

**Anne-Marie Gavard**

*Maître de conférences*

*Université de la Nouvelle-Calédonie*

*Chercheur COMPTRASEC*

*UMR 5114, CNRS - Université Montesquieu-Bordeaux IV*

## **Mutations et influences du système de santé en Nouvelle-Calédonie**

### **Abstract**

Since the New Caledonia's executive organ has the possibility of legislating in social security's field, does this "collectivité territoriale" – a peculiar region with a measure of autonomy of the French Republic – open itself to other models? It is conventional to maintain that in each system of health a particular model of regulation corresponds. France combines the still predominant social insurance's logic and the Welfare's logic with the recent development of numerous basic income supports. Australia and New Zealand, the two big neighbouring countries of New Caledonia, get closer to national systems of health. In spite of its legislative self-government, New Caledonia has a system of health still marked by its colonial past. The social insurance's logic is actually very strong. However features exist, manifesting will to find resolutions adapted to the territory.

### **Résumé**

Depuis que l'organe exécutif de la Nouvelle-Calédonie a la possibilité d'adopter des lois dans le domaine du droit de la sécurité sociale, cette collectivité territoriale de la République française s'est-elle ouverte à d'autres modèles ? Il est classique d'affirmer qu'à chaque système de santé correspond un modèle particulier de régulation. La France combine la logique encore dominante des assurances sociales et la logique assistancielle avec le développement récent de nombreux minima sociaux. L'Australie et la Nouvelle-Zélande, les deux grands pays proches de la Nouvelle-Calédonie, se rapprochent des systèmes nationaux de santé. Malgré son autonomie législative, la Nouvelle-Calédonie a un système de santé encore marqué par son passé colonial. La conception assurantielle est en effet très forte. Pourtant des particularités existent, témoignant de la volonté de trouver des solutions adaptées au territoire.

Le système de santé de la Nouvelle-Calédonie présente une certaine originalité ; nettement plus moderne que ceux de la plupart des autres pays du Pacifique insulaire<sup>1</sup>, il reste marqué par son histoire coloniale.

La Nouvelle-Calédonie est une terre française depuis 1853<sup>2</sup>. Pensée comme une colonie de peuplement, près de 90% du sol de la Grande Terre ont été confisqués au profit des grands et petits colons. Les kanaks ont alors été cantonnés dans des réserves dès 1859<sup>3</sup>. Les terres y étaient considérées comme collectives, inaliénables, incommutables, insaisissables et incessibles<sup>4</sup>. Mais les français furent peu nombreux à faire le voyage vers une destination aussi éloignée<sup>5</sup>. C'est pourquoi, à l'instar de l'Australie, la Nouvelle-Calédonie devint une terre de bagne et le resta jusqu'en 1931. C'est seulement vers la fin du XIX<sup>e</sup> siècle que la colonisation libre remplacera totalement la colonisation pénale. Le nombre d'immigrés attirés par la possibilité de bénéficier de concessions afin d'y exploiter le coton, le sucre ou le café resta néanmoins modeste. Il fallut attendre l'émergence d'une véritable industrie minière pour que l'immigration libre puisse enfin se développer. Des mélanésiens de Nouvelles-Hébrides (l'actuel Vanuatu), des vietnamiens, des japonais, des indonésiens, des tonkinois travaillèrent ainsi dans la mine mais dans des conditions extrêmement difficiles et sans protection sociale jusqu'après la Seconde Guerre mondiale<sup>6</sup>.

---

<sup>1</sup> Le Pacifique insulaire est habituellement divisé en trois sous-régions. Au nord, la Micronésie, au sud-est, la Polynésie et à l'ouest, la Mélanésie.

<sup>2</sup> Le 24 septembre 1853, le contre-amiral Febvrier des Pointes prend possession de la Nouvelle-Calédonie au nom de l'empereur Napoléon III.

<sup>3</sup> Les Iles Loyauté étaient intégralement des territoires de réserve.

<sup>4</sup> La « réserve » dans sa conception initiale est protectrice des kanaks. Les officiers de Marine qui commandaient le territoire avaient compris l'importance de définir un droit foncier local pour éviter que les terres soient acquises par les européens sur la base de malentendus ou de tromperies. Les ressortissants des réserves étaient placés sous le régime juridique de l'indigénat. Cela signifiait qu'ils étaient soumis à la loi française mais pas considérés comme des citoyens de la République (périodes de travail obligatoire au profit de l'administration ou des colons, interdiction de circuler sans autorisation en dehors du district). Ce régime s'appliquera jusqu'en 1946.

<sup>5</sup> En 1859, 43 colons ont été identifiés en plus des militaires, des prêtres et des pasteurs, Cf. B. Brou, *Histoire de la Nouvelle-Calédonie, les temps modernes : 1774-1925*, n° 4, Publications de la société d'études historiques de la Nouvelle-Calédonie.

<sup>6</sup> D. Shineberg, *La main d'œuvre néo-hébridaise en Nouvelle-Calédonie-1865-1930*, société d'Études Historiques de la Nouvelle-Calédonie, 2003 ; Chan Dang, *Les*

Après la guerre, la Nouvelle-Calédonie devient un Territoire d'Outre-Mer et le restera jusqu'en 1999<sup>7</sup>. Depuis cette date, elle n'est plus rattachée à aucune autre catégorie juridique nommée ; il s'agit d'une Collectivité Territoriale de la République *sui generis*.

Le 26 juin 2008, la Nouvelle-Calédonie a fêté le vingtième anniversaire de la signature des accords de Matignon<sup>8</sup> ; déclaration générale, complétée par deux textes marquant un tournant dans l'histoire de la Nouvelle-Calédonie<sup>9</sup>. L'un de ces textes décrit la future organisation institutionnelle : trois provinces (Iles Loyauté, Sud et Nord), un Congrès composé de la réunion des trois Assemblées provinciales et une répartition des compétences limitant celle de l'État à certains domaines, les provinces étant compétentes pour le reste. Le projet de loi mettant en œuvre les accords de Matignon a été soumis à l'approbation du peuple français par un référendum organisé le 6 novembre 1988<sup>10</sup>. Alors que l'article 2 de la loi référendaire précisait que les populations intéressées de Nouvelle-Calédonie seraient appelées à se prononcer, en 1998, par un scrutin d'autodétermination sur le maintien du territoire dans la République ou son accession à l'indépendance, aucune consultation n'eut lieu puisqu'une nouvelle solution consensuelle a été

---

*tonkinois de Calédonie au temps colonial*, Publications de la société d'Études Historiques de la Nouvelle-Calédonie, n° 24, 1980.

<sup>7</sup> F. Garde, *Les institutions de la Nouvelle-Calédonie*, coll. Mondes océaniques, L'Harmattan, 2001.

<sup>8</sup> Ainsi que la célèbre poignée de mains entre Jean-Marie Tjibaou et Jacques Lafleur. Jean-Marie Tjibaou a été assassiné le 4 mai 1989 à Ouvéa.

<sup>9</sup> Suite aux événements qui se sont produits à Ouvéa au printemps 1988 (assassinat et prise en otage de gendarmes le 22 avril et assaut de la grotte de Gossanah le 5 mai avec 19 morts parmi les preneurs d'otage), le Premier ministre Michel Rocard décide d'envoyer sur place une mission pour écouter et renouer le dialogue (appelée « mission du dialogue social »). Cette mission était composée de personnalités représentant un courant spirituel et religieux présent en Nouvelle-Calédonie : le président de la Fédération protestante de France, le recteur de l'Institut catholique de Paris et le Grand Maître du Grand Orient de France. La mission est parvenue à convaincre les protagonistes qu'il n'y avait alors pas d'autre voie que celle de la négociation. Cette démarche a été voulue secrète car « la paix se prépare mieux dans le secret » (déclaration de Michel Rocard à Nouméa, le 27 mai 2008, lors d'une conférence sur les accords de Matignon).

<sup>10</sup> 80% de oui, mais avec un taux record d'abstention de 63%.

préférée : l'accord de Nouméa signé le 5 mai 1998<sup>11</sup>. Seize ans après l'accord de Nouméa, donc dès 2014, s'ouvrira la période de cinq ans au cours de laquelle le Congrès devra décider, à la majorité des trois cinquièmes de fixer la date de la consultation relative à l'autodétermination.

Ces innovations majeures ne doivent pas faire oublier que depuis le décret du 22 juillet 1957<sup>12</sup> l'assemblée locale (Assemblée territoriale jusqu'en 1989, puis Congrès de la Nouvelle-Calédonie) a été dotée de nombreuses attributions. Dès lors, le partage de compétences entre l'État français, la Nouvelle-Calédonie et les provinces engendre un pluralisme de sources dans un certain nombre de domaines. Le système de santé n'échappe pas à cette règle.

Les lois de l'État concernent des matières telles que les études médicales, l'obtention des diplômes de médecin, les certificats de spécialité, la responsabilité civile ou pénale des médecins. En outre, l'État conserve la compétence en matière de santé scolaire. Il s'agit d'un domaine de compétence important, l'amélioration de la prévention en milieu scolaire agissant sur la santé publique.

Les textes locaux adoptés soit par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie, soit par ses provinces sont nombreux. Il s'agit d'abord des lois du pays qui interviennent dans les matières visées par l'article 99 de la loi organique de

---

<sup>11</sup> J.Y. Faberon, *L'avenir statutaire de la Nouvelle-Calédonie*, La Documentation Française, 1997. L'accord de Nouméa (complété par la loi organique du 19 mars 1999) est composé d'un préambule et de 6 points principaux qui reconnaissent, notamment, la création d'un véritable gouvernement local, des compétences de l'État qui seront, à l'exception des seules compétences régaliennes (défense, affaires étrangères, justice, ordre public), transférées progressivement aux institutions locales et des délibérations du Congrès qui peuvent désormais acquérir un statut quasi législatif dans certains domaines. Des délibérations votées par le Congrès vont ainsi avoir le caractère de « lois du pays » et elles pourront être soumises au contrôle *a posteriori* du Conseil constitutionnel. Cf. également, C. David, *Essai sur la loi du pays calédonienne - La dualité de la source législative dans l'État unitaire*, L'Harmattan, à paraître (2008).

<sup>12</sup> Décret du 22 juillet 1957, portant institution d'un conseil de gouvernement et extension des attributions de l'assemblée territoriale en Nouvelle-Calédonie, *JORF* 23 juillet 1957, *JONC* 9-16 septembre 1957.

1999<sup>13</sup>, à savoir notamment « les principes fondamentaux (...) du droit de la sécurité sociale »<sup>14</sup>. Il s'agit ensuite des délibérations du Congrès qui, en tant qu'organe exécutif, a une compétence générale<sup>15</sup>. Aux termes de l'article 22 de la loi organique, « la Nouvelle-Calédonie est compétente dans les matières suivantes : (...) protection sociale, hygiène publique et santé, contrôle sanitaire aux frontières (...) établissements hospitaliers ». Quant aux provinces, elles sont compétentes pour la gestion de l'aide sociale et de l'aide médicale. Elles ont également des prérogatives de gestion de leurs structures de santé autres que les établissements hospitaliers ; elles ont ainsi créé leurs propres directions des affaires sanitaires et sociales. Ce partage de compétences explique que le Code de la santé publique ne soit que très partiellement applicable<sup>16</sup>. La Nouvelle-Calédonie en possède sa propre version depuis le mois de juillet 2000<sup>17</sup>.

Enfin, la Constitution de 1958 renvoie au Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 et aux « principes économiques et sociaux particulièrement nécessaires à notre temps ». Après avoir rappelé que « la Nation assure à l'individu et à sa famille les conditions nécessaires à notre temps », elle consacre le droit à la protection de la santé et celui d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence. Quant à l'application du droit communautaire en Nouvelle-Calédonie, elle obéit à des règles complexes du fait de sa situation statutaire ambiguë, mais on peut toutefois

---

<sup>13</sup> Art. 99 al. 2 « les lois du pays interviennent dans les matières suivantes correspondant aux compétences exercées par la Nouvelle-Calédonie ou à compter de la date de leur transfert par application de la présente ».

<sup>14</sup> À compter du transfert du droit civil, certaines matières concernant la santé, les médecins et l'exercice de la médecine pourront faire l'objet d'une loi du pays.

<sup>15</sup> La Constitution du 4 octobre 1958 répartit les compétences entre le pouvoir législatif (art. 34) et le pouvoir exécutif (art.37).

<sup>16</sup> L'ordonnance du 15 juin 2000 relative à la partie législative a regroupé dans le dernier livre les dispositions relevant de la spécialité législative (Mayotte, Wallis et Futuna, la Nouvelle-Calédonie et la Polynésie française). En effet, « ...la santé publique relève de la compétence des autorités locales et ces textes n'ont pas à figurer dans le présent code, mais éventuellement dans un Code de santé locale ». *JORF* du 22 juin 2000, pp. 9337 et s.

<sup>17</sup> *JONC* du 21 juillet 2000 et du 31 août 2000. La dernière modification date de l'ordonnance du 28 août 2008 portant diverses dispositions d'adaptation du droit de l'outre-mer (*JO* du 29 août p. 13590).

souligner que les principes généraux du droit communautaire doivent être respectés<sup>18</sup>.

En raison de ce lien historique avec la France métropolitaine, il est légitime de se demander si le système de santé de la Nouvelle-Calédonie s'inspire encore aujourd'hui de l'esprit de certaines dispositions métropolitaines. Ne se serait-il pas plutôt rapproché des systèmes de ses deux grands voisins : l'Australie et la Nouvelle-Zélande ?

Il est classique d'affirmer qu'à chaque type de système de santé semble correspondre un modèle particulier de régulation<sup>19</sup>. Les systèmes de protection sociale diffèrent non seulement par leurs arrangements institutionnels, mais aussi par leur façon de penser la protection sociale<sup>20</sup>. La France combine plusieurs logiques. Celle encore dominante des assurances sociales, mais aussi une logique assistancielle, notamment avec la mise en place récente de la couverture maladie universelle. L'Australie et la Nouvelle-Zélande se rapprochent plutôt du modèle britannique<sup>21</sup>. Les

---

<sup>18</sup> Par exemple, le principe du respect des droits acquis et de l'immutabilité des situations juridiques subjectives, CJCE 22 sept.1983, Verli Wallace 159/82 p. 271. L'article 182 du traité instituant la communauté européenne a créé un régime spécial pour les pays et territoires d'outre-mer. La Nouvelle-Calédonie constitue un PTOM, elle est par conséquent associée à l'Union européenne, Cf. J.Y. Faberon et J. Ziller, *Droit des collectivités d'outre-mer*, LGDJ, 2007, pp. 250 et s.

<sup>19</sup> Trois grands types de systèmes de santé sont classiquement différenciés ; les systèmes libéraux résiduels (États-Unis et Irlande), les systèmes d'assurance maladie (Allemagne, France, Japon...) et les systèmes nationaux de santé (Suède, Norvège, Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande et Australie). Cette distinction est à rapprocher de celle qui a été établie par Esping-Andersen. Celui-ci distingue trois types de régimes de protection sociale qui recouvrent les trois conceptions rappelées ci-dessus. Les pays anglo-saxons sont associés à la logique libérale, les pays nordiques à la conception sociale-démocrate et les pays d'Europe continentale à la conception conservatrice-corporatrice. Voir G. Esping-Andersen, *Les trois mondes de l'État-providence*, PUF coll. Le lien social, 1999, pp. 41-47.

<sup>20</sup> G. Perrin, « Pour une théorie sociologique de la Sécurité sociale dans les sociétés industrielles », *Revue française de sociologie*, vol. VIII, 1967, pp. 299-324.

<sup>21</sup> Dans la typologie dressée par Esping-Andersen, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont associées au modèle anglo-saxon. Deux auteurs ont toutefois proposé d'isoler ces deux pays dans une classe à part, F. Castles et D. Mitchell, *Identifying Welfare States Regimes : the Links between Politics, Instruments and Outcomes*, Governance, vol. 5, n° 1, 1992, pp. 1-26.

prestations sous condition de ressources sont principalement financées par l'impôt et gérées directement par l'État<sup>22</sup>.

La Nouvelle-Zélande qui a créé dès 1935 un système de santé publique parmi les plus avancés de l'époque, a connu toute une série de bouleversements avec l'arrivée du Parti National en 1991. En premier lieu, les hôpitaux ont été transformés en « entreprises de santé ». Les fonds de financement ne transitent plus par les autorités régionales mais sont gérés par les représentants de l'État. Ces derniers passent des contrats d'achat de services médicaux soit aux hôpitaux publics, soit aux prestataires du secteur privé. Ce nouveau dispositif incite les hôpitaux publics à adopter une discipline de nature commerciale car les organismes de financement peuvent désormais choisir d'affecter leurs dotations aux cliniques privées s'ils les estiment plus compétitives. En second lieu, les frais de médicaments et de médecine ambulatoire relèvent de plus en plus largement de la responsabilité individuelle. Or, les assurances privées étant chères, une part non négligeable de la population n'en souscrit pas.

Le système australien de sécurité sociale a été conçu à l'origine pour répondre à la dépendance financière des femmes au sein d'une famille nucléaire et de l'emploi permanent et à temps plein des hommes en âge de travailler<sup>23</sup>. Or, les changements qui ont marqué le marché du travail ont conduit différents gouvernements à intervenir directement sur ce marché notamment par des programmes d'aide à l'emploi (d'où la dénomination « d'État-providence du salarié »). En 1996, l'orientation est différente. Le programme « allocation contre travail » montre que l'Australie s'est orientée vers une politique néolibérale faisant une place importante à la responsabilisation individuelle.

---

<sup>22</sup> La gratuité des consultations médicales et des médicaments prescrits concerne les enfants de moins de 6 ans, les personnes à faibles revenus et celles qui recourent intensivement aux services de santé. Voir R. Harbridge et P. Walsh, « La réforme du marché du travail en Nouvelle-Zélande », *Mutations et marché du travail et protection sociale dans une perspective internationale-voies parallèles ou convergentes ?*, AISS, 2002, pp. 255-278.

<sup>23</sup> R. Harbridge et P. Bagley, *op. cit.*, pp. 221-249.

Malgré cette proximité géographique, nous verrons que le passé colonial marque encore l'organisation du système de santé de la Nouvelle-Calédonie (I), même si de nettes particularités dans son fonctionnement sont à souligner (II).

## **I - L'organisation du système de santé : l'héritage de la colonisation**

L'organisation de son système offre un contraste saisissant entre la ville principale et le reste du territoire. On trouve des formations sanitaires héritées des missionnaires<sup>24</sup> et des militaires, appelées encore dispensaires, en nombre important dans le Nord et les Iles Loyauté (A) alors que la densité médicale est, comme en métropole, concentrée en ville (B).

### **A - Les dispensaires**

La situation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie avant l'arrivée des européens est peu connue. Une étude réalisée par un ethnologue montre qu'en 1837, il y avait « (...) peu d'infirmités dont avaient à se plaindre les autochtones avant que nous les eussions visités. Ils n'éprouvaient alors qu'un petit nombre de nos maladies (...) »<sup>25</sup>. Il est reconnu depuis longtemps que l'Océan a joué un rôle bénéfique en agissant comme barrière naturelle, empêchant la prolifération de maladies et d'organismes nuisibles à l'être humain<sup>26</sup>.

Les premiers médecins qui s'installèrent en 1856 étaient des chirurgiens de la Marine. À Fort de France (Nouméa), on trouve un hôpital maritime en 1860. La présence de ces médecins a été assurée dans les postes de brousse, mais seulement auprès des troupes. C'est en 1890 que fut institué un corps d'officiers de santé des colonies ayant cette fois-ci pour mission de porter « secours aux populations locales »<sup>27</sup>. Mais la médecine éloignée de la ville a

---

<sup>24</sup> Le travail réalisé bénévolement par les religieux et religieuses en matière de santé a été considérable, les soins étaient apportés dans les dispensaires de missions mais aussi dans les dispensaires du secteur public. Voir : [www.maristes-france.org](http://www.maristes-france.org)

<sup>25</sup> A. Santelli, *Les infirmiers en Nouvelle-Calédonie*, mémoire de DA d'anthropologie sociale et culturelle, 1998.

<sup>26</sup> Étude sur la région océanienne réalisée par la Communauté du Pacifique (CPS) le 25 septembre 2004 ([//www.spc.int](http://www.spc.int)).

<sup>27</sup> Ceux-ci étaient formés aux maladies tropicales par l'école du Pharo de Marseille.



suscité peu de vocations. C'est en partie pour palier cette pénurie que fut créé en 1911, « le service médical de la colonisation et d'assistance indigène »<sup>28</sup>. Ce statut était proposé aux docteurs certifiés en médecine coloniale de moins de 40 ans « en bonne santé, dépourvus d'infirmités » avec un engagement minimal de 5 ans<sup>29</sup>. Ils devaient dispenser des soins gratuits dans une des neuf circonscriptions visées par l'arrêté (Nord et Iles Loyauté) « aux indigents, aux fonctionnaires et à leurs familles ainsi qu'aux indigènes vivant en tribus »<sup>30</sup>.

Pour soulager le travail de ces médecins de circonscription, un arrêté du gouverneur du 31 août 1927 consacre la catégorie des médecins mobiles. Mais le peuplement de la colonie avec notamment l'arrivée d'immigrés ne permit pas d'augmenter la fréquence des visites aux populations de l'intérieur et des îles. En 1930, il a été décidé d'augmenter le nombre de circonscriptions, mais comme les vocations n'étaient pas assez nombreuses, le nombre a été réduit à douze en 1936. Ce n'est qu'à partir de 1960 que le mouvement s'inverse. Les Iles Loyauté bénéficient, en 1962, de leurs trois circonscriptions et l'ensemble du territoire de vingt-cinq circonscriptions en 1985<sup>31</sup>.

Depuis les accords de Matignon de 1988, la transformation et la création des circonscriptions médico-sociales n'appartiennent plus au territoire mais aux provinces. On y trouve plusieurs structures dont : des centres médico-sociaux (unité principale située au chef-lieu de chaque circonscription avec quelques lits d'hospitalisation et un médecin en poste fixe), des centres médicaux (qui se différencient de la première catégorie par l'absence d'assistance sociale), des infirmeries (structures dépourvues d'hébergement avec un médecin itinérant) et des salles de visite qui ne reçoivent que des médecins de passage.

Le mot « dispensaire » est couramment utilisé pour désigner l'ensemble de ces petites formations sanitaires. Ce terme peut paraître trop vague, mais comme il est parfois employé dans les textes officiels ainsi que dans les

---

<sup>28</sup> Arrêté du gouverneur du 3 juin 1911, *JONC* du 15 juin 1911.

<sup>29</sup> En contrepartie, ils bénéficiaient d'une solde, d'un logement gratuit et d'un congé en France avec un billet payé tous les 5 ans.

<sup>30</sup> Arrêté du 11 juin 1911 art. 8 §3. Ce déplacement dans les tribus devait se faire obligatoirement une fois par trimestre.

<sup>31</sup> *JONC* du 27 août 1985, pp. 1342 et s.

rapports et débats les plus récents au sein des institutions calédoniennes<sup>32</sup>, il est sans doute destiné à perdurer.

La Province Sud qui représente près de 70% de la population comprend sept circonscriptions médico-sociales. Dans la banlieue de Nouméa fonctionnent trois centres médico-sociaux. En dehors de Nouméa, ces centres ont une vocation généraliste (soins primaires et prévention). La Province Nord (à peu près 20% de la population) compte quatorze circonscriptions. La Province des Iles Loyauté (à peu près 10% de la population) compte cinq circonscriptions médicales.

Les dispensaires constituent une part essentielle du passé de la Nouvelle-Calédonie, mais dans les mentalités modernes, ils évoquent souvent une médecine minimale, par manque de moyens. Dans le rapport de la Commission des lois de l'Assemblée nationale sur le projet de loi organique relatif à la Nouvelle-Calédonie, on voit ainsi apparaître comme un regret que « ...les équipements de santé dans les Iles Loyauté se limitent à de simples dispensaires qui ne permettent pas de faire face à des cas nécessitant une hospitalisation »<sup>33</sup>. Nombreux sont les exemples de centres médicaux rudimentaires fonctionnant avec quelques médecins dans les pays en développement. Pour autant la Nouvelle-Calédonie ne peut se classer dans la catégorie des pays en voie de développement en matière de santé. Les dispensaires sont des centres de santé provinciaux non hospitaliers, polyvalents permettant que soit mieux assurée la proximité des soins<sup>34</sup>. En outre, la Nouvelle-Calédonie dispose d'une organisation moderne mais encore largement concentrée à Nouméa.

---

<sup>32</sup> Pour illustration : « dispensaires et centres de soins » (plan de promotion de la santé et de la maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de Nouvelle-Calédonie, délibération du 11 août 1994), « dispensaires provinciaux » (délibération du 25 janvier 2001 relative à la carte sanitaire et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie).

<sup>33</sup> Rapport n° 1275 du 21 décembre 1998.

<sup>34</sup> En métropole, on voit d'ailleurs se développer ce type de médecine de proximité. « Les réseaux de soins » ont par exemple été initiés par les professionnels dès le début des années 1980.

## **B - Médecine libérale et hôpitaux publics, une répartition inégale**

Dans le rapport d'activité établi le 30 septembre 2006 par la Caisse primaire (la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail), il apparaît que l'effectif des médecins libéraux en exercice se compose d'environ 122 généralistes conventionnés, de 108 spécialistes conventionnés et de trois généralistes non conventionnés, soit 233 médecins. L'offre de soins n'est cependant pas répartie de manière équilibrée. Il existe en effet une sous-densité en dehors de Nouméa et des trois communes qui en sont proches<sup>35</sup>. Pour enrayer ce déséquilibre, les pouvoirs publics locaux ont décidé de réguler les conventionnements dans ces quatre communes.

L'accès au conventionnement a été gelé pendant 2 ans par une délibération du 11 août 1994. La délibération du 18 octobre 1996 soumet l'accès à plusieurs critères pour une durée de trois ans. Sont visés : les besoins de santé des habitants de ces communes, l'équilibre financier des organismes de protection sociale et surtout une meilleure répartition géographique de l'offre de soins en Nouvelle-Calédonie. Le nouveau dispositif de régulation instauré par la loi du pays du 7 novembre 2001 a repris les mêmes critères mais cette fois-ci sans limitation de durée. Une priorité a toutefois été instituée en faveur des professionnels de la santé en attente de conventionnement s'ils ont exercé pendant quatre ans en Nouvelle-Calédonie, ou encore s'ils ont exercé pendant quatre ans dans une association de réponse aux urgences médicales agréée par arrêté du Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Malgré ce contrôle des autorités publiques, la densité des médecins libéraux est encore concentrée sur les quatre communes visées par la régulation des conventionnements. Selon la situation arrêtée au 30 septembre 2006, l'offre de soins des médecins généralistes du secteur libéral est rassemblée à près de 85% dans ces quatre communes (pour environ 63% de la population). Cela donne un effectif de 103 médecins généralistes dans les quatre communes et 19 en dehors. Quant à la commune de Nouméa, elle concentre plus de 96% de l'offre de soins des médecins spécialistes du secteur libéral. Seuls 5 médecins spécialisés sur 108 exercent en dehors des quatre communes (mais au 29 novembre 1994 il n'y en avait aucun). Ce

---

<sup>35</sup> Dumbéa, Mont-Dore, Païta.

progrès pourrait tout de même se poursuivre puisque les médecins eux-mêmes semblent prêts à continuer cet effort. Les signataires de la deuxième convention médicale conclue en 2006 ont en effet prévu dans leurs engagements que soit « mis en œuvre un système d'associations substitutives en vue de favoriser le développement de la médecine spécialisée dans les zones sous-médicalisées ».

L'équipement hospitalier reste également concentré à Nouméa. C'est en 1860 qu'un hôpital maritime est installé à Fort de France. Il devient un hôpital militaire en 1970 et un hôpital colonial en 1898 (sa gestion est alors confiée au directeur du service de santé). En 1981, l'hôpital devient le Centre Hospitalier Territorial de Nouméa avant qu'une nouvelle modification n'en fasse le Centre Hospitalier Territorial de Nouvelle-Calédonie. Sa direction est confiée à des cadres civils et il est soumis à la tutelle technique et administrative de la Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales qui a été créée en 1984.

Deux centres sont rattachés au centre hospitalier territorial : le centre Raoul Follereau qui abrite encore une trentaine de personnes atteintes par la maladie de Hansen (lèpre)<sup>36</sup> et un sanatorium<sup>37</sup>.

Deux autres établissements publics sont présents en Nouvelle-Calédonie ; le centre hospitalier spécialisé (CHS, psychiatrie) qui se trouve à Nouméa et le centre hospitalier du Nord (CHN) créé par délibération du Congrès du 21 décembre 1999.

Le secteur des établissements privés de santé est constitué de trois établissements à but lucratif, tous localisés à Nouméa. On remarquera qu'à l'inverse du principe de la liberté d'installation du cabinet médical, leur ouverture, leur transformation ou leur agrandissement doivent s'harmoniser avec la carte sanitaire qui est fixée par une délibération du Congrès. Une autorisation administrative est ainsi nécessaire, sous le contrôle du juge administratif.

---

<sup>36</sup> En 2006, 7 nouveaux cas ont été dépistés (soit une incidence de 2,9 pour 100 000 habitants). Le chiffre le plus élevé remonte à 1986 (20,3 pour 100 000 habitants), *Rapport d'activité 2006 du service de dermatologie du CHT* (site de la DASS de Nouvelle-Calédonie).

<sup>37</sup> En 2006, 50 nouveaux cas de tuberculose ont été déclarés (21 pour 100 000 habitants).

L'équipement sanitaire de la Nouvelle-Calédonie s'est également amélioré. La diminution du nombre d'évacuations sanitaires hors de la Nouvelle-Calédonie (service des Evasan), systématiquement pratiquées lorsqu'un diagnostic ou traitement y est inexistant ou considéré comme insatisfaisant (principalement la cardiologie) en donne déjà un aperçu. En 2006, 1 725 évacuations, principalement vers l'Australie, ont été organisées contre 1 863 en 2005 et 1 927 en 2004 (en rapport avec l'implantation d'un équipement IRM au CHT fin 2005)<sup>38</sup>.

Quant à l'état de santé de la population, il a également progressé. Plusieurs indicateurs permettent de le constater : l'espérance de vie, la mortalité infantile et la prévalence des maladies. Selon les dernières estimations réalisées par la CPS, et publiées le 27 mai 2008, l'espérance de vie est de 78,6 ans pour les femmes et 71,9 ans pour les hommes (gain de 7 années en 20 ans)<sup>39</sup>. Le taux de mortalité infantile est de 6,2% (8% en 2003)<sup>40</sup>. Parmi les maladies spécifiques et plus répandues qu'en métropole on peut citer la lèpre (mais en régression), la tuberculose (encore 50 nouveaux cas en 2006 contre 102 en 1999), la dengue (48 cas déclarés en 2006) et les infections au VIH (295 cas en 2006 depuis l'obligation de déclaration de 1986 dont 108 SIDA et 61 décès).

L'assurance maladie a certainement contribué à améliorer l'état de santé de la population. Le système de santé de la Nouvelle-Calédonie reste très attaché à la logique de l'assurance, bien plus d'ailleurs qu'en métropole. Toutefois, même si le système de l'assurance maladie reste la référence, on constate également des particularités.

---

<sup>38</sup> *Rapport d'activité de la CAFAT*, 2006, p. 45.

<sup>39</sup> Site de la CPS : //www.spc.int.

<sup>40</sup> En Mélanésie, le taux de mortalité infantile est 64% en Papouasie-Nouvelle-Guinée, de 66% dans les îles Salomon, de 25% au Vanuatu et de 18,8% à Fidji.

## **II - Le fonctionnement du système de santé : les particularités territoriales**

Qu'il s'agisse de la couverture sociale (A) ou du financement du système de santé (B), les règles sont distinctes de celles de la France métropolitaine.

### **A - Une couverture sociale propre à la Nouvelle-Calédonie**

Depuis l'origine des statuts d'autonomie, la couverture sociale est, de compétence territoriale<sup>41</sup>. Elle a été organisée par le biais de l'assurance et sa gestion a été confiée à une caisse primaire unique : la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail (la CAFAT). Cette organisation unitaire de la Sécurité sociale est une des particularités de la Nouvelle-Calédonie. Cet organisme créé par un arrêté du 24 décembre 1958 est en effet chargé de gérer l'ensemble des régimes de travailleurs salariés de Nouvelle-Calédonie : accidents du travail, prestations familiales, maladie, retraite et chômage<sup>42</sup>. Son organisation et son fonctionnement sont déterminés par la loi du pays du 11 janvier 2002 et la délibération du 12 décembre 2001 relatives à la Sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie<sup>43</sup>. Les actifs ou les retraités, privés ou publics (à l'exception de ceux qui bénéficient du statut de fonctionnaire de la Nouvelle-Calédonie) sont obligés d'y adhérer<sup>44</sup>. Les non-salariés ainsi que les salariés détachés pour des missions temporaires pour le compte d'une entreprise métropolitaine<sup>45</sup> peuvent souscrire une assurance volontaire. Quatre

---

<sup>41</sup> L'ordonnance du 4 octobre 1945, considérée comme l'acte de naissance du système de Sécurité sociale français, n'a pas été appliquée à la Nouvelle-Calédonie. La formation d'un salariat industriel, permettant de dégager les bases nécessaires au financement de prestations n'a commencé qu'au début des années 1970 avec l'accélération de l'exploitation du nickel.

<sup>42</sup> Il est précisé dans cet arrêté que la CAFAT fonctionne selon le cadre défini par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1898 relative aux sociétés de secours mutuels, *JO* du 5 avril 1898. Elle appartient à la troisième catégorie : « des sociétés reconnues comme établissements d'utilité publique ».

<sup>43</sup> *JONC* du 18 janvier 2002.

<sup>44</sup> Les étudiants sont également affiliés au Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM) en vertu de l'art. 26-7 de la loi du pays relative à la Sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.

<sup>45</sup> Pour être considéré comme détaché, le salarié doit être envoyé en déplacement pour une durée déterminée. Il doit continuer à être rémunéré par son employeur qui s'engage à verser au régime de Sécurité sociale l'intégralité des cotisations

organismes complémentaires viennent compléter le régime de base ; la mutuelle du commerce, la mutuelle SLN, la mutuelle des fonctionnaires et la mutuelle Le Nickel.

Le régime d'assurance maladie-invalidité puis l'assurance maternité ont été successivement mis en place par un arrêté du 7 février 1969<sup>46</sup> et par une délibération du 7 janvier 1976<sup>47</sup>. Comme en France métropolitaine, l'assurance maladie-maternité a d'abord été destinée aux travailleurs salariés et à leurs ayants-droit (à la charge effective totale et permanente de l'assuré)<sup>48</sup>, mais l'extension ne s'est pas réalisée de la même façon.

L'assurance maladie-maternité a en effet été généralisée à tous les actifs quel que soit leur statut. L'objectif de mettre en œuvre un régime généralisé et unifié de couverture sociale a été expressément visé par l'accord de Nouméa de 1989<sup>49</sup>, mais c'est à partir de 2002 que la généralisation va devenir effective avec la loi du pays du 11 janvier. Toutes les catégories actives de la Nouvelle-Calédonie ainsi que les retraités des régimes locaux sont affiliés obligatoirement au Régime Unifié d'Assurance Maladie-Maternité (RUAMM). Sont visés, les fonctionnaires territoriaux, les fonctionnaires de l'État, les magistrats de l'ordre judiciaire, les militaires mais aussi les travailleurs indépendants qui exercent leur activité en

---

afférentes au salaire. Le salarié expatrié (installé à l'étranger de façon permanente) est obligatoirement soumis à la loi de Sécurité sociale de son pays de résidence et cesse en principe de relever de la Sécurité sociale française.

<sup>46</sup> JONC du 14 février 1969.

<sup>47</sup> Avec une prise en charge des frais d'accouchement au taux initial de 70%. Depuis la délibération du 15 janvier 1990, la prise en charge s'effectue à 100%.

<sup>48</sup> La liste des bénéficiaires est plus restrictive qu'en métropole. Par exemple, aux termes de l'article 2 de la délibération du 29 janvier 1969, « le concubin ne peut prétendre aux prestations prévues que si le concubinage est notoire, non adultérin et dure depuis au moins douze mois consécutifs, sur présentation d'une déclaration de concubinage légalisée à la Mairie en présence de deux témoins ». La loi du 27 janvier 1993 qui a ajouté à l'article L. 161-14 un deuxième alinéa selon lequel « la personne qui vit au moins un an avec un assuré social et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente a la qualité d'ayant-droit » n'a pas été étendue à la Nouvelle-Calédonie. Il en est de même de la loi du 15 novembre 1999 relative au pacte civil de solidarité.

<sup>49</sup> Point n° 4.3.2 « une couverture sociale généralisée sera mise en place ».

Nouvelle-Calédonie<sup>50</sup>. L'article 24 de la loi du pays précise que l'organisation du RUAMM « est fondée sur le principe de solidarité ». Cette réforme offre l'occasion de permettre la solidarité sociale sur une base territoriale. Cela explique sans doute pourquoi, malgré les oppositions de plusieurs organisations syndicales métropolitaines, celle-ci a été soutenue par l'ensemble des syndicats de la Nouvelle-Calédonie. Le Conseil d'État saisi par le Tribunal administratif de Nouméa à la suite de nombreux recours formés contre l'affiliation obligatoire<sup>51</sup>, a confirmé, par un avis du 29 janvier 2003, la régularité de cette construction juridique<sup>52</sup>.

L'assurance maladie-maternité n'a pas en revanche été entendue aux personnes sans activité professionnelle<sup>53</sup>. En Nouvelle-Calédonie, la séparation entre l'assurance sociale et l'assistance sociale reste en effet très nette<sup>54</sup>. Le régime de l'aide médicale prend le relais mais à la condition que

---

<sup>50</sup> Pour les fonctionnaires de l'État, les magistrats de l'ordre judiciaire et les militaires, la modification du Code de la sécurité sociale était nécessaire. Elle a été rendue possible par l'adoption d'un art. 126 dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Une nouvelle loi du pays (loi du 17 juillet 2002) a été nécessaire pour ajouter ces trois catégories à la liste des affiliés obligatoires.

<sup>51</sup> TA Nouméa, 22 mai 2003, n° 02-0426.

<sup>52</sup> CE, avis du 23 janvier 2003, n° 251699, non publié. À la suite de ces contestations, des améliorations ont été engagées, notamment pour les fonctionnaires d'origine métropolitaine, en particulier sur la question de la coordination avec les régimes métropolitains. C'est ainsi que la loi du 4 mars 2002 prévoit la conclusion d'un accord entre la CAFAT et les mutuelles métropolitaines. Celle-ci devient en quelque sorte une section locale des mutuelles complémentaires métropolitaines.

<sup>53</sup> En métropole cette extension a été réalisée avec la création de la couverture maladie universelle par la loi du 27 juillet 1999. Elle permet aux personnes ne relevant pas d'un régime obligatoire, résidant en France de façon stable et régulière, d'être affiliées à l'assurance maladie du régime général. M. Borgetto, « Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU », *Dr. soc.* 2000, p. 30 ; J.J. Dupeyroux, « La CMU : la fin et les moyens », *Dr. soc.* 2000, p. 21 ; R. Lafore, « La CMU, un nouvel îlot dans l'archipel de l'assurance-maladie », *Dr. soc.* 2000, p. 21 ; M. Badel et J.-P. Laborde, *Actualités juridiques « France », Bulletin de droit comparé du travail et de la sécurité sociale*, Bordeaux, 2000, pp. 225-228.

<sup>54</sup> Le système français est en revanche devenu de plus en plus dualiste. L'utilisation de la CSG pour financer la branche maladie et la branche famille donne un exemple d'un basculement du domaine des assurances sociales vers celui de la solidarité nationale. Bruno Palier, *Gouverner la sécurité sociale*, PUF 2002, p. 427.



les revenus ne soient pas supérieurs au salaire minimum garanti<sup>55</sup>. L'aide médicale est régie par une délibération du Congrès, plusieurs fois modifiée, du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales<sup>56</sup>. Les autres textes réglementaires sont d'origine provinciale. Les provinces disposent d'ailleurs d'une assez large autonomie. Le principe de la gratuité complète des soins a ainsi été remis en cause par la Province des Iles Loyauté et la Province Sud. Les deux provinces ont en effet instauré un ticket modérateur de 10% sur un certain nombre de prestations<sup>57</sup>. Remarquons que l'instauration de ce ticket modérateur ne vise pas à responsabiliser les consommateurs de soins (c'est la raison majeure de son instauration en métropole), mais seulement à limiter les dépenses. En outre, par une délibération du 3 septembre 2003, l'Assemblée de la Province Nord a arrêté la valeur des lettres clés applicables aux remboursements des actes de soins médicaux pour les bénéficiaires de l'aide médicale à des valeurs inférieures à celles fixées par le Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie<sup>58</sup>.

La couverture sociale d'un assuré est à l'inverse significative. L'article Lp 83 de la loi du pays relative à la Sécurité sociale précise que le montant de l'indemnité journalière « est égal à la moitié du salaire soumis à cotisations dont le salarié se trouve privé du fait de la maladie ou de l'intervention chirurgicale ». Pour les assurés qui ont trois enfants à charge, elle est portée aux deux tiers<sup>59</sup>. En outre, au titre de la longue maladie, les prestations en espèces peuvent être servies pendant une période de trois années consécutives.

---

<sup>55</sup> 1 035,28 euros. Il existe aussi une aide sociale mais uniquement pour certaines catégories de personnes (personnes âgées, handicapés et aide sociale à l'enfance). Il n'existe pas en revanche de revenu minimum (pas d'équivalent du revenu minimum d'insertion qui a été mis en place en métropole par la loi du 1er juillet 1988).

<sup>56</sup> *JONC* du 6 février 1990.

<sup>57</sup> Arrêté du 16 janvier 2001, pris par le président de l'Assemblée de Province des Iles Loyauté (*JONC* du 6 février 2001) et délibération de la Province Sud du 20 décembre 1996 (*JONC* du 28 janvier 1997).

<sup>58</sup> Cette décision a été contestée par le syndicat des médecins de Nouvelle-Calédonie qui a saisi le TA afin que soit annulée la délibération pour excès de pouvoir. Sa demande a été rejetée. La CAA de Paris a confirmé la décision des premiers juges dans un arrêt du 24 mai 2006 (inédit au recueil Lebon).

<sup>59</sup> Il n'y a pas, comme en métropole, une augmentation du taux au-delà du trente-et-unième jour d'arrêt d'activité, art. L. 321-1 5° du Code de la sécurité sociale.

Les prestations en nature couvrent les frais médicaux engagés par l'assuré et ses ayants-droit. Selon l'article Lp 69 de la loi du pays précitée, ce sont notamment les frais de médecine générale et spéciale, d'hospitalisation, de traitement, d'intervention chirurgicale, de soins dentaires, les frais pharmaceutiques, d'analyse de laboratoire et les frais de transport. Donc sensiblement les mêmes prestations qu'en métropole<sup>60</sup>. Les principes applicables aux prestations en nature sont également communs mais avec des divergences.

Le principe de la participation aux frais par exemple. Le ticket modérateur est de 60% lorsqu'il s'agit des maladies de courte durée alors qu'il est de 30% en métropole. Les consultations liées aux longues maladies sont en revanche prises en charge à 100% par l'assurance maladie<sup>61</sup>. Dans le même esprit, le dispositif du tiers payant permet une dispense d'avance des frais, mais il a été reconnu avec retard par rapport à la métropole. Jusqu'à la délibération du 11 août 1994 relative à la promotion de la santé<sup>62</sup>, il n'existait pas de tiers payant en Nouvelle-Calédonie. La Caisse primaire avait seulement mis en place un système interne pour assurer le bénéfice du tiers payant aux personnes disposant de revenus modestes et ne pouvant assurer l'avance des frais. Aujourd'hui encore, il n'y a pas de tiers payant pour les dépenses d'hospitalisation. En outre, le tiers payant n'est pas pris en charge à 100%, sauf dans les pharmacies mutualistes<sup>63</sup>, ce qui a d'ailleurs été contesté par le syndicat de pharmaciens de Nouvelle-Calédonie au motif qu'il s'agissait de pratiques anticoncurrentielles. La Cour d'appel de Nouméa dans un arrêt du 21 mars 2008 a confirmé la décision du premier juge qui l'avait débouté de sa demande. Il a notamment été décidé qu'il ne saurait « être reproché aux sociétés mutualistes de réserver leurs prestations

---

<sup>60</sup> Il manque par exemple les examens de dépistage. Mais depuis une délibération du 17 mai 2006, il existe un fonds autonome de compensation de santé publique qui est destiné notamment à assurer la prise en charge des consultations et des examens autour des cas de Tuberculose et de VIH.

<sup>61</sup> Mais des conditions ont été introduites en 2006, voir *infra*.

<sup>62</sup> Délibération du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire sur la Nouvelle-Calédonie, *JONC* du 13 septembre 1994.

<sup>63</sup> Il existe en Nouvelle-Calédonie 3 pharmacies mutualistes créées par les sociétés mutualistes.

à leurs adhérents dans la mesure (...) où elles ne font que respecter le principe de base du système mutualiste »<sup>64</sup>.

Enfin, le principe du libre choix a été altéré, avant qu'il ne le soit en métropole. Le médecin référent a en effet été créé par une délibération du 11 août 1994<sup>65</sup>. Cette mesure, qui est obligatoire, impose à un patient de confier au médecin de son choix la coordination de ses traitements mais elle ne concerne que les patients bénéficiant d'une prise en charge à 100% en longue maladie. Le dossier de suivi médical est également apparu avant la métropole avec la première convention médicale de 1997. Ce dossier, qui doit être présenté par le patient qui compte demander le remboursement, n'existe en métropole qu'au travers du dossier médical personnel introduit par la loi du 11 août 2004.

## **B - Le financement du système de santé**

La Nouvelle-Calédonie, comme l'ensemble des pays développés, est confrontée à la question de l'augmentation des dépenses de santé. Celle-ci reste toutefois encore modeste en comparaison de la métropole. Le rapport n° 063 de la commission de la santé et de la protection sociale des 23 août et 7 septembre 2005 retient qu'en 2002, la consommation de soins du calédonien était de 1 558,56 euros alors que celle du métropolitain était de 2 226,03 euros. Plusieurs raisons expliquent cette différence.

Une population de 246 614 habitants<sup>66</sup> qui est jeune (39,5% ont moins de 20 ans) et est naturellement moins consommatrice de soins. La Nouvelle-Calédonie a aussi un dynamisme démographique plus élevé, même si celui-ci s'atténue du fait du recul de l'âge du mariage et du développement des

---

<sup>64</sup> CA Nouméa, 21 mars 2008.

<sup>65</sup> En métropole, cette institution a été introduite en 1997 par un avenant de la convention nationale des généralistes, mais il ne s'agissait que d'une option qui n'a connu que des résultats modestes. N. Destais, *Le système de santé, organisation et régulation*, LGDJ systèmes, 2003, p. 58. Puis, la loi de réforme de l'assurance maladie a repris ce « filtrage », mais par le biais du médecin traitant qui doit obligatoirement être consulté pour toute question relative à la santé de l'assuré (loi du 11 août 2004). Chaque assuré ou ayant-droit de plus de 16 ans doit choisir son médecin référent depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

<sup>66</sup> *Les populations du pacifique*, rapport du 27 mai 2008 de la commission du pacifique sud ([//www.spc.int](http://www.spc.int)).

pratiques contraceptives dans toutes les ethnies<sup>67</sup>. Le taux de demandeurs d'emploi est proportionnellement moins élevé qu'en métropole (après une hausse de 5% entre 1992 et 1998, il est retombé à 3% depuis 1999)<sup>68</sup>. Or, on sait que le chômage diminue les recettes tout à fait directement quand le financement se fait par des cotisations assises sur les salaires.

Toutefois, lorsque l'équilibre du régime unifié d'assurance maladie-maternité est rompu en 2004, les inquiétudes sont nombreuses<sup>69</sup>. Il est vrai que la population couverte par le régime d'assurance maladie de la Caisse primaire a augmenté considérablement depuis la mise en place du RUAMM. En 2001, 150 000 personnes étaient couvertes, en 2003, 195 000 l'étaient et fin 2006, 210 000 sur une population de 246 614<sup>70</sup>. Mais cette augmentation ne suffit pas à elle seule à expliquer l'accélération des dépenses et du déficit. Le développement de l'offre de soins manifeste que la Nouvelle-Calédonie est entrée depuis peu de temps dans le cadre d'une médecine de plus en plus spécialisée et technique.

Les dépenses de santé sont en progression constante, plus de 30% sur les trois dernières années<sup>71</sup>. L'évolution est très sensible dans le secteur hospitalier qui représente à lui seul pratiquement la moitié des dépenses. En outre, les dépenses d'hospitalisation publique ont quasiment doublées<sup>72</sup>.

L'hôpital public a, dans un premier temps, fait l'objet d'un financement direct par le budget public, ce qui a permis d'assurer la gratuité des soins aux usagers. Puis le territoire s'est désengagé progressivement au profit d'une prise en charge par l'assurance maladie des travailleurs salariés. Pour les

---

<sup>67</sup> A. Christnacht, *La Nouvelle-Calédonie*, Les études de la documentation française, 2004, p. 27.

<sup>68</sup> *Rapport annuel de l'Institut d'émission d'outre-mer*, 2003, p. 28. L'évolution du nombre mensuel moyen de chômeurs indemnisés était de 1 106 en 2006 contre 1 744 en 2003 (*Rapport de la CAFAT 2006*, Les chiffres clés 2006).

<sup>69</sup> Déficit de 72 160 euros après un exercice excédentaire en 2003, *Rapport de la commission de la santé et de la protection sociale* des 23 août et 7 septembre 2004.

<sup>70</sup> *Rapport d'activité CAFAT 2006*.

<sup>71</sup> *Ibidem*.

<sup>72</sup> Pour la longue maladie, les dépenses étaient de 22 647 euros en 2002 et de 34 594 euros en 2004. Pour la maladie, les dépenses étaient de 36 562 euros en 2002 et de 51 032 euros en 2004. Pour la maternité, les dépenses étaient de 5 139 euros en 2002 et de 7 388 euros en 2004. *Rapport d'activité CAFAT 2004*.

personnes sans ressources, une dotation globale était versée par les régimes provinciaux de l'aide médicale. Jusqu'à la mise en place du régime unifié d'assurance maladie-maternité, les soins délivrés aux fonctionnaires relevaient du budget public de l'employeur. La mise en place du RUAMM s'est traduite par un élargissement de l'assiette de la dotation globale et donc, par un accroissement des dépenses hospitalières publiques prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. En effet, depuis la modification du mode de calcul de la dotation globale par une délibération du 4 juillet 2003, le taux de participation financière de la CAFAT résulte du rapport de la population bénéficiaire du RUAMM, or nous avons vu que celle-ci a progressé de 33,9% entre la mise en place de ce régime et 2004<sup>73</sup>.

Les frais médicaux du secteur privé ont également doublé entre 2002 et 2004 avec un total de 98 667 euros contre 66 622 euros. Les dépenses de médicaments s'élèvent à 36 781 euros en 2004 et les honoraires médicaux sont de 30 647 euros pour la même année. Il convient de noter que les frais liés aux évacuations sanitaires restent élevés alors que leur nombre diminue. En 2006, par exemple le taux d'évolution est de plus de 14% par rapport à 2005<sup>74</sup>.

Des mesures ont été prises afin de limiter les dépenses de santé. On peut citer la délibération du 30 décembre 2004 relative aux médicaments qui ouvre la voie à la prescription des médicaments génériques. Comme en métropole, les médecins doivent s'engager à prescrire prioritairement, lorsque cela est possible, des médicaments génériques. De même, les pharmaciens, qui ont obtenu le droit de substitution, doivent inciter les patients à utiliser les médicaments génériques<sup>75</sup>. Cette limitation passe aussi par la négociation avec les acteurs de la santé. Une deuxième convention médicale a été conclue en 2006<sup>76</sup>. On y trouve par exemple la mise en place

---

<sup>73</sup> La dotation globale dans le secteur public est ainsi passée de 56 669 euros en 2002 à 92 198 euros en 2004, *Rapport d'activité CAFAT* 2004, p. 178.

<sup>74</sup> *Rapport d'activité CAFAT* 2006, p. 231.

<sup>75</sup> Dans la première convention médicale du 17 décembre 1997, il était prévu que les pharmaciens devaient obligatoirement tenir à la disposition des usagers les médicaments les moins chers (art. 22-3). Au passage, on remarquera qu'un Code de déontologie des pharmaciens a été mis en place par une annexe à la délibération n° 315 du 10 octobre 2007.

<sup>76</sup> Une convention conclue entre le syndicat des médecins libéraux de Nouvelle-Calédonie, la CAFAT, la Province sud, la Province des Iles Loyauté et trois

d'un protocole de soins pour les assurés pris en charge en longue maladie (12% de la population est en longue maladie et consomme 50% des soins). Ne sont ainsi pris en charge à 100% que les soins prévus soit, par un protocole type de soins fixé par la convention médicale, soit par un protocole personnalisé de soins approuvé par le contrôle médical<sup>77</sup>. En outre, les honoraires ont été majorés mais subordonnés au respect des engagements concernant l'évolution des honoraires et des prescriptions des médecins. Les médecins se sont aussi engagés à participer aux efforts de responsabilisation et d'éducation des patients<sup>78</sup>.

Pour financer son système de santé, la Nouvelle-Calédonie continue à privilégier les cotisations sociales prélevées sur les salaires. Les cotisations sociales assurent encore 80% des ressources du régime (alors qu'en métropole les cotisations sociales assurent seulement 70% des recettes). Le taux de cotisation des salariés est plus élevé que le taux métropolitain puisque de 3,85 contre 0,75. En revanche il est moins élevé pour les employeurs puisque de 10,65 contre 12,8. Notons toutefois deux prélèvements qui contribuent au financement des dépenses publiques de santé : une taxe de solidarité qui a été mise en place par la loi du pays du 31 décembre 2001<sup>79</sup> et une taxe sur les alcools et tabacs.

Traditionnellement on considère qu'un système de santé vise à maintenir la population du pays en bonne santé et à guérir les personnes malades, il cherche donc à améliorer l'état de santé de la population. Mais dans le même temps, l'état de santé d'une population ne dépend pas seulement du système de santé. Il dépend aussi de son niveau de revenus et de son mode de vie. La prévention permet bien sûr d'améliorer les modes de vie et de limiter les comportements à risques, mais les inégalités entre la population qui vit dans

---

mutuelles. Sont restées en marge du dispositif la Province nord, la mutuelle des fonctionnaires et l'Union pour la défense des médecins libéraux. Ce texte a été approuvé par arrêté du Gouvernement et publié au *Journal Officiel* le 1<sup>er</sup> septembre 2006. La première a été conclue le 17 décembre 1997.

<sup>77</sup> Loi du pays qui a modifié la réglementation de la longue maladie, *JONC* du 20 juin 2006.

<sup>78</sup> Par exemple, spécifier sur les feuilles de soins les actes qui n'ouvrent pas droit au remboursement, respecter les règles de prescription des arrêts de travail, sensibiliser les patients au coût de la santé...

<sup>79</sup> Loi du pays instituant une taxe de solidarité sur les services affectés à la CAFAT au titre du financement de la protection sociale, *JONC* du 31 décembre 2001.

le grand Nouméa et la population qui vit « en brousse » sont encore importantes. Cette dernière est largement bénéficiaire de l'aide médicale (surtout dans les Iles Loyauté). « La nation garantit à tous la protection de la santé » : c'est un principe de notre Constitution. La santé a non seulement un coût mais aussi un prix : celui de la solidarité. Solidarité nécessaire pour que l'accès aux soins ne soit pas déterminé par les ressources et le statut économique de chacun. Aussi, les clés de l'évolution future du système de santé en Nouvelle-Calédonie sont peut être plus politiques et sociologiques qu'économiques et conjoncturelles.