



Inspection générale
des affaires sociales

Analyses et recommandations de la mission
d'appui-conseil au gouvernement de la
Nouvelle-Calédonie relative à l'organisation,
la gouvernance, le pilotage et la régulation du
système de protection sociale et de santé

Philippe CALMETTE

Jean-Louis REY

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

- Juin 2018 -

-2018-013R-

L'article 22 de la loi organique 99-209 du 19 mars 1999, portant statut de la Nouvelle-Calédonie, attribue à cette dernière des compétences propres en matière de protection sociale et de santé.

Dans ce cadre, le Président du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie, M. Philippe GERMAIN, a adressé, le 16 novembre 2017, une lettre à Mme Agnès BUZYN, ministre des solidarités et de la santé, dans laquelle il formule une demande d'appui-conseil de l'IGAS auprès de son gouvernement sur l'organisation, la gouvernance, le pilotage et la régulation du système de protection sociale et de santé.

La ministre des solidarités et de la santé a répondu favorablement à cette demande et l'IGAS a désigné, le 16 janvier 2018, deux de ses membres, MM. Philippe CALMETTE et Jean-Louis REY, pour effectuer cette mission.

Selon la lettre de M. Philippe GERMAIN, il est demandé à la mission de travailler dans deux directions :

- s'agissant de la protection sociale, d'examiner, d'analyser et de proposer des mesures correctives portant sur :

- * la répartition des compétences entre les trois différents acteurs de la protection sociale et de la santé : Congrès, Gouvernement, administration gouvernementale de la Nouvelle-Calédonie, CAFAT, ASS-NC ;*
- * l'analyse des missions et du fonctionnement de l'ASS-NC et de la CAFAT ;*
- * l'adéquation des moyens aux missions exercées par les différents acteurs.*

- en matière de services hospitaliers et de santé d'examiner et de réinterroger l'organisation des soins à la lumière de l'investissement réalisé et concrétisé fin 2016 dans le Médipôle de Koutio, ce qui devrait recouvrir :

- * l'organisation et l'articulation des fonctions de définition des politiques et des priorités de santé, de financement et de régulation ;*
- * l'organisation des soins et la complémentarité des services hospitaliers et de santé sur les territoires des trois Provinces ;*
- * l'adaptation aux besoins des populations et l'efficience du nouveau Centre Hospitalier de Nouvelle-Calédonie et plus largement du Médipôle.*

Le présent document contient les analyses et les recommandations de la mission.

Elles ont été formulées à l'issue des entretiens que la mission a conduits en Nouvelle-Calédonie du 19 au 28 février, puis de la présentation des mesures envisagées lors de son second séjour sur le territoire intervenu du 1^{er} au 15 mai 2018.

En ce qui concerne l'appréciation de l'adaptation de l'ensemble de l'offre de soins de la Nouvelle-Calédonie aux besoins des populations, il n'a pas été possible pour la mission, compte tenu des délais impartis et de l'ampleur de la documentation à réunir et à analyser, de mener une analyse exhaustive de l'adéquation entre l'offre et les besoins. Toutefois, certains éléments de diagnostic ont pu être posés. Ils figurent dans la partie 3 du présent document. Ils concernent notamment le Centre Hospitalier Gaston Bourret (CHGB).

Sommaire

Les recommandations de la mission. p.7

1 - Une stratégie à compléter et à consolider p.8

- 1-1 Ce qui est déjà acquis p.8
- 1-2 Ce qu'il faudrait mettre en place p.10

2 - Un financement de la protection sociale à restructurer p.13

- 2-1 Se doter de nouvelles règles en matière de compensation des allègements de cotisations de sécurité sociale p.13
- 2-2 Réaffecter les recettes fiscales finançant de domaine social p.16

3 - Une Caisse de protection sociale à réformer p.18

- 3-1 Changer le statut de la caisse, la structuration financière de sa gestion et sa dénomination p.18
- 3-2 Modifier la gouvernance de la caisse p.23
- 3-3 Revoir le rôle de la caisse p.24
- 3-4 Réformer le contrôle médical p.25
- 3-5 Mettre en œuvre les recommandations des missions ACOSS relatives au recouvrement et à la trésorerie p.26
- 3-6 Réactiver le dispositif de Convention d'objectifs et de gestion (COG) p.27

4- Une Commission des comptes de la protection sociale à créer p.29

5 - Un Objectif calédonien d'évolution des dépenses maladie à élaborer p.30

- 5-1 Les conditions de la mise en œuvre de l'OCEAM p.30
- 5-2 La création d'un Comité de pilotage du RUAMM et d'un Comité d'alerte des dépenses maladie p.32

6 - Une collecte et un traitement des données d'assurance maladie et de santé à crédibiliser p.33

7 - Une Autorité Indépendante de Régulation (A.I.R.) du système de santé et d'assurance maladie à instituer p. 35

- 7-1 Les missions de l'Autorité Indépendante de Régulation. p.35
- 7-2 Gouvernance du système de santé et d'assurance maladie: les 3 intérêts de l'A.I.R. p.36
- 7-3 Les prérogatives et les moyens de l'A.I.R. p.36
- 7-4 La composition et l'indépendance de l'A.I.R. p.38

8 - Une offre de soins et de services de santé à adapter p.38

- 8-1 Le Centre Hospitalier Gaston Bourret est l'acteur central de l'offre de soins de la NC. p.38
- 8-2 Le CHGB doit faire évoluer ses services d'une position « hospitalo-centrée » vers une participation à un dispositif de prise en charge plus globale et coordonnée du patient. p.39
- 8-3 Le pilotage et le fonctionnement du CHGB doivent être revus en profondeur. p.41

9 - Une Direction des affaires sanitaires et sociales - NC à renforcer p.41

- 9-1 Le renforcement des services de la DASS conséquence de la mise en œuvre de la réforme recommandée p.42
- 9-2 Une nouvelle mission pour la DASS : la conduite des politiques de santé publique. p.42

10 - Une démocratie sanitaire à développer p.44

11 - Une Agence Sanitaire et Sociale - NC à supprimer p.45

Annexe n°1 Les lignes forces du constat de la mission p. 46

Annexe n°2 Le cadre de l'action en matière de protection sociale et de santé p. 49

Liste des personnes rencontrées en Nouvelle-Calédonie du 19 au 28 février et/ou du 1^{er} au 15 mai 2018 p.51

Liste des personnes rencontrées à Paris p.55

Les recommandations de la mission.

Le pilotage de la sécurité sociale et de la santé repose, en Métropole, sur un ensemble d'outils mis en place sur une très longue période allant de 1979 à 2013 non sans hésitations et tâtonnements. L'ensemble est cohérent et plutôt efficace. Il est actuellement partiellement revisité dans le cadre d'un processus de réforme piloté par le gouvernement dénommé *Action publique 2022*.

Ce schéma d'ensemble métropolitain n'est pas transposable en Nouvelle-Calédonie. Ce n'est pas l'objet des recommandations qui suivent.

C'est une source d'inspiration mais d'autres pistes de réforme apparaissent possibles.

Il faut partir de l'existant en Nouvelle-Calédonie et faire oeuvre créatrice et d'esprit d'innovation. Une partie des outils nécessaires est déjà disponible. La mise en place d'autres outils est déjà envisagée par les autorités calédoniennes. De nouveaux outils doivent être conçus et implémentés.

Conception et implémentation ne peuvent se faire que selon des modalités propres à la Nouvelle-Calédonie. Faire mieux qu'ailleurs sur certains enjeux apparaît possible et souhaitable.

Au regard du diagnostic de la situation posé en annexe n°1 et en prenant en compte le cadre général de l'action retracé en annexe n°2 du présent document, **la mission recommande qu'un *ensemble ambitieux et cohérent de mesures qui font sens* soit adopté marquant la claire volonté de faire bouger sérieusement et durablement les choses.**

Il s'agit de *créer de nouvelles règles du jeu* en termes d'organisation, de gouvernance, de pilotage et de régulation, valables au moins pour les vingt ans à venir.

Ces nouvelles règles du jeu sont neutres au regard du contenu des politiques menées ou qui seront menées après les échéances électorales.

Leur mise en œuvre appelle la mobilisation en premier lieu de compétences existantes en Nouvelle-Calédonie qui semblent quelque peu sous-estimées, et, en second lieu, de recourir à des collaborations extérieures.

La mission recommande ainsi une évolution forte comportant 11 volets :

- une stratégie à compléter et à consolider,
- un financement de la protection sociale à restructurer,
- une Caisse de protection sociale à réformer,
- une Commission des comptes de la protection sociale à créer,
- un Objectif calédonien d'évolution des dépenses maladie à élaborer,
- une collecte et un traitement des données d'assurance maladie et de santé à crédibiliser,
- une Autorité Indépendante de Régulation du système de santé et d'assurance maladie (A.I.R) à instituer,
- une offre de soins et de services de santé à adapter,
- une Direction des affaires sanitaires et sociales-NC à renforcer,
- une démocratie sanitaire à développer,
- une Agence Sanitaire et Sociale-NC à supprimer.

1 - Une stratégie à compléter et à consolider

La stratégie est « l'art de diriger, de coordonner des actions et de mettre en place des moyens et des outils pour atteindre un objectif fixé au préalable ».¹

Depuis vingt ans la Nouvelle Calédonie a déployé des plans d'actions, pris des mesures politiques et fiscales, créé des organismes, modernisé son offre de soins et de services, entretenu un réel dialogue social pour se doter d'un système de protection sociale et de santé de qualité souhaité par les calédoniens et faisant l'objet, dans ses finalités, d'un large consensus politique et social.

En 2018, le système de protection sociale et de santé constitue un lien fort qui unit l'ensemble de la société calédonienne.

Cet effort très important s'est traduit par des effets significatifs et voulus dans un laps de temps relativement court si l'on compare l'évolution du système calédonien à celle de nombreuses autres situations comparables.

Néanmoins cette accélération de l'histoire se traduit aujourd'hui par certains déséquilibres qu'il faut corriger et par des déficits, pas seulement financiers mais aussi d'organisation, de gouvernance, de pilotage et de régulation qu'il convient de réduire.

Les deux développements ci-après énumèrent l'essentiel, de ce qui, en terme de stratégie, est acquis et ce qu'il semble désormais nécessaire de mettre en place ou de développer.

1-1 Ce qui est déjà acquis

Le système de protection sociale et de santé et les éléments de stratégie qui l'accompagne s'appuient, en 2018, sur des bases robustes dont les principaux piliers sont :

- **une volonté politique d'améliorer le niveau sanitaire et social de la population très largement partagée** par les partis politiques, les Gouvernements successifs, les Provinces, les partenaires sociaux, les corps intermédiaires et la population.

¹ Dictionnaire français. L'internaute.

Cette volonté s'est traduite par des dépenses de protection sociale qui ont connues une évolution moyenne de 9,3% par an sur 2000-2014, nettement supérieure à l'évolution du PIB sur la même période (+3,6% en rythme moyen sur 2000-2014 et +1,7%, en moyenne, entre 2012 et 2015)².

Ce rythme de dépenses correspond à un doublement tous les 7 ans et son maintien établirait les dépenses de protection sociale et de santé à un niveau supérieur à 400 milliards de FP en 2021.

- **la mobilisation de moyens de financement significatifs** qui devraient représenter de l'ordre de 23% du PIB de la Nouvelle Calédonie en 2018. Cette part de la richesse consacrée à la protection sociale et à la santé place la Nouvelle Calédonie dans la moyenne de l'OCDE. L'objectif raisonnable serait de ne pas aller au-delà (alors que la Métropole se situe près de 9 points au-dessus).

Les dépenses sont financées par les cotisations sociales (76%), mais aussi par des impôts et taxes *fléchés* (10,4%) et des contributions des collectivités publiques, Provinces et surtout NC, (13,4%).

Un des paramètres qui illustre la volonté politique partagée sus-évoquée est en effet l'évolution, très significative, de la part de la NC dans le financement des régimes de protection sociale. Cette part représentait ainsi en 2015, 31,8 Mds, soit 67,5 % de l'intervention totale publique, contre 16,8 Mds en 2010, soit 54% de cette intervention. Elle a tendance à se maintenir à ce niveau depuis.

- **un organisme de gestion de la protection sociale, la CAFAT, qui, a connu un élargissement significatif de ses missions**, avec en 2002, la création du RUAMM (régime unifié d'assurance maladie maternité), en 2005, la création des allocations familiales de solidarité pour les familles aux revenus modestes, en 2009, la création du régime en faveur des personnes en perte d'autonomie et handicapées, en 2011, la création des allocations prénatales et de maternité et d'une allocation de rentrée scolaire pour les familles à revenus modestes et en 2012, la mise en place du minimum retraite.
- **une action visant à « faciliter la garantie du droit à la santé pour tous »**, dont la gestion est confiée à l'ASS-NC, laquelle met en œuvre les programmes prioritaires de prévention et de promotion de la santé décidés par la NC.
- **un réseau relativement dense d'établissements sanitaires ou médico-sociaux et de structures de première ligne** (médecine de ville, dispensaires et centres de santé).

L'évolution des dépenses de protection sociale et de santé décrite ci-dessus s'est traduite notamment par un renforcement quantitatif des services de santé et notamment des établissements de soins. Les illustrations les plus récentes et les plus tangibles, en particulier pour les populations, du relèvement de l'offre de soins sont :

- l'ouverture, début 2017, du Médipôle de Koutio-Dumbéa, au budget de 60 Mds de FP, regroupant sur un site nouveau de 90000 m², un ensemble hospitalier rassemblant autour d'un plateau technique et hôtelier modernisé les anciens établissements publics du sud, devenus obsolètes. Le Médipôle a également intégré une offre de radiologie, de radiothérapie et de rééducation-réadaptation modernisée ;

- l'ouverture, au début du deuxième semestre 2018, du centre hospitalier de Koné qui dotera la Province du nord d'un établissement public de référence ;

² Source ISEE-2016.

- l'ouverture, fin 2018, sur Nouville-Nouméa d'une clinique privée qui regroupera et modernisera les plateaux techniques de trois cliniques devenues inadaptées et obsolètes ;
- la modernisation des dispensaires, notamment dans la Province des îles, dotés de services de première ligne équipés de matériel de diagnostic permettant des interventions de première nécessité en obstétrique et en traumatologie ainsi que quelques hospitalisations de courte durée.

- **Une stratégie de long terme dans le domaine de la santé**

Les premières *assises de la santé* qui se sont tenues en 2012 ont produit un document portant un constat partagé et des pistes de réflexion et propositions pour une politique de la santé pour les cinq années à venir. De nouvelles *assises de la santé* suite à un changement de gouvernement ont débouché sur l'adoption par le Congrès, en mars 2016, du Plan *Do kamo, Etre épanoui !* (2018-2028).

Ce plan stratégique s'inscrit dans les conceptions actuelles et modernes de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social et pas seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité.

Le plan est ambitieux et sa qualité doit en faire le point de départ d'une nouvelle phase de développement de la santé en Nouvelle-Calédonie basée sur la prévention, la promotion, l'éducation en sante, l'action concertée entre acteurs du soin, du social et du médico-social, l'action sur les déterminants de la santé.

Le plan est actuellement en début de phase de déclinaison. Les travaux s'organisent autour d'un comité de pilotage plénier, d'un comité de pilotage restreint secondé par une cellule Do Kamo tandis que des ateliers réunissent les différents acteurs sur les divers thèmes identifiés dans le plan.

Mais la mise en œuvre effective et efficiente du plan Do Kamo ne peut que se heurter aux fortes faiblesses actuelles d'organisation, de gouvernance, de pilotage et de régulation du système de protection sociale et de santé.

1-2 Ce qu'il faudrait mettre en place

Le bon déploiement d'une stratégie de santé et d'une stratégie de protection sociale et les conditions de leur succès reposent, pour l'essentiel, sur quatre éléments :

- **L'affirmation claire, par le pouvoir politique, d'objectifs de santé et de protection sociale ainsi que des moyens financiers qui y sont affectés : la règle du jeu.**

De ce point de vue, les différents gouvernements ont, depuis vingt ans, très clairement affiché des ambitions et des objectifs et ont mobilisé des moyens importants évoqués ci-dessus.

Pourtant, pour consolider cette ambition politique d'un système de santé moderne, répondant aux besoins des populations tout en adaptant ses dépenses à la capacité contributive du pays il conviendrait de mettre en place de nouveaux outils de pilotage :

- **un objectif annuel de dépenses de l'assurance maladie** (cf. 5)

Cet objectif a plusieurs finalités : déterminer par l'autorité publique les moyens mobilisés, marquer la limite à ne pas franchir, fixer le cadre d'intervention du régulateur (cf. 7) qui sera le garant de la maîtrise des dépenses et du non dépassement de l'objectif et faire connaître la « règle du jeu budgétaire » aux acteurs de santé pour qu'ils en tirent toutes les conséquences.

- **un plan stratégique du handicap et de la dépendance**

Ce plan aborderait notamment les questions de l'implémentation existante et prospective de l'action sociale et environnementale des Services d'aides à domicile (SAD) et des Etablissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EPHAD), et de la régulation de la qualité de l'offre. Un schéma territorial handicap/dépendance est en cours de préparation depuis 2010 par le Conseil du handicap et de la dépendance, instance ad hoc, créée par une loi de pays. Il est nécessaire de conclure les travaux en s'assurant qu'ils abordent tous les sujets.

- **un plan stratégique en Médecine Chirurgie et Obstétrique (MCO) et en rééducation- réadaptation** (plateaux techniques et hébergement)

Ce plan devrait répondre aux besoins actuels que ce soit en moyens publics ou privés et anticiper les nouveaux besoins compte tenu notamment du vieillissement de la population et de l'évolution des techniques et des pratiques médicales et chirurgicales.

- **un plan stratégique en santé numérique.**

Avec une densité moyenne de 15 habitants/km², la Nouvelle-Calédonie est un territoire marqué par une forte ruralité à l'exception du grand Nouméa qui concentre les deux-tiers des habitants. Dès lors, la question de l'éloignement constitue un enjeu de santé et plus particulièrement un enjeu d'égalité d'accès au système de santé, aux urgences, aux consultations spécialisées, aux services à domicile.

Dans un tel environnement contraignant, les moyens en télémédecine, en téléconsultation et en santé numérique de manière générale mériteraient d'être développés.

En 2011, une délibération du Congrès décidait de doter la Nouvelle-Calédonie d'un plan stratégique pour l'économie numérique.

Ce plan devrait être complété d'un chapitre consacré à la santé numérique.

- **un plan stratégique en santé mentale** (hospitalisation et ambulatoire)

Ce plan arrêterait notamment les moyens en lits et places en fonction des territoires, les évolutions souhaitées, la part de l'hospitalisation et celle de l'ambulatoire.

- **un plan stratégique des formations**

L'objet de ce plan serait d'évaluer les besoins en formations initiales et diplômantes pour les professions médicales, paramédicales et éducatives et d'adapter l'offre de formation ainsi que la politique d'attractivité.

- **La maîtrise par les pouvoirs publics de politiques de long terme : politiques de prévention, de promotion et d'éducation en santé.**

Ces politiques sont des politiques « d'investissement » dans la santé de demain. Elles supposent, pour réussir la mobilisation de nombreux acteurs publics : Provinces et communes, services de l'éducation, services sociaux. Ce rôle de coordination et d'impulsion mais aussi d'autorité ne peut être garanti que par un pilotage gouvernemental des politiques de santé publique.

- **Un système d'information sanitaire et social : unique et performant.**

Le système d'information, dans le respect, bien sûr, des règles de sécurité, d'anonymat et de confidentialité et sous le contrôle de la CNIL, devra rassembler les données épidémiologiques, les données d'activité des acteurs et professionnels de santé, les données de dépenses.

Ce système d'information sera au service de l'amélioration des prestations de santé, de la gestion du risque et de la maîtrise des dépenses (cf. 6).

- **La mise en place d'un organisme de régulation indépendant : le régulateur.**

La mission de cet organisme sera d'apporter au Congrès et au Gouvernement toutes les garanties de la bonne mise en œuvre des objectifs et des plans de santé, tant du point de vue quantitatif que qualitatif mais aussi la garantie du respect des enveloppes financières et, en particulier, le respect de l'objectif de dépenses.

Pour cela, elle sera dotée de moyens importants d'autorisation, d'évaluation, de financement, de tarification et de contractualisation avec les acteurs sanitaires et médico-sociaux. Son positionnement et son statut devra garantir son indépendance vis-à-vis de ces mêmes acteurs (cf. 7).

S'agissant plus spécifiquement de la protection sociale, La NC n'a pas et n'aura pas les moyens de se doter de l'outil majeur du pilotage stratégique qu'est en Métropole la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS). Pour le Congrès et le Gouvernement, le niveau d'exigence serait le même que celui de la production du budget de la NC. Il faudrait à la DASS une équipe conséquente qui y serait largement dédiée. Le temps de préparation et d'adoption de la LFSS représente sept à huit mois de travail dans l'année.

Mais l'instrument est divisible³ et améliorable.

L'idéal serait pour la NC de produire deux types de documents. En premier lieu des programmes de qualité et d'efficience (PQE) qui, pour chaque risque, permettent d'apprécier sur plusieurs années les résultats des politiques menées au regard des différents objectifs qui leur sont assignés et de juger l'adéquation des mesures nouvelles proposées au contexte économique, démographique, sanitaire et social. Mais même sous une formule allégée la NC n'est pas en mesure techniquement et humainement de les produire à court terme.

A portée, apparaît, par contre, la production d'un document politique précis. La *Commission des comptes de la protection sociale*, instance qu'il est recommandé de créer (cf. 4) doit être, lors de sa réunion du début octobre l'occasion pour le Gouvernement de présenter, par oral et par écrit, la politique de protection sociale de la NC (voire de santé, celle d'assurance maladie permettant de l'aborder en partie) après que le travail nécessaire à sa mise au point ait été conduit avec le Congrès. Toutes les mesures nouvelles devant être mises en œuvre l'année suivante seraient alors détaillées⁴ tout en la mettant la politique qu'elles portent en perspective sur le moyen et long terme. Seraient ainsi données à 10 ans, une vision du RUAMM et une vision du régime de retraite de base.

La réunion de cette instance deviendrait un temps fort de la politique calédonienne avec celui du débat d'orientation budgétaire qui précède le dépôt du budget de la NC devant le Congrès au plus tard le 15 novembre.

³ Création d'un *Objectif calédonien d'évolution des dépenses d'assurance maladie* cf. 5.

⁴ Une conférence de presse devrait se tenir dans la foulée de la tenue de la commission, ce qui donnerait la portée médiatique nécessaire à l'intervention du Gouvernement.

2 - Un financement de la protection sociale à restructurer

Il ne s'agit pas d'analyser ici la politique de recettes mis en œuvre en Nouvelle-Calédonie, soit en premier lieu les choix fondamentaux des *assiettes des prélèvements*, qui quelque que soit leur qualification juridique (cotisations, impôt ou taxe), sont appelés à financer la protection sociale et la santé.

Il y a lieu de souligner deux évolutions courageuses dans ce domaine qui sont le juste pendant d'un large mouvement d'universalisation des prestations à la population de la Nouvelle-Calédonie :

- la diversification des assiettes des prélèvements finançant la protection sociale hors les revenus : consommation de tabac et d'alcool mais aussi bénéfices des sociétés, prestations de services et bientôt plus largement la consommation⁵ ;
- la mise en place en 2015 d'un prélèvement sur tous les revenus, la *Contribution calédonienne de solidarité*, mesure qui favorise l'emploi en allégeant la pression sur les revenus d'activité, salariés ou non-salariés, et mesure d'équité au vu de l'évolution des revenus autres que ceux du travail, surtout ceux du capital (revenus du patrimoine et revenus des placements) très peu imposés en Nouvelle-Calédonie.

Une troisième évolution a été un mouvement de déplafonnement des cotisations sociales réalisé en 2012 et 2013. Toutefois cette réforme n'a pas été jusqu'à remettre en cause le mode dégressif des cotisations finançant le RUAMM et les prestations familiales, difficilement justifiable au regard de la couverture quasi-universelle de ces deux régimes.

Quatrième évolution majeure du financement depuis 20 ans, la politique d'allègement des cotisations – portant sur les bas salaires, les cotisations des travailleurs indépendants et divers secteurs d'activité – mériterait aussi d'être revisitée après la réalisation d'un bilan économique et social très approfondi.

Seront abordés ici deux sujets fondamentaux qui touchent de près les sujets d'organisation, de gouvernance et de pilotage qui sont à l'ordre du jour des travaux de la mission : celui de la compensation desdits allègements de cotisations et, en partie corrélé, celui de l'affectation des recettes fiscales finançant le domaine social.

2-1 Se doter de nouvelles règles en matière de compensation des allègements de cotisations de sécurité sociale

La compensation à la sécurité sociale des allègements de cotisations mis en place dans le cadre de la politique de l'emploi – réduction de cotisations patronales sur les bas salaires (RBS – en 2001), taux réduit de cotisations des travailleurs indépendants au RUAMM (en 2002) et abattement de cotisations dits « secteurs aidés » (depuis 1992)- est un sujet permanent de débats depuis de trop nombreuses années.

⁵ La taxe de solidarité sur les services (TSS) est remplacée à compter du 1^{er} octobre 2018 par une part de la taxe générale sur la consommation (TGC). Les textes prévoient le maintien du rendement de la TSS pour l'année de transition (l'ASS-NC percevra donc l'équivalent d'1/4 de la TSS 2017 pour le dernier trimestre 2018) et qu'à compter de 2019 le Congrès décidera chaque année de l'affectation d'une quote-part de TGC à l'ASS-NC en fonction de ses besoins.

La législation ne pose *le principe* de la compensation que pour le taux réduit de cotisations des travailleurs indépendants et les cotisations réduites des apprentis et des volontaires stagiaires du service militaire adapté.

L'enjeu a été en 2017 de 12 Mds de FP (*chiffres prévisionnels* : 2,4 pour la RBS, 4,2 pour les secteurs aidés et 5,4 pour le taux réduit des TI). Il serait de 11,2 mds en 2018, soit 11% des cotisations totales dues au titre des différents régimes.

C'est un sujet encore plus ouvert depuis 2010 :

- après que la NC ait renoncé, pour de multiples raisons économiques, financières et juridiques, à affecter directement au titre de cette compensation des recettes fiscales à la CAFAT ;
- suite au changement fondamental de la comptabilité de cette dernière : passage d'une comptabilité d'encaissement à une comptabilité de droits constatés (dite aussi d'engagements) imposant d'afficher la réalité des résultats des régimes et dispositifs de protection sociale.

Il connaît une nouvelle acuité depuis 2015 année au cours de laquelle :

- la convention liant l'ASS-NC à la CAFAT pour cette année 2015 a été dénoncée par le gouvernement. Ce dispositif conventionnel mis en place depuis 2010, porte des engagements financiers touchant à la fois la compensation des allègements et les subventions versées aux régimes et dispositifs de protection sociale. Des conventions ont été passées pour les années 2016, 2017 et 2018 ;
- la compensation des pertes de cotisations des régimes retraite, AT-MP et chômage a été suspendue au profit du RUAMM lequel connaît un déficit considérable.

Il n'y a donc pas suffisamment de règles dans ce domaine et de règles claires, prévisibles⁶ et partagées. Compensation et financement des régimes (recettes affectées ou subventions) doivent être notamment traités distinctement.

Bien qu'il ait donné lieu à une concertation en 2017-2018, ce sujet nourrit fortement la crise de confiance des acteurs touchant le pilotage de la protection sociale et de la santé.

Il en a été historiquement de même en Métropole, où sous le thème des « charges indues » pesant sur le financement de la sécurité sociale, le sujet de la non compensation ou de la compensation erratique et partielle a parasité et affaibli fortement à la fois le dialogue social, tout autant avec les organisations patronales qu'avec les syndicats de salariés, et la confiance du Parlement dans le pilotage de la Sécurité sociale.

Des règles claires, prévisibles et partagées ont été édictées. Elles sont respectées par le Gouvernement, sous le double regard vigilant des partenaires sociaux et encore plus marqué du Parlement.

La loi du 25 août 1994 relative à la sécurité sociale (Simone Veil) a en effet créé l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale qui pose le principe que les mesures d'allègements de cotisations mise en place dans le cadre de l'emploi sont compensées *intégralement* à la Sécurité sociale à l'exception de dispositifs ciblés mis en vigueur avant 1994⁷. La nécessité d'obtenir l'autorisation expresse du

⁶ Notamment pour asseoir solidement la gestion de la trésorerie de la caisse.

⁷ Lesquels représentent moins d'1 des 40,5 mds € d'allègements en 2018. Un processus de généralisation complète de la compensation intégrale a en effet été mis en œuvre progressivement depuis 2017.

Parlement dans le cadre d'un article de la loi de financement de la sécurité sociale pour se mettre en exception du principe de compensation intégrale a consolidé très fortement cette règle. La compensation se fait avant tout par l'affectation de recettes fiscales et plus rarement par des crédits budgétaires.

Le Gouvernement a alors renoncé à faire évaluer l'impact positif qu'auraient les mesures d'allègement sur l'emploi et donc sur les recettes de la Sécurité sociale. Il l'a fait pour deux raisons : les allègements de cotisations patronales, ciblées surtout sur les bas salaires, ont eu pour effet principal, et c'était le but poursuivi, de maintenir en emploi les salariés les moins rémunérés et non de créer avant tout de nouveaux emplois. Il s'est avéré d'autre part très difficile voire impossible d'isoler sur le moyen terme l'effet des allègements sur l'emploi des autres facteurs économiques concourant à l'évolution tant de l'emploi que des salaires et d'en dégager un chiffrage précis et consensuel. La tentative, visant en 1999/2000, à faire participer la Sécurité sociale au financement des 35h, a échoué au vu de la réaction très négative du Parlement et des partenaires sociaux.

Le sujet est toutefois susceptible de rebondir compte tenu de la difficulté d'assurer le financement de la suppression du crédit d'impôt compétitivité entreprise (CICE) en élargissement de l'allègement général des cotisations patronales et au rétablissement partiel de l'allègement des cotisations portant sur les heures supplémentaires.

L'étude réalisée par l'ISEE en 2017 à la demande du gouvernement de NC n'est pas de nature à remettre en cause cette analyse.

Il est fortement recommandé de mettre fin à ce débat récurrent en NC :

- 1° en posant par une loi de pays le principe d'une compensation *intégrale* de toutes les mesures conduisant à alléger voire à supprimer totalement ou partiellement les cotisations de sécurité sociale et en respectant strictement cette règle ;
- 2° en définissant très précisément les bases de calcul de cette compensation (cf. sujet du mode de prise en compte des taxations d'office) ;
- 3° en prévoyant que cette nouvelle règle est applicable pour toutes les mesures en vigueur et pour toutes les éventuelles nouvelles mesures à venir à compter d'un 1^{er} janvier ;
- 4° en mettant au point, en concertation avec le conseil d'administration de la CAFAT, un plan d'apurement du passé, lequel doit être seulement partiel si l'intérêt général commande d'y renoncer en partie⁸ ;
- 5° en assurant la compensation par l'affectation de recettes bien calibrées, assurant une dynamique de rentrée proche de celle de la masse salariale ;
- 6° en prenant corrélativement les mesures propres à rééquilibrer les régimes et dispositifs par des transferts de taux de cotisations. Ainsi, le régime des prestations familiales n'a pas bénéficié d'une compensation des réductions et allègements de cotisations de 2001 à 2009 sur une décision de la CAFAT et depuis 2015 sur une décision de la NC. Avec la réforme proposée, il en bénéficierait à nouveau, comme cela a été le cas de 2010 à 2014, ce qui conduirait à une situation très excédentaire. Cet excédent devrait être supprimé par un transfert de taux de cotisation au bénéfice

⁸ On note que la non-compensation concernant le régime de retraite de base explique à hauteur de 36% de son besoin de financement en 2018 estimé à 5,4 mds.

du RUAMM⁹. La révision régulière des taux des cotisations fait partie des instruments de pilotage de la protection sociale ;

7° en reposant clairement la question de la légitimité de constituer les réserves selon les régimes et dispositifs de protection sociale gérés par la CAFAT¹⁰. Le régime des prestations familiales et le dispositif allocations familiales de solidarité n'ont pas vocation à générer des réserves. Les prestations familiales, comme l'assurance maladie, doivent être gérées sous le simple objectif de leur équilibre annuel, les dépenses de l'année devant être financées par les recettes de l'année. Il n'en est par contre pas de même pour le régime des AT/MP (du fait des engagements portant sur les rentes) et de celui de l'assurance-chômage (du fait aussi de ses engagements pluriannuels), et surtout bien sûr du régime de base de retraite (lequel devrait d'ailleurs connaître une évolution défavorable au regard de celle de la structure démographique de la Nouvelle-Calédonie).

2-2 Réaffecter les recettes fiscales finançant le domaine social

La règle, posée par l'article 181 de la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 relative à la NC, selon laquelle 51,5% des impôts, droits et taxes et de la régie des tabacs perçus au profit du budget de la NC sont affectés au financement de la dotation de fonctionnement versée par la NC aux trois Provinces, a conduit à affecter les recettes fiscales appelées à financer protection sociale et santé à une autre structure juridique que la NC. Soit des recettes élargies (*taxe sur les alcools et tabacs*) ou créées (*taxe de solidarité des services, contribution sociale additionnelle à l'Impôt sur les sociétés et contribution calédonienne de solidarité*) postérieurement à 1999.

Dans un premier temps les trois recettes existantes ont été affectées en partie à la CAFAT et à l'ASS-NC.

Sur la base d'un raisonnement juridique selon lequel, une recette qualifiée d'impôt ou de taxe ne peut être affectée qu'à un organisme public, aucune recette fiscale n'est affectée depuis 2010 à la CAFAT, organisme de droit privé.

Quatre impôts ou taxes, dont trois créés antérieurement à 2010, ont été ainsi affectés en totalité à l'ASS-NC depuis cette date¹¹. Leur montant total est estimé à un peu plus de 44 Mds en 2018.

Recettes fiscales	Création	Affectation	Rendement <i>estimé 2018</i> <i>budget initial ASS-NC</i>
<i>Taxe sur les alcools et tabacs</i> (TAT3S)	1 ^{er} janvier 2002	2002 CAFAT 33% ASS 67% puis ASS 2010	11,765 Mds
<i>Taxe de solidarité sur les services</i> (TSS) ¹²	1 ^{er} janvier 2002	2002 CAFAT puis ASS 2010	20 Mds
<i>Contribution sociale additionnelle à</i>	1 ^{er} janvier 2005	2005 CAFAT	4,700 Mds

⁹ Au demeurant des transferts de ressources sont déjà intervenus récemment : le taux de cotisation patronale du régime des PF a ainsi été abaissé *pour une durée déterminée* en 2016 puis en 2017 (jusqu'au 30 septembre 2018) en contrepartie d'une hausse de celui du RUAMM.

¹⁰ Les montants maximum et minimum de ces réserves sont clairement définis par un ensemble de Délibérations portant application de l'article LP 122 de la loi de pays modifiée n°2001-016 du 11/01/2002 qui en pose le principe.

¹¹ La recommandation est faite en l'état des affectations et donc sans tenir compte de l'éventualité d'affectation d'impôt ou taxe créé dans l'avenir.

¹² Voir note 5.

<i>L'impôt sur les sociétés (CSA)</i>		puis ASS 2011	
<i>Contribution calédonienne de solidarité (CCS)</i>	1 ^{er} janvier 2015	ASS 2015	7,565 Mds
Total			44,030 Mds¹³

Ce schéma, juridiquement compréhensible, n'est pas politiquement efficace.

L'extension du rôle de l'ASS-NC au financement de la protection sociale et des organismes publics de santé¹⁴ est vécue comme jetant un voile d'opacité sur le système et au mieux comme une tuyauterie inutile¹⁵.

Une réforme de la caisse de protection sociale permettrait de simplifier et de rendre plus lisible le circuit et les modes de financement de la protection sociale et de plusieurs domaine de la santé et du social.

Il est ainsi recommandé ci-après (cf. 3-1) une évolution du statut de la CAFAT, la transformant en un organisme de droit public sous la forme d'un établissement public administratif de la NC avec une gouvernance renouvelée, ce qui lui permettrait d'être affectataire de recettes fiscales. Cette réforme élargirait le rôle de la caisse à celui de financeur opérant pour le compte et sous la seule autorité de la NC ou de *l'Autorité indépendante de régulation* à créer (cf. 7), et conduirait à clarifier et à consolider le financement des régimes et dispositifs qu'elle gère.

Une partie des recettes fiscales serait directement affectée aux régimes ou dispositifs au titre de la compensation des exonérations ou allègements de cotisations, une autre partie le serait aux fonds NC d'intervention financière (cf. 3-1).

L'affectation se ferait selon deux principes :

- affectation de tout ou partie de chacune des recettes et non d'un pourcentage de leur produit préalablement globalisé ;
- respect d'une logique au regard de l'assiette du prélèvement. Ainsi l'universalité du RUAMM le conduit à être d'abord affectataire de la CCS puis d'une partie de la taxe alcool/tabac.

Il faudrait également interroger le volume de la participation de la NC au financement du RUAMM : il serait ainsi bon d'augmenter l'affectation de recettes à ce régime et de réduire la part de la subvention annuelle.

¹³ L'ASS-NC bénéficie d'autres recettes estimées à 0, 095 Mds en 2018.

¹⁴ Dispositif qui est juridiquement peu transparent. On note en effet que la délibération du Congrès n°264 du 23 novembre 2001 portant création de l'établissement public administratif ASS-NC, bien que modifiée à trois reprises (2006, 2008 et 2016), liste bien parmi les recettes de l'Agence les impôts et taxes affectés (art. 13) mais n'évoque pas son rôle de financeur des régimes de protection sociale. C'est l'article 1er de la loi de pays du 11 janvier 2002 créant le RUAMM qui indique que la NC directement ou par l'intermédiaire de l'ASS-NC et la CAFAT assurent chacun dans son domaine de compétence l'équilibre financier des différentes branches du régime général.

¹⁵ On peut souligner aussi, plus largement, que la diversification croissante de l'intervention financière de l'Agence s'analyse pour partie comme une *débudgétisation* d'actions qui relèveraient plus logiquement du budget de la NC.

3 - Une Caisse de protection sociale à réformer

3-1 Changer le statut de la caisse, la structuration financière de sa gestion et sa dénomination

Au gré de l'élargissement de sa protection sociale à d'autres risques et d'autres publics, la NC a très heureusement veillé à ne pas trop disperser leur gestion (le Fonds social de l'habitat gère l'aide au logement et, les Provinces, le minimum vieillesse) et surtout à ne pas créer d'autre(s) organisme(s) gestionnaire(s) aux côtés de la CAFAT.

Selon l'article Lp.104 de la loi de pays du 11 janvier 2002, la CAFAT est un organisme de sécurité sociale « ancienne formule », soit un organisme mutualiste de la loi de 1898. Si l'on regarde les règles qui lui sont applicables, cette référence juridique très ancienne est de portée très limitée, la quasi-totalité sinon la totalité de ces règles étant définies par la loi de pays et la délibération du Congrès y afférent.

Les caisses de sécurité sociale en Métropole sont actuellement soit des établissements publics administratifs – EPA -, pour les caisses nationales du régime général, soit des organismes *sui generis*, des caisses de sécurité sociale, pour les autres caisses nationales et la totalité des caisses locales.

Etre un EPA n'empêche en aucun cas d'employer des salariés de droit privé sous conventions collectives, d'appliquer pour la gestion des règles propres à la sécurité sociale et par là distinctes de celles de l'administration, et de disposer d'une gouvernance originale. L'enjeu du choix du statut juridique est en fait politique et financier.

Il est recommandé de changer le statut de la CAFAT et d'en faire un EPA de la NC.

Cette évolution permettrait :

- de mettre fin à la distinction entre une gestion de régimes propres à la caisse et une gestion de régimes ou dispositifs pour le compte de la NC ;
- à la caisse d'être affectataire de recettes fiscales au titre de régimes qu'elle gère sans porter le «risque de démembrement de la puissance publique» souligné par la Chambre territoriale des comptes ;
- de pouvoir accueillir, *dans un cadre de gouvernance particulier*, une gestion financière alimentée par des recettes fiscales affectées distinctes de celle des régimes ou dispositifs de protection sociale : financement d'investissements dans les organismes de soins et subventions de la NC à diverses destinations (ce qui correspond à deux des quatre missions de l'actuel EPA ASS-NC).

Cette réforme devrait être utilement complétée par une simplification des régimes : unification des deux régimes de prestations familiales (régime des prestations familiales et allocations familiales de solidarité) et des deux régimes de solidarité vieillesse (complément de retraite de solidarité et minimum vieillesse). La Nouvelle-Calédonie devrait tout autant s'interroger sur la pertinence de maintenir aux côtés du régime *unifié* de l'assurance maladie, couvrant 261 000 personnes, un dispositif d'aide médicale géré par les trois Provinces concernant près de 20 000 calédoniens. Le passage à un régime *universel* de l'assurance maladie constituerait à la fois une réelle simplification et une source d'économies de gestion.

La structuration financière de la gestion de la caisse se ferait ainsi autour de *trois fonds* comprenant chacun plusieurs *sections*, voire *sous sections*, **distincts**.

Pour comprendre la nouvelle structuration de la gestion en trois fonds proposée pour la caisse, il faut prendre en compte :

- le fait que la CAFAT gère en propre cinq risques de sécurité sociale (les assurances maladie, maternité, invalidité et décès regroupées dans le *Régime unique de l'assurance maladie et maternité* (RUAMM), les accidents du travail et maladies professionnelles, les assurances vieillesse de base et veuvage, les prestations familiales et l'assurance chômage) et, pour le compte de la Nouvelle-Calédonie, quatre dispositifs ou régime de protection sociale (les allocations familiales de solidarité au profit des familles à revenus modestes, le complément retraite de solidarité, le minimum vieillesse, le régime handicap et perte d'autonomie) ;
- le schéma et le contenu des dépenses de l'ASS-NC.

En 2018, les dépenses prévisionnelles de l'ASS-NC sont les suivantes :

Dépenses budget initial ASS- NC 2018¹⁶		
Mission santé	Prévention, veille, surveillance, expertise, alerte :	5,897 Mds
	1° programmes de l'Agence	1,146 Mds
	2° programmes de soutien de la NC	4,751 Mds
	dont financement de soutien des établissements territoriaux d'hospitalisation (DGF)	3,630 Mds
	Financement des infrastructures hospitalières	1,809 Mds
	<u>TOTAL</u>	<u>7,706 Mds</u>
Mission Solidarité	Handicap et dépendance	8,183 Mds
	1° régime handicap-dépendance (CAFAT)	7,705 Mds
	2° associations handicap et personnes âgées	0,478 Mds
	Protection sociale	25,793 Mds
	1° subventionnement de la CAFAT	8,516 Mds
	(complément retraite de solidarité, compensation des minimas retraite, fonds de compensation des urgences, allocations familiales de solidarité, compensation du taux réduit de cotisations du régime des prestations familiales à certains employeurs du secteur associatif)	
	2° participation NC au RUAMM (CAFAT)	14,400 Mds
	dont compensations relatives aux pertes de cotisation des secteurs aidés	8,200 Mds
	dont Autre participation au RUAMM	6,200 Mds
	3° subventionnement minimum vieillesse (Provinces)	2,440 Mds
	4° reversement de frais de gestion du recouvrement de la TSS et de la CCS à la NC	0,437 Mds
	Aide au logement – subventionnement du Fonds social de l'habitat	2,442 Mds
	<u>TOTAL</u>	<u>36,418 Mds</u>
	<u>TOTAL GENERAL</u>	<u>44,125 Mds</u>

¹⁶ A noter que dans le budget de l'ASS-NC apparait dans le programme P0702 – Protection sociale une ligne *Frais de recouvrements de la TSS et de la CSS*, soit 0,487 Mds en 2018 destinés aux services fiscaux. Il faudrait dans le cadre de la réforme revoir le mécanisme en organisant en toute transparence son prélèvement à la source par les services fiscaux ?

A partir de cette double prise en compte, la structuration des fonds de la caisse pourrait être la suivante :

Fonds de la caisse EPA	<i>Recettes estimées des régimes et dispositifs par la CAFAT</i>	<i>Dotations du budget initial de l'ASS-NC pour 2018</i>
<u>Fonds Caisse Protection sociale</u>		
Section 1 - RUAMM <i>dont recettes fiscales affectée au titre des pertes de cotisation des secteurs aidés</i>	69,9 Mds	8,2 Mds
Section 2 - Accidents du travail et maladies professionnelles	4,5 Mds	
Section 3 - Pensions de retraite de base et de veuvage	39,4 Mds	
Section 4 - Solidarité vieillesse (complément de retraite de solidarité ; minimum vieillesse)	4,3 Mds	
Section 5 – Prestations familiales et allocations familiales de solidarité <i>dont recettes fiscales affectées au titre du taux réduit de cotisation au régime à certains employeurs du secteur associatif</i>	5,2 Mds	0,1 Md
Section 6 - Handicap et perte d'autonomie	12,5 Mds	
Section 7 - Assurance chômage	4,7 Mds	
<u>Fonds NC Santé</u>		
Section 1 - Programmes de prévention		0,950 Mds
Section 2 - Etablissements publics de santé		5,439 Mds
<i>Sous-section 1 - fonctionnement des établissements</i>		3,630 Mds
<i>Sous-section 2 - financement des infrastructures</i>		1,809 Mds
Section 3 - Programmes de soutien		1,120 Mds
<i>Sous-section 1 - actions Do kamo</i>		0,175 Mds
<i>Sous-section 2 - activités de santé publique</i>		0,382 Mds
<i>Sous-section 3 - lutte contre la délinquance et l'alcool</i>		0,563 Mds
<u>Fonds NC Solidarité</u>		
Section 1 - Participation au financement de régimes de protection sociale		6,200 Mds
Section 2 - Subvention association handicap et personnes âgées		0,478 Mds
Section 3 - Subventions versées aux Provinces pour le minimum vieillesse		2,440 Mds
Section 4 - Subventions versées au Fonds social de l'habitat		2,442 Mds

La gestion du *fonds NC Santé* et celle du *fonds NC Solidarité* seraient de la compétence de la NC à l'exception de la section 2 du Fonds NC de santé : le gouvernement de la NC, dans le cadre de décisions du Congrès, donnerait les instructions de mouvements de ces deux fonds à la direction de la caisse qui ne pourrait que s'y conformer. La section 2 du Fonds NC de santé relative au financement du fonctionnement et des investissements des établissements publics de santé serait mouvementée sur décision de l'*Autorité Indépendante de Régulation* (cf. 7)

Le conseil d'administration de la caisse n'aurait aucun rôle s'agissant de ces deux fonds.

Les règles de droit *comme la pratique de leur mise en œuvre* doivent assurer le caractère distinct du financement de chaque section et sous-section de fonds. Ce caractère distinct du financement ne fait pas obstacle à l'utilisation des fonds de roulement des sections ou sous-sections pour une gestion commune de la trésorerie par la Caisse à trois conditions :

- que la gestion commune se fasse en toute transparence par la production d'un suivi séparé de chaque ensemble (note détaillée sur la trésorerie présentée et explicitée tous les mois ou, au maximum tous les deux mois, en commission financière du conseil d'administration),
- que tous les flux soient clairement identifiés,
- que les « emprunts » d'une section à l'autre donnent lieu à une rémunération (intérêts créditeurs ou débiteurs) au moins symbolique.

La gestion des recettes fiscales exige qu'une convention soit passée, et strictement respectée, entre la caisse et la direction du budget et des affaires financières (DBAF), en lien avec direction des services fiscaux (DSF NC), prévoyant notamment : la désignation d'un interlocuteur de chacune des deux parties, la production par la DBAF à date certaine d'une analyse prévisionnelle des rendements de chacune des recettes affectées et de ses mises à jour régulières ; la production d'un calendrier prévisionnel des versements effectués par la DBAF à la caisse en flux distincts selon les recettes ; un système d'annonces des versements¹⁷.

La section 1 du fonds NC solidarité *Participation au financement de régimes de protection sociale*, mobilisée en 2018 à la seule fin de l'équilibre du RUAMM, devrait *dans l'avenir* pouvoir fonctionner comme *un fonds de régulation conjoncturelle de la protection sociale*.¹⁸ Lorsque l'économie calédonienne retrouvera les taux de croissance élevés antérieurs à 2012, il serait en effet vertueux de mobiliser une partie des recettes supplémentaires des impôts et taxes affectés à la Caisse pour doter un fonds qui permettra de faire face aux ralentissements de croissance futurs sans déstabiliser profondément les équilibres de la protection sociale comme cela a été le cas depuis 2011. Mais il y aura lieu d'abord de doter correctement la *Sous-section 2 - financement des infrastructures* du Fonds NC santé, en assurant un amortissement complet des immeubles du Médipôle alors qu'ils ne le sont à ce jour qu'à hauteur de 20%.

Il est également recommandé de changer à l'occasion de la réforme du statut de la caisse l'acronyme qui la désigne tout en gardant ce dernier terme. L'acronyme de CAFAT - *Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie*- est d'ailleurs obsolète depuis très longtemps, au vu de l'élargissement judiciaire du rôle de l'organisme pour conserver une caisse unique, étalé sur plusieurs décennies (à commencer par le régime de base de la retraite...). Un acronyme parlant serait CPS-NC, *Caisse de protection sociale de Nouvelle-Calédonie* à moins de désigner l'organisme plus directement : *Protection sociale calédonienne, La Sécu calédonienne...*

¹⁷ Rien de tel n'existe à ce jour entre la DSF et l'ASS-NC qui n'a d'ailleurs que la direction du budget comme interlocuteur. La qualité des relations personnelles entretenues entre agents qui pallie en partie cette situation ne peut fonder une gestion rigoureuse.

¹⁸ Ce qui constitue une démarche distincte de celle conduisant à constituer des réserves prudentielles pour certains régimes cf. 2.1.

3-2 Modifier la gouvernance de la caisse

Avec 11 représentants des salariés du privé ou du public désignés par les syndicats représentatifs, 8 membres des organisations professionnelles désignées par ces organisations représentatives et 2 membres désignés par le gouvernement de la NC et 1 par le Haut-commissaire de la République, le conseil d'administration de la CAFAT a une composition originale, qui n'est pas strictement paritaire comme l'est par exemple celle de l'instance de gestion de l'ARRCO-AGIRC.

La CAFAT s'est vu logiquement confier en 2002 la gestion du RUAMM qui a été substitué au régime professionnel de l'assurance maladie ainsi que de 2005 à 2009¹⁹ à d'autres régimes ou dispositifs de solidarités qui ont eu pour conséquence de quasi universaliser le bénéfice d'une partie des prestations sociales à l'ensemble de la population de la Nouvelle-Calédonie. Pourtant aucune conséquence n'en a été tirée s'agissant de la gouvernance de l'organisme.

Il est recommandé de faire évoluer cette gouvernance à l'adaptant aux champs de couverture des divers régimes et dispositifs gérés par la caisse constituant les sept sections du *Fonds caisse protection sociale*, et donc de doter la caisse d'un conseil d'administration à géométrie variable.

Ainsi :

- lorsqu'il statuerait sur des questions relatives aux régimes ou branches de salariés, soit l'assurance-chômage, les accidents du travail et maladies professionnelles et la retraite de base²⁰, le conseil le ferait dans un 1^{er} collège composé des représentants du secteur privé et assurant l'égalité de voix entre syndicats représentatifs et organisations patronales représentatives ;
- lorsqu'il statuerait sur des questions relatives aux régimes et dispositifs assurant la couverture de la totalité ou quasi-totalité de la population (RUAMM, prestations familiales/ allocations familiales de solidarité, solidarité vieillesse et régime handicap et perte d'autonomie), le conseil le ferait au sein d'un 2^{ème} collège représentant la totalité des calédoniens, en associant les membres du 1^{er} collège, les représentants des agents et employeurs publics, ainsi que des personnes qualifiées représentant les autres actifs et les inactifs.
- le 2^{ème} collège serait aussi appelé à statuer sur tous les sujets communs (gestion...).

Ce schéma consolide la responsabilité première des partenaires sociaux quant à la gestion et à l'éventuelle réforme des régimes ou branche *professionnels*. En contrepartie, cette responsabilité doit être effectivement assumée dans les temps qu'exige l'état des dits régimes ou branches. Il apparaît donc opportun qu'un calendrier soit fixé à la négociation des partenaires sociaux après qu'un constat partagé ait été fait avec le gouvernement de NC de la nécessité d'une réforme. Au-delà d'un délai raisonnable, le Gouvernement de NC se devrait de prendre directement ses responsabilités dans un calendrier également fixé. Ce qui se passe s'agissant de la préparation de la réforme du régime de retraite de base, ouverte en ... 2014, soit le report, décidé le 12 avril dernier,

¹⁹ Allocations familiales de solidarité (2005), complément retraite solidarité (2006), compensation de 100% des minima retraite (2008), régime handicap et dépendances (2009).

²⁰ Il existe déjà une *commission chômage* associant deux représentants des salariés et deux représentants des employeurs (article 56 Délibération n°280 du 19.12.2001 modifiée). Par contre, c'est en dehors de la CAFAT qu'a été créée par les partenaires sociaux, une *commission paritaire retraites* pour préparer une réforme du régime de base.

de six mois de l'arrêt par la *commission paritaire* de son projet, en illustre bien la nécessité alors que le régime devient déficitaire en cette année 2018.

Il faut également reconsidérer le dispositif des commissions du conseil d'administration, tel que fixé par l'article 56 de la Délibération n°280 du 19.12.2001 modifiée et qui n'est pas tout à fait adapté, en dotant le conseil d'administration :

-d'une *commission de législation et des études* pouvant recevoir délégation du conseil,

-d'une *commission financière* chargée en premier lieu de suivre tous les mois ou deux mois au plus la gestion de la trésorerie. La production d'un simple tableau de format A3 remis sur la table du CA n'est pas du tout à la hauteur de la grave crise de trésorerie que suscite en premier lieu le déficit du RUAMM, dont les dettes, et l'allongement des délais fournisseurs qu'elle impose aux entreprises, impacte de plus en plus l'économie calédonienne et est susceptible d'entraver l'activité des organismes de soins (fourniture de médicaments et de dispositifs médicaux),

- d'une *commission de suivi de la COG*, à réunir deux fois par an (cf. 3-6).

Le conseil d'administration devrait aussi achever ses travaux conduisant à se doter d'un règlement intérieur.

Par ailleurs, pour répondre au problème de recrutement des administrateurs, serait ouverte *la possibilité* pour un syndicat ou une organisation patronale de désigner un nombre d'administrateurs inférieur à celui des voix dont disposerait ladite organisation ou syndicat mais en nombre suffisant pour assurer une présence à chaque conseil.

Enfin, une attention renouvelée doit être apportée sur la formation des administrateurs. Très peu d'entre eux sont en mesure d'itérer sur tous les sujets que soulève la gestion d'un organisme aussi généraliste que l'est la caisse de protection sociale. Des modules de formation existent le cas échéant au sein de leurs organisations nationales ou sont proposées par les organismes nationaux de formation de la protection sociale. Il faut les mobiliser et les adapter à la situation de la Nouvelle-Calédonie.

3-3 Revoir le rôle de la caisse

Le rôle de la caisse doit être modifié au regard du nouveau schéma d'organisation de la fonction régulation portée par les recommandations de la mission et notamment de la création d'une Autorité indépendante compétente en ce domaine (cf. 7).

Six fonctions assurées actuellement par la caisse doivent ainsi être transférées à *l'Autorité Indépendante de Régulation du système de santé et de l'assurance-maladie*, soit :

- la fixation des tarifs des structures d'hospitalisation privées,
- la fixation des tarifs des structures médico-sociales,
- la fixation des tarifs des prestations des professionnels de santé,
- la négociation des conventions avec les professions de santé,
- la gestion de l'implémentation des professionnels de santé (conventionnement individuel),
- les tarifs des Evasan.

Par ailleurs, il est recommandé de créer *un processus consultatif obligatoire du conseil d'administration* sur tous les projets de lois de pays et d'actes réglementaires (délibérations du Congrès et actes du Gouvernement) touchant l'activité de la caisse. Ces projets de textes seraient accompagnés d'exposés des motifs explicites et de tableaux comparatifs des textes avant et après la réforme. Le processus très récent d'élaboration d'un projet de loi de pays et d'un projet de délibération du Congrès relatifs à la gestion commune de trésorerie des différentes branches et régimes de la CAFAT, évoqué plus haut, est la parfaite illustration de la nécessité d'une telle réforme.

La caisse devrait être enfin membre du *Comité de pilotage du RUAMM* (cf. 5-2).

3-4 Réformer le contrôle médical

Sous l'axe stratégique n°3 *Assurer la pérennité du système de santé* du Plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! », il est prévu, dans les objectifs et leviers opérationnels n°3.2 (*Harmoniser les modalités de financement entre les acteurs hospitaliers public et privé en s'appuyant sur la contractualisation*), d'«étendre et renforcer le contrôle médical (mener une réflexion sur ses missions et positionnement)».

Un contrôle médical unifié (CMU) en a effet été confié à la CAFAT depuis 1997, reposant sur deux principes fondamentaux²¹ : l'indépendance *technique* des praticiens conseils et l'organisation d'un contrôle médical unifiée sur toute la Nouvelle-Calédonie. Si le contrôle médical concerne en premier lieu l'activité assurance maladie de la caisse, les trois Provinces attendent également des prestations de service du CMU dans le cadre de leur gestion de l'aide médicale. Le financement du CMU est partagé entre la caisse et la NC sur la base d'une convention.

Depuis 2006, avec chaque fois beaucoup de retard, le Congrès arrête le programme annuel de travail du CMU sur proposition du directeur de la caisse et approuve le rapport annuel d'activité qui lui est présenté par le médecin chef du CMU.

Le Gouvernement de la NC et les trois Provinces ne sont pas satisfaits du fonctionnement du dispositif. Les Provinces sud et nord ont d'ailleurs mis en œuvre très récemment d'autres moyens de contrôle. Le Gouvernement de la NC a demandé à la Caisse nationale de l'assurance maladie métropolitaine (CNAM) d'en faire une évaluation, dans un contexte où le fort déficit du RUAMM exige plus que jamais que les dépenses de l'assurance maladie soient pertinentes et justes et que la fraude soit découragée et réprimée.

Un rapport contenant des analyses débouchant sur 16 préconisations claires, précises et fortes, notamment s'agissant de son champ d'intervention (mise en place d'un plan de contrôle des arrêts maladie...) et de ses méthodes de travail (dématérialiser, éliminer les tâches sans valeur ajoutée, passer d'un contrôle exhaustif à un contrôle ciblé, s'assurer de suites immédiates du contrôle ...) a été rendu suite à la mission de deux médecins-conseils experts intervenue en novembre 2017.

La mission partage les vues du rapport notamment sur deux sujets entrant directement dans son champ d'intervention : les effectifs et l'organisation.

²¹ Principes formulés dans la délibération modifiée 214/CP du 15 octobre 2017.

En l'absence de toute donnée actuellement exploitable sur le temps consommé par les praticiens et les agents dans leurs différentes activités, le rapport estime impossible de se positionner de manière concrète sur l'adéquation des moyens aux missions dévolues au service mais fait très justement observer que le CMU mobilise 50 ETP, dont 13 ETP médecins conseil, soit le double de l'effectif cible du régime général métropolitain pour un territoire de population comparable.

Le sujet n'est donc pas celui des moyens humains du CMU mais de la pertinence de ses domaines d'intervention et de ses méthodes de travail.

Le rapport estime ensuite, d'une part, qu'il est pertinent en termes d'efficience, d'équité de traitement des assurés et d'harmonisation des pratiques, de maintenir un contrôle médical unifié et qu'il convient de prolonger la dynamique d'amélioration engagée (depuis la fin de 2016) pour restaurer un véritable climat de confiance et reconstruire un partenariat constructif entre la CMU et les trois provinces (préconisation 2) et, d'autre part, qu'il est nécessaire, pour accroître l'efficacité du CMU, de renforcer son positionnement stratégique au sein de la caisse (notamment enrichir la future COG d'objectifs spécifiques au CMU, notamment en matière de gestion du risque, et en cohérence avec les objectifs de la caisse).

Le sujet n'est pas celui du positionnement administratif du contrôle médical : pour être le plus efficace, il doit être placé au plus près et agir en articulation avec la direction de la branche santé de la caisse, tout en se plaçant en situation de *prestataires de service* vis à vis des trois Provinces. Le sujet est celui de son pilotage.

Il est recommandé que le rapport soit partagé avec tous les acteurs concernés, et qu'il en soit tiré toutes les conséquences dans le cadre d'un *plan d'action* à préparer et à mettre en oeuvre par la caisse sous le contrôle de la DASS et de l'Autorité indépendante de régulation. Cela doit être l'occasion de revisiter le mode de fixation et le contenu du programme de travail, lequel, comme le suggère le rapport (Préconisation 1), doit être avant tout pluriannuel.

Ce plan d'action deviendrait par la suite partie de la future COG de la caisse tout en donnant lieu à un suivi spécifique associant les trois Provinces.

3-5 Mettre en œuvre les recommandations des missions ACOSS relatives au recouvrement et à la trésorerie

A la demande du Gouvernement de NC, deux missions portant sur des domaines d'action de la CAFAT ont été conduites par deux experts de la caisse nationale du réseau de recouvrement du prélèvement social de la métropole, l'ACOSS. Les deux experts ont souligné la qualité des échanges avec la caisse et avec la DASS-NC qui ont notamment nourri leur travail.

Le rapport portant sur le recouvrement des cotisations, rendu à l'issue d'une mission réalisée en octobre 2016, a formulé 12 recommandations touchant les différents volets de cette action en soulignant notamment la faiblesse de la politique de recouvrement amiable et forcé et celle encore plus marquée du contrôle des obligations déclaratives des cotisants, politiques pourtant des plus fondamentales pour asseoir un système de protection sociale crédible, équitable et durable.

Le rapport sur la gestion de la trésorerie, faisant suite à une mission intervenue en mars 2017, a formulé lui aussi des recommandations rassemblées en six groupes d'actions touchant notamment la

recherche d'une remontée plus rapide des cotisations, la clarification des flux échangés avec les pouvoirs publics, la nécessité de revisiter l'individualisation de la trésorerie des branches et le rôle des réserves, **le besoin d'un suivi et d'une prévision précis et transparents**, celui de faire évoluer les relations bancaires. Tous sujets de nature à améliorer très sensiblement la gestion financière de la protection sociale et à asseoir également cette dernière de manière crédible sur le long terme.

Ces deux rapports doivent être présentés et discutés en détail devant le Conseil d'administration de la caisse et traduits sans tarder *en plans d'actions*, appelés dans un deuxième temps à faire partie de la nouvelle COG.

3-6 Réactiver le dispositif de Convention d'objectifs et de gestion (COG)

La loi de pays n°2001-016 du 11 janvier 2011 *modifiée* prévoit, en ses articles Lp 125 à Lp 128, que le gouvernement *conclut* avec la CAFAT des COG successives.

Initiative très louable, la mise en place de COG dans le domaine de la protection sociale a été toutefois faite sans mesurer les exigences d'un tel exercice.

Ainsi, la 1^{ère} COG 2008-2011 n'a consisté qu'en un catalogue d'actions, sans véritables orientations stratégiques, proposé par la caisse et peu discuté par la DASS. Il faut toutefois souligner que le contenu d'une 1^{ère} COG n'est jamais satisfaisant.

La réelle difficulté est qu'il n'y a pas eu de 2^{ème} COG. La caisse a bien commencé à préparer un projet couvrant les années 2012-2016, mais la DASS n'a pas eu les moyens d'en soutenir la négociation. Le projet n'est pas resté totalement lettre morte puisqu'il a été partiellement utilisé par la seule caisse dans le cadre d'un *projet d'entreprise*.

Aucun processus n'est actuellement engagé pour négocier une nouvelle COG alors que la caisse a entamé celui conduisant à se doter d'un nouveau projet d'entreprise. L'action au quotidien de la caisse se déroule ainsi dans tous les domaines sans cadre défini avec sa tutelle hors bien sûr les règles juridiques applicables.

Innovation majeure, la COG est un instrument aussi fondamental qu'indispensable au pilotage des politiques publiques dans les pays modernes.

La Nouvelle-Calédonie doit se mettre en ordre de marche pour mettre en œuvre une nouvelle COG à compter de 2019.

Une COG pour jouer son rôle de manière crédible doit contenir :

- la stratégie pluriannuelle de la caisse, dont le 1^{er} axe doit être la relation avec l'utilisateur du service public, assuré ou cotisant ;
- les principales actions menées pour mettre en œuvre cette stratégie : il ne s'agit pas de constituer un catalogue, mais d'opérer un choix d'actions significatives marquant les évolutions attendues de chacun des domaines d'activité de la caisse ;
- les indicateurs de résultats et de suivi attachés à ces actions : une douzaine pour chaque catégorie, qui seront autant de leviers de progrès de gestion de la caisse ;

- les engagements d'accompagnement de la tutelle pour la mise en œuvre de la convention, soit des engagements peu nombreux mais crédibles : adoptions de textes et actions de soutien pour la mise en place de réformes et de mesures significatives de gestion ;
- le cadrage des moyens humains et financiers de la caisse dans la période conventionnelle : un pilotage par la masse salariale et non par les effectifs serait le mieux s'agissant des dépenses de personnel.

La COG doit être accompagnée d'un *schéma directeur des systèmes d'information* (SDSI) et d'un *schéma directeur des ressources humaines* (SDRH) couvrant la même période que celle de la convention.

La COG de la CAFAT doit couvrir son activité propre de caisse de sécurité sociale et la gestion de dispositifs qu'elle réalise pour le compte de la NC.

La production d'une COG doit se dérouler en quatre phases :

- analyse détaillée de situation de la caisse et élaboration de propositions de contenu pour une nouvelle convention, le tout par un intervenant *extérieur aux parties à la négociation*²² ;
- adoption d'une délibération du Congrès fixant les orientations stratégiques de la nouvelle convention (comme le prévoit l'article Lp.125), soit un document court et dense de trois ou quatre pages, établi sur la base d'un projet préparé par la Caisse et la DASS ;
- présentation par la Caisse d'un projet de convention et négociation sur cette base avec la DASS et une participation de l'Autorité indépendante de régulation dans son champ de compétence ;
- signature de la convention, après délibération du conseil d'administration, par le président et le directeur de la Caisse et par le président du gouvernement de NC.

Au vu des exigences de moyens d'une telle production, une durée de 5 ans devrait être donnée à la convention²³.

La mise au point par la Caisse en parallèle d'un *projet d'entreprise* peut-être pertinente. Il est certain qu'une COG réussie est celle qui a donné lieu, lors de la mise au point de son projet, à un processus d'appropriation par le personnel. Cela doit être un temps fort de la vie de la caisse mobilisant un nombre significatif d'agents et associant par ailleurs les administrateurs sous forme de séminaire(s) du CA. D'autre part, la COG ne saurait, comme il a été dit, être un catalogue de toutes les actions à mener par la caisse, nombre d'entre elles ne relevant pas d'ailleurs de la démarche conventionnelle avec la tutelle. En toute hypothèse, la COG doit être aussi un outil de pilotage interne de l'organisme.

Le suivi de la mise en œuvre de la convention doit aussi crédibiliser l'instrument. Un comité stratégique interne à la caisse doit piloter cette mise en œuvre très régulièrement. Il doit faire le point sur les engagements conventionnels de la caisse, sur la base du partage de tableaux de bord

²² Ce travail a été récemment fait sur trois domaines d'action de la caisse : le recouvrement et la trésorerie (rapport des missions ACOSS d'octobre 2016 et de mars 2017) et le contrôle médical (rapport de la mission CNAMTS de novembre 2017) cf. le 3-3-5 ci-dessus.

²³ L'article Lp.128 prévoit une durée de 3 à 5 ans.

très précis des mesures, des moyens et des indicateurs, tableaux mis à jour très régulièrement. Il doit arrêter les plans d'action nécessaires et en suivre le bon déroulé. Un suivi détaillé et documenté de la mise en oeuvre doit être assuré par le conseil d'administration une ou deux fois par an, en commission ou en formation plénière. Enfin, un rendez-vous annuel entre la direction et la tutelle doit avoir lieu pour un bilan détaillé, documents à l'appui.

Enfin, la Mission ne se prononce pas sur le niveau précis des effectifs de la caisse et sur leur répartition. Ce que devra faire le responsable de l'analyse détaillée de la situation de la caisse sus-évoquée. Elle note qu'un audit vient d'être réalisé à la demande de son conseil d'administration afin de déterminer la méthodologie de définition des coûts/taux de gestion pertinents. Elle observe néanmoins qu'au vu du caractère généraliste des domaines d'intervention de la caisse, du fait que des actions indispensables ne sont que peu ou pas menées notamment dans les domaines du recouvrement et de la gestion financière, mais aussi du faible taux de dématérialisation et de modernisation de la gestion de certaines tâches, un effectif de 643 ETP, dont 580 CDI, pour gérer la plus grande part de la protection sociale de 280 000 habitants n'apparaît pas *a priori* très surdimensionné.

4 - Une Commission des comptes de la protection sociale à créer

Il est recommandé de créer une instance, la *Commission des comptes de la protection sociale*. La Commission analyserait les comptes de chacun des régimes et dispositifs gérés par la caisse de protection sociale. Elle *prendrait connaissance* des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi et ceux du régime de retraite des agents publics de NC, ainsi que d'un état des « mouvements » des deux fonds NC Santé et Solidarité.

La commission se réunirait deux fois par an *à des dates fixes*, en juin et en octobre. Il s'agirait de se pencher, en juin, sur les dépenses et les recettes de l'exercice précédent qui est clos et sur les prévisions de recettes et de dépenses de l'année en cours après plusieurs mois de réalisations, et, en octobre, sur les prévisions revues concernant l'année en cours et, pour l'année suivante, sur les prévisions de recettes et de dépenses *tendanciell*es (avant intervention de toutes nouvelles mesures).

Une telle commission devrait disposer d'un secrétaire général, soit une personne qualifiée qui supervise la confection du rapport présenté lors de chaque réunion de la commission et fait appel à cette fin aux services de la DASS. Il assumerait données et analyses du rapport et assurerait sa présentation devant la commission. Le secrétaire général serait désigné par le président de la Chambre territoriale des comptes. Il serait aussi membre de *l'Autorité indépendante de régulation*.

La commission ne présenterait pas d'enjeu en termes de vote : c'est l'instance de partage des données de la protection sociale.

Elle serait placée sous la présidence du président du Gouvernement et comprendrait une trentaine de membres : X membres du Congrès ; un représentant de chacune des organisations professionnelles représentatives (3) et des organisations syndicales représentatives (6), un représentant de la Fédération des fonctionnaires ; le président et le vice-président du conseil d'administration et le directeur de la caisse de protection sociale ; le président du conseil

d'administration de la Caisse des agents publics ; le ou les représentant(s) locaux d'organismes de complémentaires santé ; les représentants des établissements de soins : CHGB (président et directeur) CHN (directeur) CHS (directeur) et clinique privée Nou-Magnin (président et directeur) ; des représentants de la fédération des professionnels libéraux de la santé, du conseil de l'ordre des médecins, des syndicats des professions de santé ; X personnalités qualifiées au titre de leurs compétences particulières.

Y assisteraient aussi le DASS, le chef de service de la protection sociale, le responsable de son pôle santé publique et le directeur/trice de l'ISEE.

5 - Un Objectif calédonien d'évolution des dépenses maladie à élaborer

Sous l'axe stratégique n°3 *Assurer la pérennité du système de santé* du Plan de santé calédonien « Do Kamo, Etre épanoui ! », il est prévu, dans les Objectifs et leviers opérationnels n°3.4 *Responsabiliser les acteurs*, de « redéfinir les objectifs annuels de dépense (public, privé et libéraux) ».

Dans ce cadre, de premiers travaux *prometteurs* ont été menés en 2017 par la DASS avec la CAFAT (direction et CA) pour créer un *Objectif calédonien d'évolution des dépenses d'assurance maladie* (OCEAM) s'inspirant de *Objectif national de dépenses d'assurance maladie* (ONDAM) fixé tous les ans dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Il s'agit de créer un *objectif* de dépenses et non un budget de *crédits limitatifs*.

Il y a lieu de le conclure très rapidement et de se mettre en ordre de marche pour doter la NC de cet instrument dans les meilleurs délais.

5-1 Les conditions de la mise en œuvre de l'OCEAM

La création *indispensable* de ce nouvel outil de pilotage des dépenses a toutefois des exigences fortes dont il importe de bien mesurer les contours afin de définir un calendrier réaliste de mise en place.

La mise en place de l'OCEAM formule en effet huit exigences (prérequis, dispositions ou actions d'accompagnement) :

1° il faut que le périmètre de l'OCEAM²⁴ soit clair, argumenté, stable et formalisé dans un texte comme le doit être sa nécessaire décomposition en sous-objectifs²⁵ ;

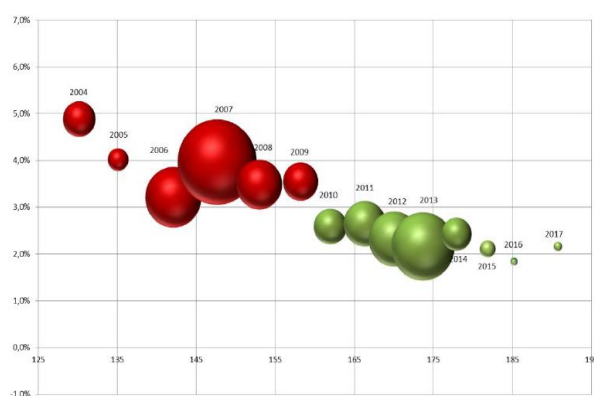
²⁴ Il est ainsi envisagé un OCEAM *couvrant* l'essentiel des dépenses du RUAMM. En seraient en effet logiquement exclues les prestations du régime au fait générateur peu maîtrisable que sont les indemnités journalières maladie et maternité, les pensions d'invalidité et les allocations en cas de décès, ainsi que les dépenses de prévention dont le cadre est posé par des textes réglementaires. L'OCEAM ne concernerait pas non plus les dépenses des aides médicales des trois Provinces.

L'objectif serait donc *assigné* à la Caisse et aux acteurs de santé, mais devrait l'être aussi, selon la Mission, à l'*Autorité indépendante de régulation*.

²⁵ Il est envisagé 3 sous-objectifs : *soins de ville* ; *soins en établissements* ; *soins hors territoire liées ou non à une Evasan*. Le sous-objectif *soins de ville* intégrerait les prestations des professionnels libéraux, dont les honoraires des praticiens des cliniques, les transports, les dialyses, les centres médicaux sociaux (dispensaires, centres de soins de la caisse, centres mutualistes). Le sous-objectif *soins en établissements* intégrerait les dépenses hospitalières publiques et privées et les soins en établissements médico-sociaux pour personnes handicapées et personnes âgées. Selon la mission un quatrième sous-objectif devrait être créé : *actions de prévention, de promotion de la santé et de santé publique*.

2° L'OCEAM ne peut fonctionner que si les données détaillées des dépenses de l'assurance maladie/RUAMM qu'il recouvre sont produites à une périodicité régulière, aux dates préalablement fixées permettant son pilotage serré et d'une qualité la moins contestable possible ;

3° il faut que le taux de l'OCEAM devienne rapidement crédible. Cela n'a pas été le cas en Métropole. Mis en place en 1997, l'ONDAM n'a acquis sa totale crédibilité que récemment. Comme le montre le graphique ci-après, jusqu'en 2009 il n'était pas respecté, de 2010 à 2014 il a été sensiblement sous-exécuté, depuis 2015, il est devenu tout à fait crédible, son respect étant très proche de l'objectif fixé. A cet effet, la mise en œuvre de mécanisme de réserve permettant de geler puis de dégeler des « crédits » en fonction des perspectives d'atterrissage des comptes en fin d'exercice ont joué un grand rôle. L'OCEAM doit être crédibilisé au plus tard dans les 3/4 ans suivant sa création.



Source / CCSS sept 2017

4° L'OCEAM et ses sous-objectifs doivent être systématiquement accompagnés des mesures précises touchant les dépenses pendant la même période : économies et éventuelles dépenses nouvelles. Le choix et le détail des économies, les calendriers *techniques* de leur mise en œuvre, leurs rendements attendus et la fiabilité de leurs estimations sont fondamentaux ;

5° L'OCEAM et ses sous-objectifs et leurs conditions de réalisation doivent être publiquement documentés : ils doivent donner lieu chaque année à la production d'un document explicatif détaillé de type annexe 7 du PLFSS dans une formulation aménagée et allégée au moins dans un premier temps²⁶ ;

6° L'OCEAM doit être piloté : un *comité de pilotage du RUAMM* au sein de l'Autorité indépendante de régulation doit être installé au plus tard l'automne précédent la création de l'objectif *cf. ci-après* ;

7° Le pilotage de l'OCEAM doit être impérativement aidé par un regard extérieur formalisé aussi dans une simple instance : c'est le rôle du *comité d'alerte* distinct du *comité de pilotage du RUAMM* qui doit être installé à l'automne qui précède la création de l'objectif qui *cf. ci-après* ;

8° L'OCEAM ne doit pas être considéré comme le seul levier d'ajustement de l'équilibre du RUAMM : l'objectif est là pour peser sur la dynamique spontanée des dépenses de santé – leur hausse dite *tendancielle* – et ramener celles-ci à un niveau acceptable. Il faut également que la NC se dote d'une *politique de recettes* qui s'inscrive dans une vision à moyen/long terme du régime : prise en compte

²⁶ Une annexe en trois parties : exécution, périmètre et construction de l'ONDAM ; ONDAM et besoins de santé publique (avec un focus sur les dépenses de prévention) ; l'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge.

des besoins de santé et évolution de la couverture du régime ; dynamique des recettes par rapport à celle des dépenses ; qualité de la gestion des recettes (recouvrement amiable et forcé, lutte contre le travail dissimulé, récupération des indus de prestations et des sommes fraudées).²⁷

L'OCEAM et ses sous-objectifs de l'année N+1 devraient être fixés chaque année par une délibération du Congrès²⁸ sur la base d'une proposition du Gouvernement instruite par l'*Autorité indépendante de régulation*. La proposition serait arrêtée au terme d'un processus de concertation avec tous les acteurs concernés conduit par le *Comité de pilotage du RUAMM*. Le *Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses maladie* donnerait un avis sur la proposition cf. *infra* avant qu'elle ne soit présentée au Congrès *au plus tard* le 10 octobre. L'adoption de la Délibération par le Congrès devrait intervenir *tous les ans à une date certaine, soit au plus tard* le 10 novembre, en amont du vote par les organismes de soins de leur budget initial pour l'année suivante.

La déclinaison des sous-objectifs soins de ville et soins en établissement (enveloppes), devrait intervenir *au plus tard* dans les 8 jours suivant l'adoption de la Délibération. Cette déclinaison serait de la compétence de l'*Autorité indépendante de régulation*.

5-2 La création d'un *Comité de pilotage du RUAMM* et d'un *Comité d'alerte des dépenses maladie*

Le *comité de pilotage du RUAMM* devra être présidé par un membre de l'*Autorité Indépendante de Régulation* et être composé de représentants de la DASS et des services de la Caisse de protection sociale.

Réuni mensuellement, son rôle sera :

- de préparer la proposition d'OCEAM pour l'année suivante en conduisant le processus de concertation nécessaire ;
- de suivre, sur la base de données statistiques mensuelles, les dépenses encadrées par l'OCEAM de l'année en court dans le détail des sous-objectifs et de leurs déclinaisons en enveloppes, ainsi que les dépenses du RUAMM hors OCEAM et de l'évolution des recettes du régime;
- de piloter très précisément la mise en oeuvre des mesures d'économie et d'éventuelles nouvelles dépenses sur la base de tableaux de bords mis en jour en permanence ;
- de proposer les mesures correctrices en cas d'alerte lancée par le *Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses maladie*.

Le *Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses maladie* sera composé de trois membres : le secrétaire général de la commission des comptes de la protection sociale,²⁹ le directeur/trice de l'ISEE et une personnalité qualifiée dans le domaine de la santé ou assurance maladie. Il sera chargé d'alerter le Congrès, le Gouvernement et la caisse de protection sociale en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'OCEAM adopté par le Congrès.

²⁷ C'est en métropole tout le sens des LFSS, dont l'ONDAM fait partie, de porter à la fois recettes et dépenses ainsi que leurs perspectives sur quatre ans.

²⁸ A ce jour, la seule intervention annuelle du Congrès en matière de dépenses maladie consiste en l'adoption d'une délibération fixant le taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières pour l'année suivante.

²⁹ Ce qui serait compatible avec celle de membre de l'*Autorité indépendante de régulation*.

Le *Comité d'alerte* interviendra chaque année à trois reprises :

-au plus tard le 15 avril, il rendra un avis public dans lequel il analysera les anticipations de réalisation de l'OCEAM *de l'année précédente* en se fondant sur les données disponibles. Il en déduira les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours ;

- au plus tard le 1er juin, il rendra un avis sur le respect de l'OCEAM *pour l'exercice en cours*. Il analysera notamment l'impact des mesures d'économie et des éventuelles nouvelles dépenses et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analysera les conditions d'exécution de l'OCEAM pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours. Lorsque le comité considérera qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'OCEAM avec une ampleur supérieure à un seuil ne pouvant excéder 1 %, il le notifiera au Congrès, au Gouvernement, à la caisse et au *Comité de pilotage du RUAMM* qui proposera des mesures de redressement. Le comité d'alerte donnera un avis sur l'impact financier de ces mesures ;

- au plus tard le 15 octobre, il rendra un avis dans lequel il contrôlera les éléments ayant permis l'élaboration de l'OCEAM envisagé pour l'année à venir et présentera ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses. Cet avis portera également sur le respect de l'OCEAM de l'année en cours.

6 - Une collecte et un traitement des données d'assurance maladie et de santé à crédibiliser

Une urgence technique conditionne l'évolution qualitative du système de protection sociale et de santé, celle de doter la Nouvelle-Calédonie d'un système d'information en protection sociale et santé.

Pour la bonne mise en œuvre des responsabilités et des missions de la caisse de protection sociale, gestionnaire du RUAMM, de l'*Autorité Indépendante de Régulation*, des services du Gouvernement en charge des politiques de santé publique et des établissements de santé plusieurs types d'informations sont nécessaires :

- Les informations qui concernent les personnes et leur santé, les actes dont elles bénéficient, les praticiens qui les accompagnent. Ces informations qui sont de nature à constituer *le dossier du patient* permettent de garder en mémoire toutes les informations utiles pour un praticien à un moment où il doit prescrire des médicaments ou des examens, poser un diagnostic, recommander une orientation. Un dossier patient correctement documenté évite des actes redondants et constitue un élément qualitatif dans la construction du parcours de soins ainsi qu'une base d'informations partagées pour les équipes, de plus en plus pluridisciplinaires, qui accompagnent le patient ;
 - Les informations qui concernent les actes des professionnels de santé et les activités des établissements. Ces informations permettent les opérations de tarification et sont la base de tout contrôle, médical ou gestionnaire, efficient.
- En outre, la transmission électronique des données est, pour les patients, mais aussi les professionnels et les établissements de santé, une garantie de diminution des charges

administratives de gestion ainsi qu'un moyen de sécurisation et de réduction des délais de paiement comme l'atteste, par exemple, la mise en place de la Carte Vitale et du tiers payant en Métropole.

- Les données épidémiologiques qui permettent de connaître l'état de santé d'une population et de bâtir, par exemple, des stratégies de prévention, de promotion de la santé ou d'éducation en santé pour des catégories ou des groupes plus particulièrement exposés à tel ou tel risque. Les données épidémiologiques sont particulièrement nécessaires quand l'on veut mener des politiques de réduction des inégalités et agir sur les déterminants de la santé, ce qui est notamment l'ambition du plan Do Kamo.

En 1999, la Métropole s'est dotée d'une base de données nationale (le SNIIRAM)³⁰ dont les objectifs sont de contribuer à une meilleure gestion de l'Assurance Maladie et des politiques de santé, d'améliorer la qualité des soins et de transmettre aux professionnels de santé les informations pertinentes sur leurs activités.

L'amélioration de la qualité des soins est obtenue notamment par :

- la comparaison des pratiques aux référentiels, aux accords de bons usages ou aux contrats de bonnes pratiques,
- l'évaluation des comportements de consommation de soins,
- l'analyse des caractéristiques et des déterminants de la qualité des soins.

L'amélioration de la gestion de l'assurance maladie est obtenue par :

- la connaissance de ses dépenses,
- l'évaluation des transferts, nécessaires et possibles, entre enveloppes correspondant aux objectifs sectoriels de dépenses fixés en fonction de l'Objectif National des dépenses de l'assurance maladie (cf. en 3.5 la création d'un OCEAM et de ses sous objectifs),
- l'analyse quantitative des déterminants de l'offre de soins et la mesure de leurs impacts sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

L'amélioration des politiques de santé est rendue possible par :

- l'identification des parcours de soins des patients,
- le suivi et l'évaluation de l'état de santé des patients et les conséquences sur la consommation de soins,
- l'analyse de la couverture sociale des patients,
- la surveillance de la consommation de soins en fonction de différents indicateurs de santé publique ou de risque.

Enfin, la transmission d'informations pertinentes aux professionnels de santé et aux prestataires de soins porte sur leur activité, leurs recettes et leurs prescriptions.

L'engagement de la Nouvelle-Calédonie sur la voie de la construction d'un système d'information à la hauteur de ses ambitions s'agissant de ses systèmes de protection sociale et de santé (mise en œuvre du plan Do Kamo, en premier lieu) suppose trois décisions préalables :

³⁰ SNIIRAM : Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie.

- doter chaque calédonien, de la naissance à la mort, d'un numéro unique d'identification de protection sociale qui lui garantira la prise en compte de ses droits et son suivi, tout au long de la vie, par l'ensemble des régimes dont il sera bénéficiaire ;
- initier l'élaboration du cahier des charges du futur système d'information de protection sociale et de santé calédonien. Pour cela, la Nouvelle-Calédonie devra utilement s'appuyer sur l'expérience de la CNAM, de la DREES au ministère de la santé et des sociétés de conseil travaillant au développement et à la maintenance du SIIRNAM ;
- installer un comité de pilotage et un groupe de projet rassemblant les acteurs locaux pour la définition du cahier des charges et faisant appel à des compétences extérieures spécialisées pour assurer la maîtrise d'œuvre.

Comme le démontre l'expérience de l'ISEE et sa difficulté de travailler sans qu'il puisse s'appuyer sur des règles de droit prévoyant la transmission obligatoire ou l'accès aux données, un cadre législatif sera nécessaire pour mettre en place le système d'information recommandé dont la propriété doit être celle de la NC.

7 - Une Autorité Indépendante de Régulation (A.I.R) du système de santé et d'assurance maladie à instituer

Comme cela a été souligné plus haut, la fonction de régulation du système de santé et d'assurance maladie est actuellement dispersée entre plusieurs acteurs et ne permet pas de garantir au Congrès et au Gouvernement la bonne mise en œuvre de sa politique et la maîtrise des dépenses.

L'objectif poursuivi par la création d'une *Autorité Indépendante de Régulation* est double :

- doter les acteurs de santé d'un partenaire unique pour ce qui concerne la définition et la programmation des objectifs prioritaires de santé et le financement de leurs activités ;
- doter le Congrès et le Gouvernement d'un organisme unique, indépendant des acteurs, qui garantira la mise en œuvre des politiques publiques à court, moyen et long terme ainsi que le respect des moyens financiers alloués à la santé.

Ce nouvel organisme devra avoir le statut d'une autorité administrative indépendante conformément à la loi organique n°99-209 du 19 mars 1999 (modifiée par la loi organique n° 2016-507 du 25 avril 2016 relative au statut des autorités administratives indépendantes créées par la Nouvelle-Calédonie).

Ayant plusieurs missions à exercer, elle présente trois intérêts majeurs du point de vue de la gouvernance et du pilotage du système de protection sociale et de santé.

Elle aura des outils et des capacités à sa disposition.

7-1 Les missions de l'Autorité Indépendante de Régulation.

Les deux principales missions de l'A.I.R sont :

- d'être le garant auprès du Congrès, du Gouvernement, des partenaires sociaux, des acteurs de santé et de la population calédonienne de la qualité de gestion et de

- l'efficacité des services de l'assurance maladie et de santé ; c'est **la fonction de régulation qualitative des services de santé et des régimes de protection sociale** ;
- d'être le garant auprès du Congrès et du Gouvernement de la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et de santé, du respect de l'OCEAM ; c'est **la fonction de régulation financière**.

7-2 Gouvernance du système de santé et d'assurance maladie : les trois intérêts de l'A.I.R.

La création de l'A.I.R revêt trois intérêts pour la bonne gouvernance du système de santé et d'assurance maladie.

Tout d'abord, l'A.I.R sera **le régulateur unique** du système d'assurance maladie et de santé. La fonction de régulation consiste, pour l'essentiel, à garantir la qualité des services et la maîtrise des dépenses. Avec la gouvernance actuelle, ces fonctions sont assurées par un nombre important d'acteurs rendant illisible le fonctionnement et les prises de décision.

Les acteurs, nombreux, assurant aujourd'hui cette fonction de régulation sont le Congrès, la DASS, la CAFAT, l'ASS-NC, les trois Provinces pour les compétences sociales qui sont les leurs.

Ensuite, l'A.I.R sera **l'interlocuteur légitime et privilégié de tous les acteurs de santé et du gestionnaire de l'assurance maladie** pour tous les enjeux de gestion (organisation, équilibre des comptes), de qualité (respect des référentiels, évaluation) et de financement (tarifs, dotation de fonctionnement, investissements).

Elle sera le lieu de négociation, de construction des accords et des consensus. Elle garantira la transparence des informations et des données ainsi que l'objectivation des enjeux et des contraintes qui pèsent sur l'assurance maladie et la santé.

Enfin, l'A.I.R qui aura **la responsabilité des décisions courantes liées à sa fonction de régulation** (allocations de ressources, autorisations administratives, contrôles et évaluations) déchargera le gouvernement de ces contraintes et des situations de crise auxquelles il est soumis aujourd'hui, avec l'organisation actuelle. Elle lui permettra de se consacrer à ses missions essentielles qui sont politiques et stratégiques. Bien sûr, l'A.I.R situera son action dans le strict respect du cadre législatif et budgétaire arrêté par le Congrès et le Gouvernement. Elle en sera le garant.

Les deux crises récentes de 2018, gérées, in fine, par le Gouvernement, que sont les difficultés du RUAMM et les tensions sociales liées à la construction de la nouvelle clinique de l'île Nou-Magnin³¹ sont le symptôme d'une absence de pilotage coordonné et de régulations préalables qui auraient pourtant dû caractériser ces deux dossiers.

7-3 Les prérogatives et les moyens de l'A.I.R.

C'est, bien sûr, à la loi calédonienne qu'il appartiendra de définir formellement et de préciser les moyens et les prérogatives de l'A.I.R. Néanmoins l'A.I.R devra disposer, a minima, des pouvoirs de régulation dévolus à toute autorité de régulation en matière de santé et d'assurance maladie, à savoir :

³¹ La clinique de l'île Nou-Magnin est le regroupement des trois anciennes cliniques Magnin, Baie des citrons et clinique de l'Anse Vata.

- l'autorisation de création et de fonctionnement des établissements sanitaires et médico-sociaux.
- l'allocation des ressources des établissements soumis à autorisation, quel que soit la nature des financements : prix de journée, dotation globale, subvention (financement du fonctionnement et des investissements des établissements publics de santé). La capacité d'allouer les ressources des établissements est complétée par l'approbation des budgets et des comptes de ces établissements ainsi que de l'autorisation préalable de souscrire des emprunts au-delà d'un certain montant et d'une certaine durée.
- la détermination des tarifs opposables des activités et des actes de toutes les professions de santé soumises à de telles réglementations.
- la détermination des prix des produits de santé (médicaments, produits sanguins etc...) dont la liste sera établie par la législation calédonienne.
- la capacité à contractualiser avec les acteurs de santé. Cette capacité doit pouvoir se traduire par des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) avec les établissements de santé et par des conventions avec les professions de santé. Ces contrats et conventions opposables sont des outils à caractère pluriannuel qui permettent de donner de la visibilité aux politiques publiques en fixant des objectifs de santé quantitatifs et qualitatifs assortis d'objectifs de maîtrise des dépenses.

La nature même du contrat et de la convention a pour objectif de transformer les politiques de santé et de l'assurance maladie en politiques contractuelles, chacun des acteurs engageant sa responsabilité sur des objectifs de santé et financiers en contrepartie de l'assurance de bénéficier de ressources sur du moyen terme en fonction de la durée du contrat ou de la convention (trois, quatre ou cinq ans, le plus souvent).

- l'évaluation et le contrôle des établissements de santé.

Pour ces deux missions, l'A.I.R tout en gardant la maîtrise de la décision d'évaluation ou de contrôle peut s'appuyer sur des organismes extérieurs partenaires avec lesquels elle va contractualiser.

Pour l'évaluation, la Haute Autorité de Santé (HAS) qui a déjà effectué des missions en 2014 sur le Centre hospitalier Gaston Bourret peut continuer à être un partenaire naturel.

Pour ce qui concerne les missions de contrôle, un service d'Inspection-Contrôle doit être placé à la disposition des autorités calédoniennes. Ce service pourrait être intégré au sein de l'A.I.R et effectuer directement les missions de contrôle tout en étant d'ailleurs un outil de conseil auprès des organismes de santé et de protection sociale gestionnaires pour l'organisation et la bonne mise en œuvre de leur propre contrôle interne.

- la nomination du directeur de la caisse de protection sociale et des directeurs des principaux établissements de santé, dont la liste ainsi que les conditions formelles de sélection des candidats et de recrutement seront arrêtées par le Congrès³². Selon les standards contemporains, leurs mandats doivent être à durée déterminée (5 ans renouvelable une fois par exemple) et assortis d'une lettre annuelle fixant leurs objectifs dont le respect conditionne l'obtention d'une part variable de leurs rémunérations.

³² Ce qui nécessite la modification des articles 132 et 134 de la loi organique du 19 mars 1999 modifiée.

7-4 La composition et l'indépendance de l'A.I.R.

L'A.I.R sera composée d'un collège décisionnaire de trois membres (un/une président(e), un membre ayant des connaissances en assurance maladie et un membre ayant des connaissances en santé) et d'une dizaine de collaborateurs de haut niveau.

Son/sa président(e) sera l'ordonnateur principal de l'Autorité. Il en choisira et nommera les collaborateurs, le pilotage de ses moyens humains se faisant par le niveau de la masse salariale.

L'A.I.R sera une autorité indépendante utile pour coordonner les opérateurs et pour concilier les objectifs d'efficacité économique et de mise en œuvre des politiques publiques de santé et d'assurance maladie.

La nécessité de garantir à la fois l'impartialité de l'action publique et la sécurité des parties prenantes rend nécessaire la réelle indépendance de l'A.I.R.

Cette indépendance sera garantie organiquement par le mode de nomination de ses membres défini par la loi et fonctionnellement par leur absence de soumission au pouvoir hiérarchique ou au pouvoir politique, ainsi que par le mode collégial de la prise de décision de l'Autorité.

Mais l'A.I.R agira dans un cadre défini par le Congrès, lequel :

- définit par la loi son champ de compétence et son périmètre d'intervention,
- désigne son/sa président(e) et les membres de son collège,
- fixe les règles applicables en matière d'assurance maladie et de santé dont l'AIR se doit d'assurer le respect :
 - la stratégie à long terme dans le domaine de la santé (Do kamo) et les autres plans stratégiques dont la mission appelle la Nouvelle-Calédonie à se doter cf. 3.1.2,
 - la législation et la réglementation applicable à la protection sociale et à la santé,
 - l'Objectif calédonien annuel d'évolution des dépenses maladie.

L'AIR fera un compte rendu régulier de son activité au Congrès et lui adressera un bilan annuel d'activité détaillé.

L'A.I.R sera également placée sous le contrôle de la Cour des Comptes³³ et sous celui des tribunaux qui pourront connaître de ses décisions.

8 - Une offre de soins et de services de santé à adapter.

Le Médipôle de Koutio-Dumbéa a été la réponse hospitalière à un besoin de modernisation des services hospitaliers publics de la Nouvelle-Calédonie qui souffraient d'une forte dispersion et d'une grande vétusté.

³³ Et non de la Chambre territoriale des comptes comme le prévoit pour les autorités indépendantes l'article 27-1 de la loi organique sus-évoquée.

L'opération a été l'occasion de rassembler sur un ensemble de 90000 m²³⁴ autour des services hospitaliers du CHGB (528 lits et places, plus de 2000 agents dont 1760 ETPR³⁵ non-médicaux et 250 médecins et chirurgiens) ouverts en janvier 2017³⁶ :

- un centre de radiothérapie à statut privé (SARL) dont le plateau technique performant permet les soins à une file active de 380 patients, début 2018 ;
- un Centre de soins de suite et de réadaptation (CSSR) de 100 places qui a été autorisé et ouvert simultanément à la création du Médipôle ;
- l'institut pasteur (centre de recherche sur les maladies endémiques) ;
- un logipôle rassemblant les services logistiques du Médipôle (pharmacie centrale, blanchisserie, stockage, confection des repas etc...).

8-1 Le Centre Hospitalier Gaston Bourret est l'acteur central de l'offre de soins de la NC.

Résultat d'un investissement de 58 Mds FP et doté d'un budget de fonctionnement de près de 30 Mds FP³⁷, le Centre Hospitalier Gaston Bourret constitue en raison de son plateau technique, de ses personnels médicaux et hospitaliers et de ses moyens budgétaires le pôle de référence en MCO (médecine-Chirurgie-Obstétrique) de la Nouvelle-Calédonie.

Du point de vue de la qualité des pratiques médicales il convient de souligner qu'en avril 2016 le CHGB a fait l'objet d'une certification V2010 avec recommandations par la HAS (Haute Autorité de Santé).

Toutefois, l'offre hospitalière de la Nouvelle-Calédonie va être complétée, fin 2018, dans la Province nord, par l'ouverture du nouveau centre hospitalier, CHN de Koné, résultat d'une opération de regroupement et de modernisation de services vétustes et dispersés.

Le coût d'investissement est de 7,7 Mds FP ; le coût de fonctionnement approchera les 3 Mds FP. L'activité se déploiera autour de 140 lits et places dont 28 places de moyen séjour et 14 places de SSR (Soins de suite et de réadaptation).

Enfin, en septembre 2018, l'offre de soins sera également complétée par l'aboutissement, sur Nouméa, du regroupement sur 24 000 m², de trois cliniques privées qui représenteront 245 lits et places, un CSSR de 50 lits, un équipement de scintigraphie/pet-scan, un service d'urgence 24/24h avec 6 lits-portes.

8-2 Le CHGB doit faire évoluer ses services d'une position « hospitalo-centrée » vers une participation à un dispositif de prise en charge plus globale et coordonnée du patient.

En l'espace de deux ans, la modernisation indispensable de l'offre de soins en MCO et en SSR, sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie aura coûté de l'ordre de 80 Mds FP dont 66 Mds FP d'investissement public. L'amortissement de ces investissements impacte les budgets de

³⁴ Il s'agit de la plus importante opération de BTP de la N-C contemporaine.

³⁵ ETPR : équivalents temps plein rémunérés.

³⁶ Le CHGB réalise 40 000 hospitalisations/an, 58 000 consultations et enregistre 60 000 passages aux urgences. Il s'appuie sur une halle opératoire (orthopédie), sur 8 blocs opératoires, 6 salles d'accouchement, une IRM et deux scanners.

³⁷ Le budget de fonctionnement du CHGB représente près de 3% du PIB de NC. *Source* : chambre régionale des comptes.

fonctionnement des établissements concernés. Pour le CHGB, par exemple, l'impact sur le budget est de +15% soit plus de 4 Mds FP par an.

Ces efforts ont permis de porter l'offre de soins de la Nouvelle-Calédonie à un niveau qualitatif incontestable mais ils obligent, aujourd'hui, à poser les enjeux des dix prochaines années et à y apporter des réponses en termes de pilotage et d'organisation du système de soins :

- la modernisation simultanée des deux centres hospitaliers de Nouméa et de Koné et la construction/modernisation d'une offre privée conséquente sur Nouméa pose notamment la question de la surcapacité globale hospitalière et des risques de diminution mécanique de l'activité du CHGB. Ce risque est accentué par l'évolution des pratiques médicales et chirurgicales dont la tendance est d'intervenir de plus en plus en ambulatoire et de recourir de moins en moins à l'hospitalisation. De plus, quand celle-ci reste nécessaire, les durées de séjour diminuent.

Cette situation oblige à redéfinir, dans les meilleurs délais, la carte sanitaire de la Nouvelle-Calédonie afin de fixer les objectifs d'évolution de l'offre de santé, et pas seulement de soins, en tenant compte des nombreux paramètres qui vont intervenir : évolution des besoins des populations (prévention, promotion et éducation en santé), construction des parcours de soins et travail de plus en plus interdisciplinaire, évolution des pratiques vers l'ambulatoire, nouveaux services de l'e.santé, concurrence entre opérateurs etc.

Cette mission devra être confiée à l'A.I.R.

- le décloisonnement des acteurs de santé et le déploiement d'un système d'informations permettant la connaissance des actes réalisés et la transmission du dossier médical des patients sont les conditions indispensables pour la bonne construction des parcours de soins, pour éviter les répétitions d'actes et pour maîtriser les coûts.

Ce « vaste mouvement » en faveur du « travailler ensemble et en complémentarité » ne pourra être conduit efficacement que par une autorité de régulation dont la légitimité sera forte, celle d'une Autorité indépendante (l'A.I.R.).

De même il sera nécessaire d'actualiser les nomenclatures en remplaçant au plus vite la *Nomenclature générale des actes professionnels* (NGAP) par la *Classification commune des actes médicaux* (CCAM).

- la réussite du mouvement de réforme exposé ci-dessus suppose que l'ensemble des acteurs et opérateurs se mobilisent sur les objectifs de santé dont le cadre général (quantitatif, qualitatif et financier) sera fixé par le Congrès et le Gouvernement. Un outil juridique doit être privilégié pour porter ces évolutions : le contrat.

L'utilisation des CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) doit être généralisée entre l'autorité indépendante de régulation, les services du gouvernement (la DASS) et les acteurs et opérateurs de santé afin de piloter les évolutions sur la base d'une règle du jeu partagée, d'objectifs clairement énoncés et d'engagements pluriannuels sur les moyens alloués.

8-3 Le pilotage et le fonctionnement du CHGB doivent être revus en profondeur.

Le pilotage du CHGB souffre de deux déficits qui sont d'ailleurs reconnus et exprimés par l'équipe de direction :

➤ **un déficit de pilotage.**

L'absence de CPOM négocié avec les pouvoirs publics, constitue pour un établissement de cette envergure, un manque de repères et de stratégie qui empêche l'équipe de direction, de ce fait en manque de légitimité, de conduire en interne et avec les médecins les réformes et réorganisations nécessaires.

De même, et pour les mêmes raisons, l'ouverture du CHGB vers les acteurs de santé extérieurs (médecine de ville, CSSR, cliniques privées, autres établissements de soins, services médico-sociaux) est pénalisée par l'absence de légitimité et donc d'autorité que donne un CPOM.

➤ **un déficit d'autorité.**

Une direction d'établissement hospitalier, pour être pertinente et efficiente, doit disposer de la pleine capacité de recruter les collaborateurs de son choix au sein de l'équipe de direction et doit disposer d'une capacité à donner un avis pour le recrutement des praticiens hospitaliers.

Bien sûr, cette capacité exécutive doit être encadrée par des processus qui garantissent l'objectivité des recrutements et qui en permettent le contrôle.

Par ailleurs le fonctionnement des services de soins hospitaliers est trop cloisonné.

L'organisation du fonctionnement médical du CHGB s'appuie sur les services qui en sont les unités de base mais qui n'entretiennent pas de relations permanentes, organisées entre eux.

A ce jour, la réorganisation en pôle n'a pas été possible, alors qu'elle est mise en place, en métropole, depuis de nombreuses années et qu'elle ne fait plus débat au sein de la communauté médicale hospitalière.

Dans ces conditions, le patient est pénalisé par une prise en compte de sa situation qui n'est pas pluridisciplinaire et qui n'est pas suffisamment coordonnée.

De même, ces situations sont souvent génératrices de surcoûts : redondance d'examens, prolongements des séjours.

9 Une Direction des affaires sanitaires et sociales NC à renforcer.

La réforme conséquente qui est proposée interroge la capacité à la mettre en œuvre dans un temps raisonnable.

Compte tenu des recommandations faites ci-dessus dont la responsabilité de la mise en œuvre relève du Gouvernement, les services de ce dernier devront se renforcer et en particulier la DASS.

Enfin, les politiques de prévention, de promotion de la santé et d'éducation en santé qui constituent le socle des politiques de santé publique relèvent de stratégies de long terme et d'une vision d'ensemble de la société calédonienne et de son avenir. Le pilotage et la bonne mise en œuvre de ces politiques doivent donc être assurés par les services du Gouvernement et directement sous sa responsabilité.

9-1 Le renforcement des services de la DASS en conséquence de la mise en œuvre de la réforme recommandée.

Compte tenu des recommandations du présent rapport, de leur nature, de leur importance et de leur nombre, le gouvernement devra pouvoir s'appuyer pour leur mise en œuvre sur des services renforcés avec la possibilité, pour ces derniers, de recourir à des soutiens et des compétences extérieures.

Certes la création de *l'Autorité Indépendante de Régulation* aura pour effet, quand celle-ci sera effectivement en place, de décharger la DASS de certaines de ses activités actuelles, notamment la détermination des tarifs des structures hospitalières publiques et l'autorisation d'activités des établissements sanitaires et sociaux. Cette décharge d'activité ne sera effective qu'à terme et pendant la période intermédiaire les missions anciennes se cumuleront avec les nouvelles responsabilités.

La charge de travail supplémentaire consistera :

- à mettre en œuvre la réforme de l'organisation, de la gouvernance, du pilotage et de la régulation du système de protection sociale et de santé avec comme première conséquence la préparation et la production importante de textes nouveaux ;
- à piloter la mise au point des plans stratégiques dont la mission appelle la Nouvelle-Calédonie à se doter cf. 1-2 ;
- à produire, en lien avec *l'Autorité Indépendante de Régulation*, le document annuel présentant la politique de protection sociale et de santé pour l'année suivante (cf. 1) ;
- à préparer en collaboration étroite avec *l'Autorité Indépendante de Régulation* l'OCEAM et ses sous objectifs (cf. 5) ;
- à contrôler la mise en œuvre du plan d'actions portant réforme du contrôle médical unifié (cf. 3-4) ;
- à conduire, tous les cinq ans, en lien avec *l'Autorité Indépendante de Régulation*, la négociation de la Convention d'objectifs et de gestion (COG) de la caisse de protection sociale (cf. 3-6);
- à préparer les projets de rapports de la *Commission des comptes de la protection sociale* pour le secrétaire général et à assister aux deux séances annuelles de la Commission (cf. 4);
- à assurer la préparation et participer aux travaux du *comité de pilotage du RUAMM* -réunions mensuelles - (cf. 5-2).

9-2 Une nouvelle mission pour la DASS : la conduite des politiques de santé publique.

Le plan stratégique Do Kamo qui pose notamment les bases de ce que souhaite la Nouvelle-Calédonie pour la santé des populations sur le long terme suppose une action vigoureuse et

volontariste en matière de santé publique pour réduire, en particulier, les maladies chroniques et les pathologies cardio-vasculaires en agissant durablement sur les comportements.

Mais le plan Do Kamo vise aussi à réduire les inégalités face à la santé en agissant sur les déterminants de la santé.

La bonne mise en œuvre de ces stratégies passe par une action publique de long terme qui va s'appuyer sur les trois piliers que sont : la prévention, la promotion de la santé et l'éducation en santé.

Compte tenu de l'importance structurante de ces politiques de santé publique sur la santé des populations et de leur impact majeur sur les dépenses futures de santé, il appartient au gouvernement de s'assurer d'un pilotage de proximité de ces politiques par une direction placée directement sous son autorité hiérarchique : la DASS.

La conduite des politiques de santé publique recouvrera les missions suivantes actuellement dévolues, en partie, à l'ASS-NC :

- doter le Gouvernement, les Provinces, l'A.I.R, les acteurs de la protection sociale et de la santé d'une meilleure capacité d'observation, d'expertise et d'évaluation de leurs actions et de leur environnement.
A cette fin, la DASS devra étroitement participer aux travaux de conception et de préparation du système d'information en santé et en protection sociale visée au 3.6 ci-dessus.
Elle utilisera l'appareil statistique et organisera la collecte, l'exploitation et la diffusion des données dans les domaines sanitaire et social.
Elle gèrera le fonds documentaire de prévention et de promotion de la santé ainsi que les données de santé et d'épidémiologie concernant la population de Nouvelle-Calédonie.
Elle effectuera les travaux de synthèse, réalisera des études et des projections et assurera la diffusion des résultats.
- fédérer et coordonner sur le plan territorial l'action des Provinces et de l'ensemble des acteurs de santé sur les objectifs prioritaires de santé publique arrêtés par le Congrès et le Gouvernement.
- concevoir, piloter et mettre en œuvre les programmes de santé et de prévention, dans la continuité, dans un premier temps, des programmes actuels conduits par l'ASS-NC et, en déclinaison de la stratégie Do Kamo, dans un second temps.

Pour exercer ces nouvelles missions et gérer les outils mis à sa disposition, il sera créé au sein de la DASS un service dédié à la politique de santé publique qui se verra transférer les moyens humains (une cinquantaine de collaborateurs) et financiers actuellement dévolus à l'ASS-NC pour les programmes de prévention (0,950Md en 2018), les études statistiques, les baromètres.

L'évolution ci-dessus des missions de la DASS et le renforcement des moyens qui en est une des conséquences donne à la DASS le caractère et le profil d'une *administration centrale* dont la première caractéristique est de ne pas exercer d'activité de gestion.

Le fait qu'elle assume à ce jour une fonction de Maison pour les Personnes Handicapées (MPH) pour les Provinces Nord et îles est un problème de principe mais aussi de moyens.

Dans le cadre de la nouvelle organisation, il conviendra d'apporter une réponse appropriée à cette situation en transférant des activités de MPH à une autre structure gestionnaire.

10 Une démocratie sanitaire à développer.

Les questions de santé animent très régulièrement des débats au sein de la société calédonienne et font souvent l'objet de couvertures par les médias. La modernisation du Médipôle et du centre hospitalier Nord, le regroupement des trois cliniques de Nouméa et leur reconstruction sur un site unique mais aussi les efforts qualitatifs de plateaux techniques et hospitaliers consentis dans les dispensaires représentent désormais un acquis voulu par les responsables politiques et apprécié par tous les calédoniens.

Pour l'avenir et le moyen terme l'enjeu est désormais celui de l'adaptation et de l'évolution de ces plateaux techniques et hôteliers aux besoins des populations et aux pratiques des professionnels de santé.

Les calédoniens doivent, dès lors, continuer d'être associés aux organisations et aux processus de décisions décrits ci-dessus qui vont présider à l'évolution de l'offre de santé de la Nouvelle-Calédonie.

Cette volonté de démocratie sanitaire pourrait se traduire par la création au niveau de chacune des Provinces d'une *Conférence provinciale de santé*, lieu d'information, d'échanges et de propositions, qui se réunirait au moins trois fois par an et dont les attributions seraient les suivantes :

- rendre un avis sur les projets de plans et schémas, de moyen et long terme concernant ou ayant un impact sur la santé, proposés par le gouvernement ;
- rendre un avis préalable aux décisions d'autorisation qui relèveront de l'Autorité indépendante de Régulation (AIR) et qui impacteront la province concernée ;
- traiter les questions de santé dont elle pourrait s'autosaisir et faire des propositions aux autorités sanitaires compétentes (Congrès, Gouvernement, Provinces, AIR ...) ;
- entendre tous les ans le rapport d'activités de l'AIR.

Le secrétariat des *Conférences provinciales de santé* pourrait être assuré par chacune des provinces considérées.

La composition des *Conférences provinciales de Santé* devrait pouvoir associer des établissements et des professionnels de santé, des représentants des associations de patients, de personnes handicapées, de personnes âgées, de personnes fragiles, de représentants du Conseil Economique Social et Environnemental de NC (CESE-NC), de personnes qualifiées.

11 - Une Agence Sanitaire et Sociale- NC à supprimer

L'ensemble des recommandations qui figurent dans les chapitres ci-dessus transfèrent les quatre missions actuelles de l'ASS-NC et les ressources qui y sont affectées à d'autres organismes ou administrations existant déjà ainsi qu'à un organisme dont la création est recommandée.

La mission de soutien financier aux investissements sanitaires et hospitaliers³⁸ sera transférée à l'A.I.R qui désormais prendra les arrêtés d'attribution des crédits de fonctionnement et d'investissement aux établissements de soins. Elle mouvementera pour ce faire les crédits d'une section dédiée du Fonds NC Santé de la caisse de protection sociale réformée (cf. 3-1 et 7-3).

La mission de soutien financier aux comptes sociaux de la NC sera exercée par le Gouvernement qui mouvementera une sous-section dédiée du Fonds NC de solidarité de la caisse de protection sociale réformée. Elle sera réduite dans son ampleur en raison des recettes qui seront directement affectées à différents régimes gérés par la caisse (cf. 2-2 et 3-1).

La mission de conduite des actions de prévention, de promotion et d'éducation en santé sera transférée à la DASS, en plus grande proximité du gouvernement, en raison du caractère interministériel, stratégique et de long terme de ces actions dont la mise en œuvre participera, notamment, à la bonne déclinaison du plan Do Kamo (cf. 9-2).

La mission d'observatoire de la santé, de conduite d'études et de gestion de baromètres de santé est également transférée à la DASS qui a désormais la responsabilité d'ensemble sur les statistiques et les données de santé dans la perspective de la réforme globale du système d'information en santé et protection sociale (cf. 9-2).

³⁸ En 2016, le soutien aux investissements s'est exercé en faveur du Médipôle (remboursement d'une dernière tranche de travaux) et du pôle hospitalier de Koné (financement de tranches de travaux). Les reversements de TSS ont bénéficié également aux établissements d'intérêt territoriaux (logipôle, clinique Nou-Magnin, pôle hospitalier de Koné).

Annexe n°1 - Les lignes de force du constat de la mission.

1-1. Au terme d'une série de 41 séquences d'entretien, ayant concerné près de 100 personnes, qu'elle a réalisée entre les 19 et 29 février 2018, et de l'analyse de la documentation mise à disposition, la mission formule un constat.

Les éléments de ce constat figurant ci-dessous ont été très largement partagés par les personnes rencontrées. Ils sont énoncés de façon rapide et nourrissent des analyses plus substantielles qui figurent dans la partie 3.

Ses lignes de force sont les suivantes :

- **Les acteurs manifestent une crise de confiance marquée dans le système actuel** d'organisation, de gouvernance, de pilotage et de régulation de la protection sociale et de la santé. Toutefois, un consensus assez large existe sur les principaux fondements de cette crise de confiance, et le souhait général est celui d'une réforme ambitieuse.
- **La vision stratégique de la protection sociale et de la santé de la Nouvelle-Calédonie à moyen-long terme est incomplète et peu porteuse de décisions.** Si elle existe depuis 2016 dans le domaine de la santé, elle est encore trop partielle s'agissant notamment du secteur médico-social et de la protection sociale. Les décisions de court terme prennent trop souvent le pas sur les orientations stratégiques.
- **L'organisation du système de protection sociale et de santé démontre de nombreuses faiblesses.** Le nombre d'acteurs est trop élevé tant dans le domaine de la protection sociale que dans celui de l'organisation de la santé. Leurs rôles ne sont pas suffisamment caractérisés et articulés au regard des fonctions de pilotage et de régulation. Plusieurs directeurs d'organismes sont « empêchés » de remplir pleinement leurs fonctions. En particulier, la gouvernance de la CAFAT n'est pas adéquate.
- **Les processus de décisions ne sont pas adaptés aux enjeux.** Ils ne sont pas toujours lisibles et prévisibles. Ils sont instables dans l'organisation de l'indispensable dialogue social. Leur calendrier n'est pas toujours adapté et respecté. Ainsi nombre de décisions ne sont pas prises dans des délais compatibles avec une bonne gestion (*10 mois de vacance du poste de directeur de la CAFAT ; taux directeurs des dépenses hospitalières 2018 arrêté seulement mi-décembre 2017 ; conditions financières de fonctionnement de la nouvelle Clinique non complètement déterminées à quelques mois de son ouverture*).
- **Les sujets concernant le financement de la protection sociale** (la compensation des allègements de cotisations mis en place dans le cadre de la politique de l'emploi ; l'affectation de recettes fiscales à la protection sociale ; le niveau de financement des régimes) **font l'objet de polémiques récurrentes faute de principes et de règles partagés. Cette situation perturbe le processus de prise de décision notamment sur la gestion des régimes déficitaires.** Plus largement, le financement de la protection sociale n'est pas assez lisible et prévisible et il est mal positionné pour une partie de sa gestion (rôle de l'Agence sanitaire et sociale de Nouvelle-Calédonie - ASS-NC).

- **Le pilotage dénote des grandes insuffisances** : il n'y a pas de conventionnement de la Nouvelle-Calédonie avec les organismes majeurs (convention d'objectifs et de gestion pour la CAFAT et contractualisation pluriannuelle sur des objectifs et des moyens avec les établissements de soins, en premier lieu avec le CHGB).
- **La fonction de régulation des acteurs de la santé est trop faible alors que l'offre de soins est désormais diversifiée, abondante, de haut niveau et coûteuse.** La régulation est dispersée sans rationalité entre de nombreux acteurs (Congrès, Gouvernement, Provinces, DASS, Comité d'organisation sanitaire et sociale, CAFAT) et mal organisée. Elle est incomplète, peu outillée (absence d'objectif de maîtrise des dépenses de santé) et peu opérationnelle.
- **La fonction de contrôle est très faible** : celle permettant d'assurer la justesse de la dépense, celle conduisant à lutter contre la fraude et celle assurant la lutte contre le travail dissimulé.
- **Les moyens de l'administration de la Nouvelle-Calédonie sont insuffisants** pour les deux secteurs protection sociale et santé. Le champ social est sous-administré au regard des très forts enjeux sociaux, politiques, financiers et économiques qu'il porte.
- **Des compétences techniques existent mais elles ne sont pas toujours suffisamment et efficacement mobilisées faute d'un pilotage adéquat.** C'est le cas notamment au sein de la CAFAT s'agissant du recouvrement, de la trésorerie et du contrôle médical unifié.
- **La disponibilité des données est trop faible pour asseoir solidement un processus de décision.** Les systèmes d'information (CAFAT, CHGB...) ne sont pas assez performants et surtout ne sont pas interopérables. Le dispositif de cotation des actes médicaux est daté. Il manque des données chiffrées robustes, non contestables, couvrant la totalité de l'activité, disponibles à bonne date, et *partagées* entre tous les acteurs *en amont* de la prise de décisions.
- **L'évaluation des politiques publiques et de leur mise en œuvre est très insuffisante tant dans le domaine de la protection sociale que celui de la santé.**

I-2. La plupart des situations recensées ci-dessus ont, en effet, été déjà rencontrées dans d'autres économies développées ces quarante dernières années. Des solutions ont pu y être trouvées. Ces situations ne sont donc en rien extraordinaires.

Ce qui singularise la Nouvelle-Calédonie c'est de devoir y faire face, en même temps, au terme de près 20 ans d'autonomie complète dans les domaines de la protection sociale et de la santé.

C'est une forte contrainte que de devoir résoudre en même temps et vite un grand nombre de problèmes. C'est aussi une grande chance. Une double chance :

- celle de pouvoir repenser globalement les organisations et de donner une nouvelle cohérence et une nouvelle impulsion aux politiques de protection sociale et de santé,
- celle de pouvoir bénéficier, à cet effet, d'autres expériences.

Annexe n°2. Le cadre général de l'action en matière de protection sociale et de santé.

Toute proposition de réforme doit, pour être réaliste, tenir compte du cadre général dans lequel se déroule l'action de la Nouvelle-Calédonie tant en matière de protection sociale que de santé.

Ce cadre peut être posé comme suit :

- **Un territoire peu peuplé, d'une densité très variable, situé à près de 17 000 km de la Métropole**
 - la Nouvelle-Calédonie, vu son très grand éloignement et la concentration des deux tiers de ses 280 000 habitants sur le grand Nouméa, est un espace limité sans que pour autant les acteurs se parlent et dialoguent suffisamment,
 - elle est très endogame dans le recrutement de ses acteurs,
 - elle ne peut du fait de sa population réduite mobiliser toutes les compétences qui sont nécessaires à sa gestion,
 - elle est trop éloignée et trop chère dans son accès pour mobiliser systématiquement les conseils, les aides ou les interventions à hauteur des enjeux.
- **Un statut défini par la loi organique du 19 mars 1999**
 - la répartition des pouvoirs au niveau de la NC donne au Congrès, à la fois le pouvoir législatif (lois de pays) et l'essentiel du pouvoir réglementaire (délibérations),
 - la structuration du Gouvernement associe un président, assisté d'un secrétaire général, ayant seul autorité sur les services de la NC (28 directions et 28 agences) et 10 membres du gouvernement qui n'ont pas le rôle de ministres,
 - le gouvernement de *consensus* associe les principales composantes politiques de la Nouvelle-Calédonie,
 - la gestion des domaines du social et de la santé est répartie entre la NC et les trois Provinces,
 - une clef de partage des ressources fiscales est fixée entre les trois Provinces et la NC.
- **Un contexte économique et financier devenu peu favorable**
 - l'économie calédonienne connaît une phase de reprise modérée depuis 2017, après qu'une faible croissance ait succédé de 2011 à 2016 à une longue séquence de développement très soutenu portée par le marché du Nickel,
 - la protection sociale a été fort étendue pendant la phase de croissance soutenue sans toutefois que les financements à long terme qu'elle nécessite aient été complètement assurés,
 - un déficit *structurel* marque depuis 2010 le principal régime de protection sociale, le Régime unifié d'assurance maladie-maternité (RUAMM). Celui-ci atteindrait 10 Mds de FP en 2018 portant l'endettement de ce régime à près de 25 Mds en fin d'année,

- un premier déséquilibre du régime de base des retraites apparaît en 2018 ce qui va conduire à puiser pour la première fois dans ses réserves,
- des investissements très lourds dans le nécessaire renouvellement complet des établissements de soins, public et privés, aboutissent à l'ouverture de nouveaux équipements début 2017 (Médipôle de Koutio-Dumbéa) et au cours du 2^{ème} semestre de 2018 (CHN de Koné puis clinique unifiée de Nouville-Nouméa).

Liste des personnes rencontrées en Nouvelle-Calédonie du 19 au 28 février et/ou du 1^{er} au 15 mai 2018

Haut-commissariat de la République en Nouvelle-Calédonie

- **Thierry LATASTE**, haut- commissaire de la République
- **Laurent CABRERA**, secrétaire général du Haut-commissariat

Assemblée Nationale

- **Philippe GOMES**, député de NC
- **Philippe DUNOYER**, député de NC

Gouvernement de NC

- **Philippe GERMAIN**, président du gouvernement
- **Valentine EURISOUKE**, membre du gouvernement en charge du secteur de la santé, de la jeunesse et des sports, présidente du conseil d'administration de l'ASS-NC
- **Christopher GYGES**, membre du gouvernement en charge du secteur de la protection sociale, de la famille, de la solidarité et du handicap, de la protection judiciaire, de l'enfance et de la jeunesse
- **Les 11 membres du gouvernement** en formation de *Collégialité*

Congrès de NC

La commission de la santé et de la protection sociale le 28 février, la commission en formation élargie le 15 mai

- **Thierry SANTA**, Président
 - **Yoann LECOURTIEUX**, 1^{er} vice-président
- Commission de la santé et de la protection sociale*

- **Rusaemi SANMOHAMAT**, présidente
- **Jacques LALIE**, vice-président
- **Ithupane TIEOUE**, membre
- **Nicole ROBINEAU**, membre
- **Isabelle LAFLEUR**, membre
- **Dominique MOLE**, membre
- **Henriette FALELAVAKI**, membre
- **Henriette TIDJINE-HMAE**, membre

Autres membres du Congrès :

- **Nicole ANDREA-SONG**
- **Sonia BACKES**
- **Grégoire BERNUT**
- **Philippe BLAISE**
- **Gil BRIAL**
- **Louis MAPOU**
- **Pierre-Chanel TUTUGORO**

Provinces

Province sud

- **Dominique MOLE**, 3^{ème} vice-président en charge des secteurs de la santé, du social, de la jeunesse et des sports
- **Roger KERJOUAN**, secrétaire général

- **Christophe BERGERY**, secrétaire général adjoint, chargé de l'éducation, de la jeunesse et de la vie sociale
- **Arnaud FUENTES**, chargé de mission auprès du 3^{ème} vice-président
- **François MOE WAIA**, directeur des affaires sanitaires et sociales

Province Nord

- **Yannick SLAMET**, 1^{er} vice-président
- **Frédéric KAOUA**, collaborateur du cabinet politique en charge de la santé, des affaires sociales et problèmes de société
- **Thierry MAILLOT**, secrétaire général adjoint, chargé de la santé
- **Jean-Claude ATHEA**, directeur des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de société
- **David MARCON**, directeur adjoint des Affaires Sanitaires et Sociales et des Problèmes de société

Province des îles

- **Neko HNEPEUNE**, président
- **Jean-Luc DATIM**, secrétaire général p.i.
- **Thierry BOLO**, secrétaire général adjoint
- **Philippe SIO**, directeur du cabinet du président
- **Marie-Rose WAIA**, directrice de l'action communautaire et sanitaire

Chambre territoriale des comptes

- **Jean-Yves MARQUET**, président

Administration de l'Etat

- **Yves-Marie GODEFROY**, directeur des finances publiques de NC

Autorité de la concurrence

- **Aurélie ZOUDE-LEBERRE**, présidente

Cabinets des membres du gouvernement

- **Pierre GEY**, directeur du cabinet du président
- **Christel CARRAU**, conseillère du président
- **Claude GAMBEY**, directeur du cabinet de Mme EURISOUKE
- **Mareva ROBSON**, chargée de mission jeunesse, sports et santé, cabinet de Mme EURISOUKE
- **Dr Philippe BEDON**, chargé de mission économie de la santé, cabinet de Mme EURISOUKE

Administration de la NC

Secrétariat général du gouvernement

- **Alain MARC**, secrétaire général
- **Georges WAPAE**, chef de la cellule économie numérique

Direction des affaires sanitaires et sociales - DASS

- **Jean-Alain COURSE**, directeur
- **Dr Jean-Paul GRANJEON**, directeur adjoint, chef du service santé publique
- **Séverine METILLON**, cheffe du service de la protection sociale
- **Philippe RIEU**, adjoint à la cheffe du service de la protection sociale
- **Pauline AMAT**, service de la protection sociale
- **Dr Michel BELEC**, chef du service de l'inspection santé
- **Didier DARBON**, service inspection santé, tutelle et planification hospitalière
- **Valérie ALBERT-DUNAIS**, médecin-inspecteur, service inspection santé
- **Pierre FAURE**, IASS, service inspection santé, tutelle et planification hospitalière

ISEE

- **Véronique DAUDIN**, directrice
- **Véronique UJICAS**, responsable du service conjoncture et diffusion
- **Elise DESMAZURES**, responsable du service entreprises et études économiques
- **Gaëlle RABAEY**, chargée d'études au département des études économiques

Institut de formation des professions sanitaires et sociales

- **Fabienne FEDERSPIEL**, directrice p.i

Organismes sociaux

CAFAT

- **Jean-Denis BARAGLIO**, président du conseil d'administration (MEDEF)
- **Jean-Pierre KABAR**, vice-président du conseil d'administration (COGETRA)
- **Xavier BENOIST**, administrateur, ancien président du conseil d'administration (CGPME)
- **Dominique MANATE**, secrétaire du bureau du conseil d'administration (UT CFE-CGC)

- **Xavier MARTIN**, directeur général
- **Nathalie DOUSSY-APPOLODORUS**, directrice générale adjointe

- **Thierry GRANIER**, KPMG, commissaire aux comptes de la caisse

ASS-NC

- **Bernard ROUCHON**, directeur
- **Marie-Laure MESTRE**, directrice financière

Professions de santé

Conseil de l'ordre

- **Dr Paul BEJAN**, vice-président
- **Dr Bruno LALLEMAND**, médecin généraliste, conseiller
- **Dr Bob DES MOUTIS**, médecin retraité, conseiller
- **Dr Patricia MARAIS**, médecin-conseil de la CAFAT, conseillère

Fédération des professionnels libéraux de la santé

- **Patrice GAUTHIER**, co-président
- **Nicolas VOLK**, co-président
- **Dr Philippe ROUVREAU**, chirurgien orthopédiste
- **Dr Viviane DAMIENS**, médecin pathologiste
- **Dr Géraldine MELLIN-DOUCHY**, médecin généraliste
- **Audrey VILMOTT**, orthophoniste
- **Karen DE OLIVEIRA**, orthophoniste
- **Aurélie DUCANDAS**, sage-femme

Union pour la défense de la médecine libérale

- **Dr Dominique CHAZAL**, président
- **Dr Olivier MAÏZA**, vice-président

Syndicat des médecins libéraux

- **Dr Philippe BUFFET**, membre
- **Dr Alain TARDIVON**, membre

Organismes de soins

Centre hospitalier Gaston Bourret

- **Jacqueline BERNUT**, présidente du conseil d'administration
- **Dominique CHEVEAU**, directeur
- **Pascale KLOTZ**, directeur financier
- **Frédéric DOSCH**, DSI
- **Claire LAFITTE**, DST
- **Leslie LEVANT**, DRH
- **Denis AMICE**, DSE

Commission médicale de l'établissement

- **Dr Hala JENOUDT**, présidente
- **Dr Jean-Michel LEVEQUE**, vice-président
- **Dr Catherine CHARLIER**, membre
- **Dr Pascale ROUHAUD-BRUZZI**, membre
- **Dr Valérie GUILLEMIN**, membre
- **Dr Sébastien MABON**, membre

Centre de soins de suite et de réadaptation - CSSR

- **Etienne LATRASSE**, président-directeur-général
- **Didier KERANGOUAREC**, directeur-adjoint

Centre de radiothérapie de NC

- **Patrick COTTIN**, directeur général

Centre hospitalier du Nord

- **Joachim TUTUGORO**, directeur
- **Marc WETE**, directeur-adjoint

Centre hospitalier spécialisé Albert Bousquet

- **Philippe PALOMBO**, directeur

Dispensaire de WE

- **L'équipe du dispensaire**

Cliniques privées

- **Jean-Jacques MAGNIN**, président de la société d'exploitation de la Clinique Magnin
- **Dr Philippe LEGER**, président de la société Clinique de l'Ile Nou-Magnin
- **Pascale GARRIGOU**, directrice administrative et financière Clinique de l'Ile Nou-Magnin
- **Robert PEGUILHAN**, directeur général Clinique de l'Ile Nou-Magnin
- **Loic FRETARD**, directeur général d'exploitation Clinique de l'Ile Nou-Magnin

Syndicats de salariés

Union des syndicats des ouvriers et employés de Nouvelle-Calédonie (USOENC)

- **Milo POANIEWA**, secrétaire général

Union syndicale des travailleurs kanaks et des exploités (USTKE)

- **André FOREST**, président
- **Fidel MALALUA**, vice-président

Confédération générale des travailleurs (COGETRA)

- **Tony DUPRE**, secrétaire général adjoint

Confédération des Syndicats des Travailleurs de Calédonie (CSTC-FO)

- **Firmin TRUJILLO**, secrétaire général

Fédération des syndicats des fonctionnaires, agents et ouvriers de la fonction publique (FSFAOFP)

- **Joao D'ALMEIDA**, secrétaire général

Organisations patronales

MEDEF

- **Daniel OCHIDA**, président
- **Eric DURAND**, vice-président
- **Dominique LEFIEVRE**, vice-président
- **Alexandre LAFLEUR**, président de la commission de la protection sociale
- **Catherine VEHBE**, directrice
- **Sabrina GIRAUD**, chargée de la protection sociale

CGPME

- **Nicolas BIOT**, vice-président
- **Baptiste FAURE**, secrétaire général
- **Laureen DAHAN**, trésorière

U2P-NC

- **Jean-Louis LAVAL**, président

Agence française de développement/Agence régionale de NC

- **Philippe RENAULT**, directeur
- **Ambre EONO**, chargée de mission

Liste des personnes rencontrées à Paris

Ministère des Outre-mer

Direction générale des Outre-mer

- **Alexis BEVILLARD**, directeur de cabinet du directeur
- **Michaéla RUSNAC**, cheffe de bureau de la cohésion sociale, de la santé, de l'enseignement et de la culture

Mission ACOSS recouvrement CAFAT (2016) :

- **François HIEBEL**, alors chargé de mission auprès du directeur général (depuis directeur de l'URSSAF de Champagne-Ardenne)

Mission ACOSS Trésorerie CAFAT (2017) :

- **Alain GUBIAN**, directeur financier et directeur des statistiques, des études et de la prévision

Mission CNAMTS Contrôle médical unifié CAFAT (2017) :

- **Dr Béatrice RIO**, direction du réseau médical et des opérations de gestion du risque, CNAMTS
- **Dr Jean RIPOLL**, directeur adjoint de la DRSM Aquitaine

Agence française de développement

- **Emilie CONZALES**, division Santé et protection sociale

Avant et après la réforme proposée schéma général

***Recommandations de la mission d'appui conseil
au Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie
relative à l'organisation, la gouvernance,
le pilotage et la régulation
du système de protection sociale et de santé.***

Philippe CALMETTE et Jean-Louis REY, membres de l'IGAS,

