

Délibération n° 490 du 11 août 1994
portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le
territoire de Nouvelle-Calédonie.

Historique :

Créée par :	Délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie.	JONC du 13 septembre 1994 Page 2996
Modifiée par :	Délibération n° 514 du 6 décembre 1994 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 17 janvier 1995 Page 172
Modifiée par :	Délibération n° 422/CP du 6 juin 1995 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 27 juin 1995 Page 1743
Modifiée par :	Délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 portant dispositions relatives au dispositif conventionnel entre les professionnels de santé et les organismes de protection sociale.	JONC du 12 novembre 1996 Page 4427
Modifiée par :	Délibération n° 245/CP du 15 janvier 1998 portant diverses mesures relatives au régime prévoyance de la CAFAT.	JONC du 20 janvier 1998 Page 143
Modifiée par :	Délibération n° 124 du 28 juillet 1998 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 25 août 1998 Page 3609
Modifiée par :	Délibération n° 152/CP du 16 avril 2004 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 4 mai 2004 Page 2557
Modifiée par :	Délibération n° 44 du 30 décembre 2004 relative aux médicaments.	JONC du 31 décembre 2004 Page 7686
Modifiée par :	Délibération n° 226 du 13 décembre 2006 précisant les modalités de couverture du risque longue maladie en application des articles Lp. 78 à Lp. 80 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie.	JONC du 26 décembre 2006 Page 9126
Modifiée par :	Délibération n° 69/CP du 12 février 2009 portant diverses mesures d'ordre sanitaire et social.	JONC du 24 février 2009 Page 1174
Modifiée par :	Loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 relative au dispositif conventionnel de maîtrise médicalisée des dépenses de santé et portant diverses mesures d'ordre social.	JONC du 15 juillet 2010 Page 6183
Modifiée par :	Loi du pays n° 2012-5 du 2 mai 2012 relative à la prise en charge des médicaments.	JONC du 3 mai 2012 Page 3244
Modifiée par :	Délibération n° 320 du 20 juillet 2023 relative à la promotion de la santé et à l'offre de prévention du plan de santé calédonien « Do Kamo, être épanoui ! ».	JONC du 3 août 2023 Page 16113
Modifiée par :	Loi du pays n° 2026-5 du 5 mai 2026 portant diverses dispositions en matière sanitaire et sociale	JONC du 6 mai 2026 Page 10703

Titre Ier : Dispositions générales Art. 1er à 4

Titre II : La promotion de la santé.

Chapitre 1er : Dispositions communes. Art. 5 à 8

Chapitre 2 : Du dispositif de promotion de la santé. Art. 9 à 18

Titre III : Le dispositif conventionnel de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Chapitre 1er : Dispositions communes. Art. 19 à 29

Chapitre 2 : Convention médicale Art. 30 à 34

Chapitre 3 : Conventions avec les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les sages-femmes, les orthophonistes et les orthoptistes. Art. 35 à 37

Chapitre 4 : Convention avec les laboratoires d'analyses médicales. Art. 38 à 40

Chapitre 5 : Convention de l'hospitalisation privée Art. 41 à 45

Chapitre 6 : Convention pharmaceutique. Art. 46 et 47

Titre IV : Autres dispositions relatives à la maîtrise des dépenses de santé.

Chapitre 1er : Le médicament. Art. 48 à 51

Chapitre 2 : Biologie. Art. 52

Chapitre 3 : Ticket modérateur finançable par le seul assuré pour le petit risque. Art. 53 et 54

Titre Ier : Dispositions générales

Article 1^{er} - Plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins

La présente délibération a pour objet l'adoption d'un plan visant d'une part à promouvoir la santé, et d'autre part à maîtriser l'évolution des dépenses de soins.

Ce double objectif sera mis en œuvre dans les conditions suivantes :

- La promotion de la santé est favorisée par l'adoption de programmes de santé publique, incluant des actions de prévention et d'éducation sanitaire, visant à améliorer le bien être physique, mental et social de la population ;

- Les dépenses de soins font l'objet de mesures de régulation de façon à permettre la restauration de l'équilibre financier des organismes de protection sociale, et la maîtrise des dépenses à la charge des Provinces, au titre de l'aide médicale.

Article 2 - Les acteurs du dispositif

Les organismes de protection sociale, les administrations sanitaires et les professionnels de santé ont la responsabilité principale de la réalisation de ces objectifs.

Les organismes de protection sociale visés par la présente délibération sont : la Caisse de Compensation des Prestations Familiales, des Accidents du Travail et de Prévoyance des Travailleurs de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT), chacune des trois Provinces au titre de l'aide médicale, la Mutuelle des Fonctionnaires, les mutuelles complémentaires.

Article 3 - L'évaluation du dispositif

Chaque année, le Congrès de la Nouvelle-Calédonie examine un rapport établi par l'Exécutif du territoire présentant :

- La situation sanitaire de l'année précédente, accompagné d'un bilan de la réalisation des orientations prévues à l'article 7 de la présente délibération ;
- Les comptes territoriaux de la santé, accompagnés d'un bilan de l'application des mesures de maîtrise des dépenses de soins.

Ce rapport sera suivi d'une communication de la CAFAT, au nom de tous les organismes de protection sociale, sur le fonctionnement du dispositif conventionnel pendant l'année écoulée.

NB : Conformément à l'article 222-IV de la loi organique modifiée n°99-209 du 19 mars 1999, la référence à l'exécutif de la Nouvelle-Calédonie est remplacée par la référence au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 4 - La communication des données

En vue de permettre l'évaluation du dispositif dans les conditions prévues à l'article 3 ainsi que pour faciliter le remboursement des prestations sociales, et pour améliorer la connaissance de la situation sanitaire, la communication de certaines informations est rendue obligatoire :

- Les professionnels, les établissements ou toute autre structure de santé facturant des actes ou des prestations remboursables ou prises en charge par les organismes de protection sociale, communiquent à ces derniers, outre le code du prescripteur, le numéro de code des actes effectués, des prestations servies et des pathologies diagnostiquées.

Les modalités pratiques d'application du présent alinéa sont fixées dans les conventions visées au titre III.

- Tous les organismes délivrant des remboursements de prestations de santé effectuées sur le territoire, assurant des prises en charge liées à la santé ou contribuant au fonctionnement du système de santé sont tenus de fournir leurs comptes à la direction territoriale des affaires sanitaires et sociales selon la typologie décrite en annexe n° 1 de la présente délibération, au plus tard le 30 avril de l'année suivant l'année civile à laquelle elle se rapporte.

Titre II : La promotion de la santé.

Chapitre 1^{er} : Dispositions communes.

Article 5

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 6

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 7

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 8

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Chapitre 2 : Du dispositif de promotion de la santé.

Section 1 : Le Comité de prévention de Nouvelle-Calédonie.

Article 9

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 10

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 11

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 12

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Article 13

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

[Abrogé].

Section 2 : Les mesures de promotion de la santé

Article 14

Complété par la délibération n° 69/CP du 12 février 2009 – Art 9

Les thèmes prioritaires de prévention suivants sont approuvés :

- Lutte contre les abus d'alcool.
- Lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA.
- Lutte contre la tuberculose active.
- Lutte contre le rhumatisme articulaire aigu.
- Dépistage et prise en charge du diabète sucré.
- Dépistage et prise en charge de l'hypertension artérielle.
- Protection contre les maladies infectieuses par les vaccinations et les revaccinations obligatoires.
- Dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Bon usage du médicament
- Dépistage du cancer du sein.

Article 15

Abrogé par la délibération n°320 du 20 juillet 2023 - Art. 4

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

[Abrogé].

Article 16

Complété par la délibération n° 69/CP du 12 février 2009 – Art 10

Certains de ces programmes impliquent les mesures d'accompagnement immédiates suivantes :

1 – Lutte contre l'infection par le VIH et le SIDA : une délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie favorisera l'accès aux préservatifs par une libéralisation des points de distribution et une limitation des prix de vente.

2 – La tuberculose active est une maladie contagieuse et un fléau social dont les frais afférents au diagnostic et au traitement sont pris en charge à 100%.

Dans le cadre des enquêtes obligatoires de sujets contacts, les services de santé provinciaux proposent les plans d'enquêtes dites de prophylaxie.

Les personnes entrant dans le cadre de ces enquêtes de dépistage ont une prise en charge totale des examens nécessaires : consultation, intradermo réaction, radiographie du thorax, prélèvements à but de diagnostic bactériologique.

3 – Le rhumatisme articulaire aigu.

Le rhumatisme articulaire aigu (RAA) tel que défini par l'OMS est classé dans le groupe des longues maladies prévues à l'article 17 de la délibération n° 145 du 29 janvier 1969 et dans le groupe des maladies à déclaration obligatoire.

La prévention du RAA par le traitement de la pharyngite streptococcique par voie injectable est pris en charge à 100% sans avance des frais.

4 – Lutte contre les maladies infectieuses.

Afin de favoriser la protection contre les maladies infectieuses, une délibération du Congrès de la Nouvelle-Calédonie fixe les conditions de vaccinations et de revaccinations.

La convention pharmaceutique prévue au titre III de la présente délibération fixe les modalités pratiques devant permettre d'éviter l'avance des frais par l'assuré.

En outre, les organismes de protection sociale et les formations sanitaires publiques conviennent des modalités de facturation des vaccinations réalisées pour le compte des assurés ou bénéficiaires de chacun des régimes de base de protection sociale afin d'éviter également l'avance de frais.

5 – Le dépistage du cancer du col de l'utérus.

La consultation, le frottis et son interprétation, la remise du résultat du frottis des femmes entre 17 et 65 ans pour les deux premiers frottis réalisés à un an d'intervalle puis d'un frottis tous les 3 ans sont pris en charge en totalité.

Les conventions conclues avec les médecins et les laboratoires d'anatomo-pathologie en application du titre III de la présente délibération fixent les modalités de participation de ces professionnels au programme évoqué ci-dessus.

6 – Le dépistage du cancer du sein.

Dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein, les femmes de 50 à 74 ans seront invitées une fois tous les deux ans à un examen de mammographie et, le cas échéant, à un ou des examens complémentaires. Le fonds autonome de compensation des dépistages en santé publique prend en charge à 100% avec tiers payant les actes nécessaires au dépistage du cancer du sein.

Article 16 bis

Modifié par la délibération n° 514 du 6 décembre 1994 – Art 11

Afin de permettre l'application de ces mesures, il est rajouté l'alinéa suivant à la fin de l'article 7 de la délibération n° 145 du 29 janvier 1969 et à la fin de l'article 3 de l'arrêté modifié no 71-549/CG du 9 décembre 1971 :

« Les consultations et traitements lorsqu'ils sont prévus pour l'application des mesures de prévention détaillées à l'article 16 de la délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins ainsi que celles prévues par la délibération n° 493 du 11 août 1994 relative aux vaccinations et revaccinations sont pris en charge ou remboursés totalement ».

Section 3 : Mesures complémentaires

Article 17

Modifié par la délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art 7

Les professionnels de la santé participent aux activités de prévention.

Parmi ces professionnels, le médecin référent, institué par délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie, exerce une fonction essentielle dans l'activité de prévention.

En outre, le dispositif conventionnel fixe les modalités, y compris financières, de ces activités en secteur libéral.

Article 18

Des plans de formation devront faire partie intégrante des programmes de prévention. Le Centre de formation des professions de santé V. Buillon est un organisme essentiel dans l'élaboration et la réalisation des actions de formation.

Le dispositif conventionnel détermine les conditions de participation des professionnels de santé aux actions de formation.

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

Titre III : Le dispositif conventionnel de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Chapitre 1^{er} : Dispositions communes.

Article 19

Modifié par la délibération n° 514 du 6 décembre 1994 – Art 13

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 2

Modifié par la loi du pays n°2026-5 du 5 mai 2026 – Art. 15

La réussite de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et l'amélioration de la qualité des soins, sont favorisées par l'instauration d'un partenariat conventionnel étroit et permanent, dans une confiance réciproque, entre les organismes de protection sociale et les professionnels de santé ou les établissements privés d'hospitalisation.

Les rapports entre les organismes de protection sociale et les professions de santé sont définis par des conventions quinquennales.

Article 20

Modifié par la délibération n° 152/CP du 16 avril 2004 – Art 1^{er}

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 3

Modifié par la loi du pays n°2026-5 du 5 mai 2026 – Art. 15

Chaque convention fait l'objet d'une négociation entre l'ensemble des organismes de protection sociale et chacune des organisations représentatives des professions de santé ou établissements privés d'hospitalisation.

La CAFAT est chargée de la conduite de ce dispositif conventionnel, et de sa mise en place. En l'absence de convention conclue dans un ou plusieurs secteurs, le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie peut suspendre le versement à la caisse des moyens qui y sont dédiés, prévus par la convention d'objectifs et de moyens conclue en application de l'article Lp. 125 de la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002.

Sans préjudice des dispositions des articles 21 à 27 de la délibération modifiée n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et de l'alinéa suivant du présent article, les conventions et leur avenants en cours et à venir sont conclus valablement s'ils sont signés par la CAFAT et au moins et une des organisations syndicales représentatives pour l'ensemble du Territoire de chaque profession.

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie procède, si nécessaire, à une enquête de représentativité afin d'établir le caractère représentatif des organisations syndicales mentionnées à l'alinéa précédent, en fonction des critères suivants : les effectifs, l'indépendance, les cotisations, l'expérience et l'ancienneté du syndicat.

Des accords complémentaires peuvent être signés par certains organismes de protection sociale et définir des clauses particulières notamment provinciales ou liées au régime de protection de certaines catégories de population. Ces accords figurent en annexe de la convention.

Article 21

Modifié par la délibération n° 514 du 6 décembre 1994 – Art 13

Modifié et complété par la délibération n° 152/CP du 16 avril 2004 – Art 2 et 3

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 4

Modifié par la loi du pays n°2026-5 du 5 mai 2026 – Art. 15

L'élaboration des nouvelles conventions, prévues à l'article 19 ci-dessus, est réalisée, pour chaque profession, par une commission paritaire composée d'un représentant de chaque organisme de protection sociale et d'autant de représentants de chaque profession concernée.

La répartition des sièges des représentants des organisations syndicales représentatives des professions de santé s'effectue par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie proportionnellement à leur représentativité.

Un représentant du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie est associé à titre consultatif, à chacune des commissions ainsi mises en place.

Sans préjudice des dispositions de l'article Lp 71 de la loi du pays modifiée n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie et, en l'absence de convention, un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie fixe les règles applicables à la CAFAT et à la ou les professions de santé ou les établissements privés d'hospitalisation qui seraient concernées. Une annexe à la ou les conventions fixe les tarifs des prestations de soins applicables aux professions ou aux établissements privés concernées.

Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables aux collectivités provinciales et aux organismes de protection sociale complémentaires notifiant au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie leur acceptation de se voir appliquer les mêmes règles.

Article 22

Modifié par la délibération n° 514 du 6 décembre 1994 – Art 14

Modifié par la délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 – Art 4, 1°

Modifié par la délibération n° 152/CP du 16 avril 2004 – Art 4

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 5

Chaque convention, ainsi que ses annexes et avenants à l'exception des accords complémentaires visés à l'alinéa 3 de l'article 20 ci-dessus, lors de sa conclusion, et lors de ses tacites reconductions, n'entre en vigueur qu'après approbation par un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Les annexes et avenants tarifaires prennent effet dès leur signature dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article 20 de la présente délibération.

En cas de refus d'approbation, il est mis immédiatement fin à l'application de l'annexe ou avenant considéré.

Le Conseil de l'Ordre des professions concernées est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie de la profession.

Les conventions en vigueur entre la CAFAT et les professionnels de santé ou les établissements privés d'hospitalisation perdront leur effet à compter de la date d'application de l'arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie visé au premier alinéa du présent article ou de l'arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie visé à l'article 21 alinéa 4ci-dessus.

Article 23

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 6

Chaque convention détermine les modalités pratiques de suivi de la convention.

Elle prévoit la création d'une ou plusieurs instances paritaires de gestion de la convention.

La répartition des sièges des représentants des organisations syndicales représentatives des professions de santé s'effectue par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie proportionnellement à leur représentativité.

Un représentant du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie est associé, à titre consultatif, à ces instances.

Article 24

Modifié par la délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 – Art 4, 2°

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 7

Dès son approbation ou sa signature en application du deuxième alinéa de l'article 22 de la présente délibération, après notification à chaque professionnel intéressé, chaque convention, annexe et avenant, est applicable à l'ensemble des professionnels concernés exerçant à titre libéral sur le Territoire.

Toutefois, ces dispositions ne sont pas applicables :

1° aux professionnels de santé qui dans les conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à la CAFAT qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions ;

2° aux professionnels de santé et aux établissements d'hospitalisation privée que la CAFAT et au moins un autre organisme signataire gestionnaire d'un régime de base ont décidé de placer hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci. Cette décision est prononcée selon des conditions prévues par la convention, leur permettant notamment de présenter leurs observations.

Article 25

Complété par la délibération n° 124 du 28 juillet 1998 – Art 11

A l'article 3 de l'arrêté modifié n° 71-549/CG du 9 décembre 1971 relatif à l'institution d'un régime d'assurances sociales au profit des fonctionnaires des cadres territoriaux et des agents des services publics territoriaux et provinciaux sont rajoutées les dispositions suivantes à la fin du paragraphe C- Risque maladie :

« Ne peuvent être remboursés que les frais engagés par l'assuré auprès d'un praticien conventionné en application des dispositions du titre III de la délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins.

Toutefois, les tarifs servant de base au remboursement des honoraires et prescriptions des professionnels de santé non conventionnés sont fixés à 40 % des tarifs prévus par chacune des conventions évoquées supra ou de ceux définis réglementairement s'agissant notamment des médicaments et des transports sanitaires terrestres ».

En cas d'urgence dûment motivée par le prescripteur, et afin de permettre et de préserver le libre accès aux soins pour les bénéficiaires, les actes et la prescription d'un médecin non conventionné ou déconventionné sont soumis aux tarifs de remboursements applicables aux praticiens conventionnés.

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

Régulation de la démographie de certaines professions de santé.

Article 26

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 8

Les conventions concluent avec les médecins, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers fixent des dispositions particulières de régulation de la démographie des professions concernées dans les communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta afin de permettre une maîtrise de l'offre de soins en fonction des besoins de la population de Nouvelle-Calédonie.

Article 27

Pour assurer l'exécution de leur mission, les organismes de protection sociale mettent en œuvre un traitement automatisé des données mentionnées à l'article 4 de la présente délibération.

Un arrêté de l'exécutif du territoire¹ pris après avis de la Commission Nationale Informatique et Libertés définit les données et les conditions de communication conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978.

Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes de protection sociale a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code de pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susvisé.

Seuls les médecins contrôleurs et les personnels placés sous leur autorité ont accès aux données nominatives issues du traitement susvisé, lorsqu'elles sont associées au numéro de code d'une pathologie diagnostiquée.

Le personnel des organismes de protection sociale et de la Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales est soumis à l'obligation de secret dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal.

La synthèse des informations est transmise de façon non nominative à la Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales.

NB 1: Conformément à l'article 222-IV de la loi organique modifiée n°99-209 du 19 mars 1999, la référence à l'exécutif de la Nouvelle-Calédonie est remplacée par la référence au gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 28 Tableaux statistiques d'activité des professions de santé.

Afin de mesurer l'activité des médecins prescripteurs et des auxiliaires médicaux, chaque organisme de protection sociale, régime de base ou agissant pour le compte d'un régime de base, est tenu de fournir à la CAFAT, les données visées à l'annexe 2 de la présente délibération.

Les organismes de protection sociale contracteront un protocole d'échanges d'informations d'ici le 31 décembre 1994 afin de présenter les modalités pratiques de transmission des données, notamment leur

Délibération n° 490 du 11 août 1994

périodicité et l'application du dispositif aux médecins du secteur public. Ce protocole fixera un numéro de couverture sociale unique par bénéficiaire devant permettre notamment les suivis particuliers d'activité et de consommation de soins.

Les employeurs privés et publics transmettent les certificats d'arrêts de travail à l'organisme chargé de la gestion des tableaux statistiques d'activité des professionnels de santé.

Article 29

L'alinéa 2 de l'article 27 de la délibération cadre modifiée n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et à l'aide sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les critères d'appréciation de l'activité prise en considération s'appuie notamment sur les résultats des tableaux statistiques d'activité des professionnels de santé prévus à l'article 28 de la délibération n° 490 du 11 août 1994 portant plan de promotion de la santé et de maîtrise des dépenses de soins ainsi que sur les références médicales fixées par la convention médicale.

Ces sanctions sont prononcées après avis des instances paritaires de gestion des conventions conclues en application de la délibération susmentionnée après que l'intéressé(e) ait été admis à présenter ses observations ».

Chapitre 2 : Convention médicale

Article 30

*Modifié par la délibération n° 226 du 13 décembre 2006 – Art 7
Modifié et complété par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 9*

La convention conclue avec les médecins détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes de protection sociale et des médecins d'exercice libéral.

2° Les conditions de l'exercice de la médecine. En particulier :

- La collaboration des praticiens aux actions de prévention menées sur le Territoire.
- Les modalités pratiques de régulation de la démographie médicale permettant une maîtrise de l'offre en fonction des besoins de la population de Nouvelle-Calédonie.
- La mise en place d'un médecin référent pour certains assurés ou ressortissants de l'aide médicale dans les conditions fixées par délibération du Congrès de la Nouvelle-Calédonie, prévoyant notamment le respect d'un plafond d'actes par assuré selon la (ou les) pathologie(s) dont il souffre.

3° Les conditions, les modalités et le niveau de financement, le cas échéant, de l'aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile ainsi que les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de la formation continue conventionnelle, notamment en matière de prévention et d'économie de la santé.

4° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales y compris la prescription concourant au respect des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales prévus à l'article suivant concernant notamment :

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

- La mise en place du suivi statistique de l'activité de chaque médecin évoqué à l'article 28 de la présente délibération,

- La définition de références médicales opposables à chaque médecin en tenant compte, s'il y a lieu, de la spécificité de son exercice.

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales locales.

6° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées à l'article 28 de la présente délibération, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles visées à l'article 23 de la présente délibération.

7° Les sanctions encourues en cas de non-respect des dispositions conventionnelles.

Article 31

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 10

La convention fixe, compte tenu des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie médicale ainsi que de la coordination des différents intervenants du système de soins et des transferts qui en découlent :

1° Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales devant permettre d'alimenter une réflexion et une analyse conjointe des partenaires.

2° Les tarifs des honoraires, des rémunérations et des frais accessoires dus aux médecins par les bénéficiaires en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.

3° Les références médicales qui concourent à la réalisation des objectifs prévisionnels prévus au 1° du présent article.

Article 32

Modifié par la délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 – Art 4, 3°

Dans l'attente de l'approbation par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie de l'annexe mentionnée à l'article ci-dessus, les objectifs prévisionnels visés à l'article précédent sont prorogés.

Article 33

Remplacé par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 11

Les organismes de protection sociale peuvent prendre en charge une partie de la cotisation due au titre de la souscription d'une assurance en responsabilité civile pour les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre de la convention médicale et dans l'une des spécialités mentionnées dans la liste fixée par arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. En application du 3° de l'article 30 de la

présente délibération, les conditions, les modalités et le niveau de financement sont fixés conventionnellement.

Article 34

Les organismes de protection sociale peuvent prendre en charge une partie des frais liés à la formation continue conventionnellement prévue au 3° de l'article 30 précédent.

Chapitre 3 : Conventions avec les chirurgiens-dentistes, les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, les sages-femmes, les orthophonistes et les orthoptistes.

Article 35

Modifié et complété par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 13

Les conventions conclues avec les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, sages-femmes, les orthophonistes et les orthoptistes déterminent notamment pour chacune de ces professions :

1° Les obligations respectives des organismes de protection sociale et de ces professions.

2° Les tarifs de leurs honoraires et frais accessoires.

3° Leur collaboration aux actions de prévention menées sur le Territoire.

4° Les conditions à remplir pour être conventionnés et notamment, les modalités pratiques de régulation de la démographie des professions concernées devant permettre une maîtrise de l'offre en fonction des besoins de la population de Nouvelle-Calédonie.

5° Les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de la formation continue conventionnelle, notamment en matière de prévention et d'économie de la santé.

6° Le financement des instances nécessaires à la mise en œuvre de la convention.

7° Les mécanismes de maîtrise des dépenses de soins :

- S'agissant des masseurs kinésithérapeutes, la convention concernée ainsi que la convention médicale comprennent une annexe fixant la liste de forfaits par pathologie garantissant la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux permettant de mieux maîtriser les dépenses correspondantes.

- Les conventions conclues avec les masseurs-kinésithérapeutes et les infirmiers prévoient également un plafond d'actes au-delà duquel la qualité des soins délivrés n'est plus assurée. Elles prévoient la possibilité de mettre à la charge des professionnels concernés tout ou partie de la dépense des organismes de protection sociale correspondant aux honoraires et frais accessoires perçus au titre des soins dispensés au-delà du plafond d'actes.

Elles fixent également les modalités d'application de l'alinéa précédent et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations.

8° Les sanctions encourues en cas de non-respect des dispositions conventionnelles.

Article 36

Complété par la délibération n° 124 du 28 juillet 1998 – Art 11

Remplacé par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 14

La convention conclue avec les chirurgiens-dentistes détermine notamment :

1. Les obligations respectives des organismes de protection sociale et des chirurgiens-dentistes d'exercice libéral ;
2. Les tarifs de leurs honoraires et frais accessoires ;
3. Leur collaboration aux actions de prévention menées sur le territoire ;
4. Les conditions à remplir pour être conventionnés et notamment, les modalités pratique de régulation de la démographie de la profession devant permettre une maîtrise de l'offre en fonction des besoins de la population de Nouvelle-Calédonie ;
5. Les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de la formation continue conventionnelle, notamment en matière de prévention et d'économie de la santé ;
6. Le financement des instances nécessaire à la mise en œuvre de la convention ;
7. Les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses de soins dentaires concourant au respect des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses prévus à l'alinéa précédent ;
8. Les mécanismes de maîtrise des dépenses de soins dentaires concourant au respect des objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses prévus à l'alinéa précédent ;
9. Les sanctions encourues en cas de non-respect des dispositions conventionnelles.

Article 37

Modifié par la délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 – Art 4, 3°

Dans l'attente de l'approbation par le congrès de la Nouvelle-Calédonie de l'annexe mentionnée à l'article ci-dessus, l'objectif prévisionnel sont prorogés.

Chapitre 4 : Convention avec les laboratoires d'analyses médicales.

Article 38

La convention conclue avec les directeurs de laboratoires d'analyses médicales détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes de protection sociale et des directeurs de laboratoires d'analyses médicales.
- 2° Les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention.

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

3° Les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de la formation continue conventionnelle, notamment en matière de prévention et d'économie de la santé.

4° Le financement des instances et des actions nécessaires à la mise en œuvre de la convention.

Article 39

Modifié par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 15

Une annexe à la convention, mise à jour annuellement, fixe notamment :

1° L'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de biologie à la charge des différents régimes de protection sociale devant permettre d'alimenter une réflexion et une analyse conjointe des partenaires.

2° Le tarif de la lettre B et des actes de prélèvements.

Article 40

Modifié par la délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 – Art 4, 3°

Dans l'attente de l'approbation par le Congrès de la Nouvelle-Calédonie de l'annexe mentionnée à l'article ci-dessus, l'objectif prévisionnel sont prorogés.

Chapitre 5 : Convention de l'hospitalisation privée

Article 41

Remplacé par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 16

Une convention de l'hospitalisation privée est conclue entre les organismes de protection sociale et un ou des établissements privés d'hospitalisation.

Elle détermine :

1 – Les obligations respectives des organismes de protection sociale et des établissements privés d'hospitalisation ;

2 – La classification des prestations d'hospitalisation comportant un hébergement. Pour les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, cette classification tiendra compte dès que possible des traitements par pathologie ou par groupe de pathologies dans les conditions définie par une annexe à la convention ;

3 – La classification des prestations ne comportant pas d'hébergement dispensées dans ces établissements et prises en charge par les régimes de protection sociale ;

4 – Les modalités de contrôle de l'exécution par les établissements privés d'hospitalisation des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

5 – Les sanctions encourues en cas de non-respect des dispositions conventionnelles.

Article 42

Remplacé par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 17

Chaque année est conclu entre les organismes de protection sociale et un ou plusieurs établissements privés d'hospitalisation un accord fixant, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population, des conditions économiques, de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé et des évolutions réglementaires, notamment en matière de personnel :

1 – L'enveloppe des dépenses de l'hospitalisation privée prises en charge par la CAFAT, les provinces et tout organisme de protection sociale ayant cosigné la convention. Cette enveloppe peut être conventionnellement répartie en différentes sous-enveloppes et peut être révisée s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques et ou de l'activité médicale sur la base desquelles elle a été fixée ;

2 – Les objectifs en matière sanitaire portant notamment sur la qualité des soins et la réduction des durées de séjour ;

3 – Les tarifs des prestations délivrées pendant toute la durée de l'hospitalisation et servant de base de calcul de la participation de l'assuré. Ces tarifs font l'objet d'un ajustement annuel, selon les modalités définies par la convention en fonction du respect de l'enveloppe définie au 1° et de la réalisation des objectifs en matière sanitaire définis au 2°.

Article 43

Remplacé par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 8

Par dérogation aux dispositions prévues par les articles précédents, les organismes de protection sociale et les représentants des établissements privés d'hospitalisation peuvent conclure, par voie d'avenant à la convention, des engagements pluriannuels d'évolution de l'enveloppe des dépenses de l'hospitalisation privée prévue au 1° des articles 42 et 43 de la présente délibération.

La durée de ces engagements pluriannuels est fixée par les parties. Elle peut concerner des périodes de trois à cinq ans. Par dérogation aux dispositions de l'article 19 ci-dessus, la validité de la convention est prorogée jusqu'à l'échéance de l'engagement pluriannuel.

L'engagement pluriannuel concerne l'activité propre des établissements, constituée par l'hébergement et le fonctionnement du plateau technique à l'exclusion des honoraires des praticiens et professionnels libéraux intervenant dans les établissements.

La mise en application de chaque annuité de l'engagement réciproque ainsi fixé est déterminée par un protocole annuel conclu à partir de l'examen des résultats de l'exercice précédent.

NB : L'article 43 reprend les précédentes dispositions de l'article 43 bis dans sa rédaction en vigueur à la date de la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010.

Article 43 bis

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

Créé par la délibération n° 121/CP du 18 octobre 1996 – Art 5
Abrogé par la loi du pays n° 2010-8 du 8 juillet 2010 – Art 18

Abrogé.

Article 44

Les établissements privés d'hospitalisation sont tenus de fournir aux organismes de protection sociale les informations nécessaires au contrôle de l'activité des services.

Ces informations peuvent être recueillies sur pièces et sur place. Elles sont consignées dans un dossier médical défini par une délibération du congrès de la Nouvelle-Calédonie.

La convention de l'hospitalisation privée fixera la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui doivent être adressées aux organismes de protection sociale.

Elle prévoit également les conditions dans lesquelles la comptabilité des établissements est mise à la disposition des organismes de protection sociale.

Article 45

L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes de protection sociale, de l'avance des frais d'hospitalisation sans les établissements privés d'hospitalisation ayant passé convention en application de l'article 41 ci-dessus.

Chapitre 6 : Convention pharmaceutique.

Article 46

Modifié par la délibération n° 245/CP du 15 janvier 1998 – Art 2
Modifié par la loi du pays n° 2012-5 du 2 mai 2012 – Art 2
Modifié par la loi du pays n°2026-5 du 5 mai 2026 – Art. 15

La convention conclue avec les pharmaciens, et officines, détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes de protection sociale et des pharmaciens exerçant à titre libéral ;

2° Les moyens d'améliorer les conditions de la distribution du médicament sur le Territoire. En particulier :

a- La contribution des pharmacies d'officine aux actions de prévention menée sur le Territoire, notamment celles ayant trait au bon usage du médicament,

b- Les modalités de mise en place de conventions de tiers payant.

3° Les mécanismes de maîtrise des dépenses de médicament concourant au respect de l'objectif annuel d'évolution prévu à l'article suivant ;

4° Les objectifs et les modalités d'organisation et de financement de la formation continue conventionnelle, notamment en matière de prévention et d'économie de la santé.

5° Les tarifs de la prescription et de l'administration des vaccins obligatoires ou recommandés par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 47

Chaque année, une annexe à la convention fixe, compte tenu des caractéristiques évoquées à l'article 31 de la section 2 – Convention médicale de la présente délibération, un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de médicament devant permettre d'alimenter une réflexion et une analyse conjointe des partenaires.

Titre IV : Autres dispositions relatives à la maîtrise des dépenses de santé.

Chapitre 1^{er} : Le médicament.

Section 1 : Révision du coefficient multiplicateur.

Article 48

Les articles 1 et 3 de l'arrêté no 74-237/CG du 6 mai 1974 fixant les prix de vente des produits pharmaceutiques sont abrogés et remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art 1^{er}* - A compter du 1^{er} octobre 1994, les prix de vente des médicaments et produits spécialisés, allopathiques et homéopathiques ont pour base les prix hors taxe à la valeur ajoutée du tarif pharmaceutique national métropolitain affectés du coefficient de :

- 25 pour les médicaments et produits remboursés par les organismes de protection sociale,
- 30 pour les médicaments et produits non remboursés.

Art 3 – En dehors des communes de Nouméa, Mont-Dore, Dumbéa et Païta, le prix de vente prévu à l'article 1^{er} ci-dessus est majoré de 10%.

Section 2 : Apposition des vignettes sur les feuilles de soins.

Article 49

Modifié par la délibération n° 422/CP du 6 juin 1995 – Art 1^{er}
Complété par la délibération n° 124 du 28 juillet 1998 – Art 10

La vignette prévue à l'article L. 625 du code de la santé publique doit être jointe à compter du 1^{er} janvier 1996 par tous les intéressés à l'appui des demandes de remboursement présentées aux collectivités publiques et aux organismes de protection sociale.

Elle doit être collée par le bénéficiaire sur l'ordonnance tarifée par le pharmacien dans tous cas pour lesquels l'avance des frais est laissée à la charge du premier nommé. Lorsque le médicament est utilisé sans paiement direct, le bénéficiaire ou son mandataire doit remettre la vignette au pharmacien dès la délivrance du produit, pour être annexée aux états adressés à l'administration ou à l'organisme compétent.

Avec l'accord du bénéficiaire ou de son mandataire, le prélèvement de la vignette peut être effectué par le pharmacien lui-même.

La présence d'une vignette dans le conditionnement d'un médicament ne crée pas par elle-même un droit aux bénéficiaires des prestations en ce qui concerne la possibilité de prise en charge non plus qu'en ce qui concerne le taux de participation.

Tout médicament délivré sans ordonnance doit faire l'objet d'un estampillage de la vignette par le pharmacien afin de supprimer toute possibilité de remboursement concernant le médicament.

L'estampillage est réalisé au moyen d'une marque appliquée à l'encre indélébile débordant de part et d'autre de la vignette ou d'un tampon à l'encre indélébile portant la mention « annulée ».

En cas de transmission informatisée des documents de prise en charge à l'appui des demandes de remboursements, les vignettes ne seront plus transmises. Elles devront toutefois être obligatoirement estampillées.

Section 3 : Conditionnement et délivrance.

Article 50

Abrogé par la délibération n° 44 du 30 décembre 2004 – Art 9

Abrogé

Section 4 : Liste des médicaments les moins chers pour un même principe actif.

Article 51

Abrogé par la délibération n° 44 du 30 décembre 2004 – Art 9

Abrogé

Chapitre 2 : Biologie.

Article 52

Délibération n° 490 du 11 août 1994

Mise à jour le 05/05/2026

L'article 123 de la délibération n° 553 du 1^{er} juin 1983 relative aux laboratoires d'analyses de biologie médicale est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

« Art 123. – La nomenclature des actes de biologie médicale est celle en vigueur sur le territoire métropolitain. Cette nomenclature ainsi que toute modification seront publiées au *Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie* par l'exécutif du territoire ».

Chapitre 3 : Ticket modérateur finançable par le seul assuré pour le petit risque.

Article 53

Modifié par la délibération n° 514 du 6 décembre 1994 – Art 17

Lorsqu'une société de secours mutuel soumise aux dispositions de la loi du 1^{er} avril 1898 ou un organisme privé d'assurance participe à des opérations de prévoyance collective et que l'adhésion à la mutuelle ou à l'organisme privé d'assurance résulte en conséquence d'un contrat de travail, d'une convention collective, d'un accord d'établissement, d'un texte réglementaire ou est souscrite par un groupe habilité à représenter les intéressés, l'intervention des caisses, régime de base et régimes complémentaires, ne peut dépasser 90 % du tarif de responsabilité du petit risque de la CAFAT.

Le petit risque concerne les prestations prises en charge en application des articles 14, alinéa 3 hors hospitalisation et 16-2 de la délibération n° 145 du 29 janvier 1969.

Afin de répartir les économies générées par cette mesure entre régime de base et régime complémentaire, il est convenu que le tarif de responsabilité opposable aux assurés visés à l'alinéa 1^{er} du présent article est ramené par les organismes de protection sociale concernés à 90 % du tarif conventionnel ou du tarif réglementaire s'agissant notamment des médicaments et transports sanitaires.

Les organismes visés au premier alinéa ne peuvent assurer le tiers-payant qu'à hauteur de 90 % du tarif conventionnel ou du tarif réglementaire évoqués ci-dessus.

Le présent article ne s'applique pas aux ressortissants de l'aide médicale qui sont soumis à la réglementation prévue par la délibération cadre n° 49 modifiée du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales.

Les dispositions du présent article prennent effet à compter du 1^{er} octobre 1994.

Article 54

La présente délibération sera transmise au délégué du gouvernement, Haut-Commissaire de la République.