M. Joao d'Almeida

Institutions

Collectivités provinciales

Pour la province Nord :

- M. Yannick Slamet (1^{er} VP)
- M. Thierry Maillot (SGA)
- M. Fred Kaoua (cabinet présidence)

Pour la province des Iles Loyauté :

- Mme Marie-Rose Waia (directrice DACAS)

Pour la province Sud :

- M. Dominique Mole (3^e VP)
- M. Christophe Bergery (SGA)
- M. Arnaud Fuentes (collaborateur)
- M. François Waia (Directeur DPASS)

Organisme de protection sociale

Pour la CAFAT :

- M. José Aparisi (Président du CA)
- M. Jean-Rémi Buraglio (Président du CA)
- M. Jean-Pierre Kabar (Vice-président du CA)
- M. Dominique Manate (membre du CA)
- M. Xavier Martin (Directeur)
- Mme Nathalie Doussy (directrice adjointe)
- M. Bertrand Cuenca (directeur branche santé)
- Melle Marion Course (gestion du risque)

Gouvernement

Pour le secteur de la santé :

- Mme Valentine Eurisouke (membre du gouvernement)
- M. Claude Gambey (chef de cabinet)
- Mme Mareva Robson (collaboratrice)
- Melle Sabrina Carnavet (assistante)

Pour le cabinet de la Présidence :

- M. Pierre Gey (directeur de cabinet)
- Mme Christel Carrau (collaboratrice)

Pour Do Kamo

- Dr Philippe Bedon

Pour la DASS

- M. Jean-Alain Course (directeur)
- Dr Jean-Paul Grangeon (directeur adjoint)
- Mme Séverine Métillon (chef du service protection sociale)
- Mme Frédérique Ducrocq (pharmacienne inspectrice)
- M. Didier Darbon (chef de service tutelle et planification hospitalière)