



REGLEMENTATION PROVINCIALE

Direction provinciale chargée de l'application du texte :
- Direction provinciale de l'action sanitaire et sociale

Autre institution chargée de l'application du texte :
- CAFAT

M28

DELIBERATION

n° 12-90/APS du 24 janvier 1990

***prise pour l'application dans la Province Sud de la délibération cadre du congrès
n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales***

(Intitulé modifié par délib n° 36-90/APS du 28/03/1990, art.1)

L'ASSEMBLEE DE LA PROVINCE SUD,

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

VU la délibération cadre n°49 du 28 décembre 1989 du Congrès du Territoire relative à l'aide médicale et aux aides sociales,

VU la délibération n°288 du 17 décembre 1970 relative à l'aide sociale à l'enfance,

A adopté en sa séance du 24 janvier 1990, les dispositions dont la teneur suit :

Modifiée par :

- Délibération n° 36-90/APS du 28 mars 1990
- Délibération n° 133-90/APS du 28 décembre 1990
- Délibération n° 29-91/APS du 07 mai 1991
- Délibération n° 79-91/APS du 10 décembre 1991
- Délibération n° 58-92/APS du 17 décembre 1992
- Délibération n° 59-92/APS du 17 décembre 1992
- Délibération n° 03-93/APS du 5 mars 1993
- Délibération n° 37-93/APS du 25 juin 1993
- Délibération n° 02-94/BAPS du 06 janvier 1994
- Délibération n° 43-94/APS du 25 novembre 1994
- Délibération n° 46-94/APS du 20 décembre 1994
- Délibération n° 07-96/APS du 11 avril 1996
- Délibération n° 17-96/APS du 30 mai 1996
- Délibération n° 51-96/APS du 20 décembre 1996
- Délibération n° 52-96/APS du 20 décembre 1996
- Délibération n° 37-97/APS du 17 décembre 1997
- Délibération n° 01-99/APS du 09 avril 1999
- Délibération n° 18-2000/APS du 10 août 2000
- Délibération n° 15-2001/APS du 29 juin 2001
- Délibération n° 29-2001/APS du 14 novembre 2001
- Délibération n° 305-2004/BAPS du 07 mai 2004 (non publiée)
- Délibération n° 43-2004/APS du 17 décembre 2004
- Délibération n° 50-2008/APS du 20 août 2006
- Délibération n° 53-2008/APS du 11 septembre 2008
- Délibération n° 56-2009/APS du 26 novembre 2009

- Délibération n° 19-2014/APS du 11 septembre 2014
- Délibération n° 42-2015/APS du 30 octobre 2015
- Délibération n° 213-2017/BAPS/DPASS du 14 février 2017

Article 1 –

Modifié par délib n° 36-90/APS du 28/03/1990, art.2

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

Article 1- bis-

Ajouté par délib n° 15-2001/APS du 29/06/2001, art.2

Remplacé par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.1

Les plafonds mensuels retenus pour l'attribution de l'aide médicale dans la province Sud sont ceux institués par les articles 10, 34 et 36 de la délibération cadre du 28 décembre 1989 susvisée.

TITRE I : REGIME D'AIDE MEDICALE

CHAPITRE I : INSTRUCTION DES DEMANDES

Article 2 –

Modifié par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.1

Remplacé par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.2

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

Le dossier à constituer par le demandeur doit comprendre les renseignements relatifs notamment à :

- son état civil et sa situation familiale ;
- son lieu de résidence et ses conditions de logement ; ses liens avec les personnes vivant au foyer ;
- sa situation professionnelle ;
- ses revenus d'origine professionnelle ou non, permanents ou occasionnels, principaux ou accessoires ; les biens qu'il possède et leurs revenus ;
- sa situation vis à vis de tout autre régime de protection sociale tel que notamment CAFAT et mutuelles.

Le demandeur doit également fournir les documents nécessaires pour faciliter les recherches complémentaires et les contrôles de la DPASS ainsi que la liste nominative des personnes tenues envers lui de l'obligation alimentaire.

Article 2-1 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.2

Remplacé par délib n° 51-96/APS du 20/12/1996, art.1

Modifié par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.3-I, II et III

Les personnes visées à l'article 12 de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 susvisée, atteintes d'une maladie sociale, ne peuvent être admises au bénéfice de l'aide médicale de la Province Sud, que lorsqu'elles disposent d'un régime de protection sociale maladie réglementaire ou agréé par le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

En cas d'absence ou de perte de droits aux régimes maladie visés à l'alinéa précédent, ces personnes devront verser à la Province l'équivalent du montant de cotisation d'adhésion volontaire à la Cafat pour la période sollicitée ou restant à courir.

Le Président de la Province peut, après enquête sociale, et en fonction des ressources des demandeurs, attestées par la production des déclarations fiscales de revenus, prononcer l'exonération partielle ou totale du versement compensatoire prévu à l'alinéa 2 du présent article. Les conditions d'exonération sont fixées par arrêté du président de l'assemblée de province après avis de la Commission Consultative des aides sociales prévue à l'article 23 de la délibération n° 12-90. Cette Commission est périodiquement informée des décisions prises par le président de l'assemblée de province.

Article 2-2 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.2

Les personnes visées à l'article 12 de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 susvisée ne pourront demander à être admises au bénéfice de l'aide médicale dans la Province Sud que lorsqu'elles seront affiliées à titre obligatoire ou volontaire à la CAFAT et, pour ceux pouvant en relever à la Mutuelle des Fonctionnaires, ou qu'elles prouveront qu'elles ne peuvent obtenir une telle affiliation et, dans ce cas, qu'elles auront versé à la Province l'équivalent du montant de cette cotisation pour la période pour laquelle elles demandent l'admission à l'aide médicale ou la validité de la carte.

Article 3 –

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

Article 4 –

Modifié par délib n° 133-90/APS du 28/12/1990, art.1

Remplacé par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.4

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

La carte est délivrée pour une période déterminée en fonction du dossier, qui ne peut excéder un an. Pour les personnes âgées de 60 ans et plus, les bénéficiaires des aides sociales légales et les titulaires de la carte C, la durée de validité de la carte ne peut excéder deux ans. Elle est renouvelable dans les mêmes conditions.

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

La décision de rejet doit être motivée.

Article 5 –

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

Article 5-1 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.3

L'affiliation à un des régimes d'assurance volontaire couvrant le risque maladie, chirurgie, maternité, invalidité, gérés par la CAFAT doit être recherchée pour les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale, dans la province sud, au titre des articles 9 et 10 de la délibération cadre n° 49 du 28 décembre

1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales. Les cotisations de celles d'entre elles qui ne bénéficient pas d'un régime obligatoire d'assurances sociales territoriales ou métropolitaines peuvent être prises en charge par la province sud.

Article 5-2 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.3

L'affiliation peut être demandée pour les personnes admises à l'aide médicale et remplissant les conditions énumérées pour l'admission à l'assurance volontaire au titre de l'article 4 de la délibération n° 145 du 29 janvier 1969 aux conditions prévues par cet article et pour celles remplissant les conditions de la délibération n° 135 du 26 février 1987 aux conditions prévues par cette délibération.

Article 5-3 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.3

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

Article 5-4 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.3

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

Article 5-5 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.3

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

CHAPITRE II : PRESTATIONS

Article 6 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

Les personnes admises au bénéfice de l'aide médicale peuvent prétendre à la prise en charge des soins qui leur sont dispensés dans les formations sanitaires publiques, ainsi que des prescriptions quel qu'en soit l'exécutant. Les formations sanitaires publiques sont constituées par les circonscriptions médicales provinciales, les établissements hospitaliers publics et par assimilation, les centres médicaux et de soins gérés par la CAFAT.

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

Article 6-1 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

Modifié par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.5

Modifié par délib n° 56-2009/APS du 26/11/2009, art.1

Modifié par délib n° 42-2015/APS du 30/1/2015, art.1-1° et 2°

Les ressortissants de l'aide médicale, bénéficiaires de la carte A, habitant les communes de Nouméa, Mont-Dore, Païta et Dumbéa, peuvent prétendre à la prise en charge des dépenses de santé s'ils ont recours à un médecin du secteur public pour toute demande de soin.

Ces ressortissants devront désigner un médecin traitant du secteur public ou, en cas d'absence de structure sanitaire publique à proximité, un médecin ayant passé une convention avec la province Sud. Le Bureau de l'assemblée de la province Sud est habilité, après avis de la commission de la santé et de l'action sociale, à définir les conditions d'application du présent alinéa.

La proximité d'une structure sanitaire publique s'apprécie en tenant compte, notamment, de la distance qui sépare le domicile du bénéficiaire de la carte A de ladite structure publique, ainsi que des conditions de desserte de celle-ci.

Les bénéficiaires du régime de l'aide médicale disposant par ailleurs d'un autre régime de protection sociales et résidant dans les communes de Nouméa, Mont-Dore, Païta et Dumbéa, peuvent également prétendre à la prise en charge de soins dispensés dans le secteur libéral sur la base des tarifs conventionnels.

Article 6-2 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 6-3 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

Modifié par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.6

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

Le bureau de l'assemblée de province est habilité, après avis de la commission de la santé et de l'action sociale, à plafonner le montant dû par le bénéficiaire en application du ticket modérateur, selon le type d'acte et de carte, ainsi qu'à modifier le taux du ticket modérateur en fonction du type d'affection.

Article 6-4 –

Inséré par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.7

Les tarifs des prestations réalisées par les formations sanitaires publiques de la province sud sont déterminés par délibération de l'assemblée de Province. A défaut de facturation provinciale spéciale, les actes médicaux et paramédicaux effectués à titre externe sont facturés et cotés conformément aux tarifs conventionnels et majorations en vigueur.

Pour les prestataires du secteur libéral, et à défaut de convention plus favorable, les tarifs appliqués sont les tarifs conventionnels et majorations en vigueur.

Article 7 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

Modifié par délib n° 51-96/APS du 20/12/1996, art.2

Modifié par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.8

Modifié par délib n° 56-2009/APS du 26/11/2009, art.2

Modifié par délib n° 42-2015/APS du 30/1/2015, art.2 et 3

Par exception aux dispositions générales prévues aux articles 6, 6-1 et 6-2, les ressortissants de l'aide médicale bénéficiaires d'une carte A, atteints d'une des affections de longue durée validée par le contrôle médical figurant sur la liste jointe en annexe, doivent dans le délai de deux mois de la notification qui leur en est faite, choisir un médecin référent parmi les praticiens exerçant à proximité de leur résidence exclusivement auprès de médecins exerçant dans les structures sanitaires publiques.

L'obligation prévue à l'alinéa précédent doit être mise en œuvre à l'occasion de toute demande de prise en charge initiale en longue maladie.

En cas d'absence ou d'insuffisance de l'offre de soins publique à proximité de leur domicile, les bénéficiaires d'une carte ALM peuvent désigner en qualité de médecin référent un praticien du secteur libéral exerçant à proximité de leur résidence. Toutefois, celui-ci doit être conventionné avec la province Sud, sauf dérogation accordée par le médecin conseil de l'aide médicale Sud

La proximité d'une structure sanitaire publique s'apprécie en tenant compte, notamment, de la distance qui sépare le domicile du bénéficiaire de la carte A de ladite structure publique, ainsi que des conditions de desserte de celle-ci.

Nota :

En application de l'article 4 de la délibération n° 42-2015/APS du 30 octobre 2015 portant diverses dispositions de maîtrise des dépenses de santé, les personnes déjà titulaires d'une carte ALM avant l'entrée en vigueur de la présente délibération, et qui ont à cette date désigné leur médecin référent, sont dispensées d'une nouvelle désignation jusqu'au renouvellement de la prise en charge.

La délibération du 30 octobre 2015 a été publiée au JONC du 10 novembre 2015.

Article 7-1 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

Modifié par délib n° 56-2009/APS du 26/11/2009, art.3

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

Article 7-2 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 7-3 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

L'acceptation par le contrôle médical de ce protocole ouvre droit la première année pour le praticien à une rémunération spécifique équivalent à la valeur de 2,5 C.

Pour le patient, elle ouvre droit à l'exonération du ticket modérateur et à la prise en charge en tiers-payant des soins et traitements prévus au protocole susvisé et liés à l'affection exonérante.

Ce droit est attesté par la délivrance au bénéficiaire d'une carte personnelle valable pour la durée du protocole, précisant l'identification du médecin référent choisi. Le patient est également doté d'un carnet de santé personnel qu'il peut présenter à tout praticien appelé à lui donner des soins.

Article 7-4 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 7-5 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 7-6 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

Lorsque les soins et traitements sont réalisés ou prescrits par un médecin autre que le médecin référent et sans indication expresse de ce dernier, le patient doit faire l'avance des frais.

Article 8 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 8-1 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

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

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

Article 8-2 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 8-3 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

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

Le rapport de synthèse de cette évaluation, ne comportant aucune donnée individualisée, est transmis pour le 31 mars de chaque année à l'Exécutif de la Province (DPASS)

Article 8-4 –

Remplacé par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.1

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

Article 9 –

Modifié par délib n° 29-91/APS du 07/05/1991, art. 1

Modifié par délib n° 17-96/APS du 30/05/1996, art.2

Complété par délib n° 51-96/APS 20/12/1996, art.3

Modifié par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.9-I et II

Bénéficient de l'exonération du ticket modérateur outre les personnes visées à l'article 24 de la délibération cadre du 28 décembre 1989 susvisée, les catégories de bénéficiaires de l'aide médicale suivantes:

- les femmes enceintes pendant une période débutant sept mois avant la date présumée de la date d'accouchement et s'achevant à la date de celui-ci, sauf en cas de suites pathologiques,
- les enfants de la naissance à 2 ans révolus.

Le bureau de l'assemblée de province est habilité, après avis de la commission de la santé et de l'action sociale, à étendre la liste des catégories de bénéficiaires de l'aide médicale exonérés du ticket modérateur.

Article 9-1 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.4

Modifié par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.10

Lors de l'admission à l'aide médicale, comme lors du renouvellement de la carte, une visite médicale de nature notamment à faciliter les vaccinations obligatoires ou des examens ou soins inhérents à des campagnes de dépistage ou de prévention menées par la province Sud pourra être organisée.

CHAPITRE III : DEFINITION DES SOINS

PARAGRAPHE I : HOSPITALISATION

Article 10 –

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

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

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

Article 11 –

Complété par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.11

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

En cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à huit jours, un nouvel avis mentionnant les raisons de cette prolongation de séjour est adressé, par le médecin traitant, au médecin conseil.

Article 12 –

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

Article 12-1 –

Inséré par délib n° 133-90/APS du 28/12/1990, art.2

Remplacé par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.12

Le forfait journalier d'hébergement d'un montant égal à celui fixé par la CAFAT, normalement laissé à la charge du bénéficiaire de l'aide médicale, est supporté par le budget de la province Sud, sauf dans les établissements hospitaliers ne pouvant assurer un service de nourriture.

Toutefois, le bénéficiaire doit acquitter directement auprès de l'établissement hospitalier une somme correspondant au montant du ticket modérateur appliqué sur ce forfait, jusqu'à concurrence du plafond fixé par délibération du bureau de l'assemblée de province.

Pour les personnes admises à l'aide sociale légale et à l'aide sociale à l'enfance, la Province prend en charge ce forfait vis-à-vis des établissements d'hospitalisation, étant précisé que lorsque l'hospitalisé a été placé dans les conditions fixées par l'article 31 de la délibération cadre du 28 décembre 1989 susvisée, il est fait application de ce texte.

PARAGRAPHE II : SOINS MEDICAUX ET PARA-MEDICAUX

Article 13 –

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

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

Article 14 –

Modifié par délib n° 133-90/APS du 28/12/1990, art.3

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

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

Les prothèses dentaires et l'orthodontie, les appareils orthopédiques et prothétiques, comme ceux d'optique médicale et les prothèses auditives ne peuvent être pris en charge au titre de l'aide médicale que sous réserve de l'accord préalable du médecin conseil de la DPASS qui doit, dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, faire connaître son avis. La prise en charge est subordonnée à une résidence continue dans la Province Sud supérieure à 18 mois au moment de la demande.

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

Les frais pharmaceutiques sont réglés dans la limite des produits inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques, des produits sous cachet et des sérums et vaccins agréés pour l'usage des collectivités publiques, établies par le Ministre de la santé publique, en application de l'article L 618 du code de la santé publique.

Article 15 –

Modifié par délib n° 133-90/APS du 28/12/1990, art.4

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

Article 15-1 –

Ajouté par délib n° 59-92/APS du 17/12/1992, art.5

Abrogé par délib n° 17-96/APS 30/05/1996, art.2

CHAPITRE IV : CONTENTIEUX ET DISPOSITIONS DIVERSES

Article 16 –

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

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

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

Article 17 –

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

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

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

Le montant de la créance éventuelle résultant des prestations d'aide médicale doit être évalué lors de l'inscription.

Lorsque les prestations allouées dépassent l'évaluation figurant au bordereau d'inscription primitif, la Province a la faculté de requérir contre le bénéficiaire de l'aide médicale une nouvelle inscription d'hypothèque, de nantissement ou de privilège.

Article 18 –

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

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

Article 19 –

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

Article 20 –

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

Article 21 –

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

TITRE II - REGIME DES AIDES SOCIALES

CHAPITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES

Article 22 –

Modifié par délib n° 37-93/APS du 25/06/1993, art. 1

Les demandes d'admission au bénéfice des aides sociales doivent être adressées au Directeur Provincial de l'Action Sanitaire et Sociale. Elles donnent lieu à l'établissement d'un dossier dont le modèle annexé à la présente délibération pourra être modifié suivant les besoins par le Bureau de l'Assemblée de la Province. L'admission est prononcée par le Président de la Province après avis d'une commission consultative des aides.

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

Article 23 –

Modifié par délib n° 50-2008/APS du 20/08/2008, art.6

Remplacé par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.13

Modifié par délib n° 19-2014/APS du 11/09/2014, art.1

La commission consultative est composée :

- du président de l'assemblée de province ou de son représentant, Président ;
- du président de la commission de la santé et de l'action sociale de l'assemblée de province ;
- de trois membres de l'assemblée de province, désignés par cette dernière dans le respect du principe de la représentation proportionnelle des groupes politiques qui y sont représentés ou leurs suppléants ;
- du directeur provincial de l'action sanitaire et sociale ou de son représentant ;
- de l'assistante sociale chef ou de son représentant ;
- de deux représentants des associations à caractère social ou caritatif, l'un du secteur « personnes âgées » et le second du secteur « personnes handicapées », désignés pour la durée de la mandature, par le Président de l'assemblée de province.

En cas d'égalité des voix, celle du président est prépondérante.

Le secrétariat de la commission est assuré par la direction provinciale de l'action sanitaire et sociale.

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

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

Article 24 –

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

Article 25 –

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

Article 26 –

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

Article 27 –

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

Article 28 –

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

CHAPITRE II - REGIME D'AIDE AUX PERSONNES AGEES.

Article 29 –

Remplacé par délib n° 53-2008/APS du 11/09/2008, art.14

Modifié par délib n° 213-2017/BAPS/DPASS du 14/02/2017, art.1

L'indemnité personnelle allouée aux personnes visées à l'article 31 de la délibération cadre du 28 décembre 1989 susvisée est fixée en province Sud à **15 000F francs CFP** par mois.

Le bureau de l'assemblée de la province Sud est habilité, après avis de la commission de la santé et de l'action sociale, à revaloriser chaque année cette indemnité personnelle, notamment en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation des ménages calculé par l'ISEE.

Article 29-1 –

Ajouté par n° délib 03-93/APS du 05/03/1993, art.1

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

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

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

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

CHAPITRE III - REGIME D'AIDE AUX GRANDS INFIRMES MINEURS

Article 30 –

La direction provinciale de l'action sanitaire et sociale peut contrôler si l'allocation servie en application de l'article 36 de la délibération cadre susvisée en faveur des handicapés est utilisée pour les

traitements et la rééducation éventuelle du mineur. Les résultats du contrôle sont communiqués à la commission prévue à l'article 23 de la présente délibération.

CHAPITRE IV - REGIME DE L'AIDE SOCIALE A L'ENFANCE

Article 31 –

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

Article 32 –

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

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

Entrent dans la 1^{ère} catégorie :

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

Entrent dans la 2^{ème} catégorie :

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

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

Article 33 –

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

Article 34 –

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

Article 35 –

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

Article 36 –

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

Article 37 –

Modifiée par délib n° 79-91/APS du 10/12/1991, art. 1

Modifié par délib n° 58-92/APS du 17/12/1992, art.1

Modifié par délib n° 02-94/BAPS du 06/01/1994, art.1

Modifié par délib n° 46-94/APS du 20/12/1994, art.1

Modifié par délib n° 07-96/APS du 11/04/1996, art.1

Modifié et ajouté par délib n° 52-96/APS du 20/12/1996, art.1 et 2

Remplacé par délib n° 37-97/APS du 17/12/1997, art.1 et 2

Modifié et remplacé par délib n° 01-99/APS du 09/04/1999, art.1 et 2

Modifié et remplacé par délib n° 18-2000/APS du 10/08/2000, art.1 et 2

Modifié et remplacé par délib n° 29-2001/APS du 14/11/2001, art.1 et 2

Modifié par délib n° 305-2004/BAPS du 07/05/2004, art. 1 et 2

L'indemnité mensuelle représentative des frais d'entretien d'un mineur prévue par l'article 41 de la délibération cadre n° 49 du 28 décembre 1989 susvisée est, à compter du 1^{er} mai 2004, portée à 48 900 FCFP pour les mineurs placés dans les foyers d'aide sociale « Institut Clair Coteau - Emma Meyer » et « Foyer Georges Dubois ».

Cette indemnité peut être majorée, dans la limite de 20%, par décision du Président de l'Assemblée de province pour tenir compte de sujétions ou de charges particulières (notamment accueil d'un enfant handicapé, accueil en urgence,...).

L'indemnité de trousseau est fixée à :

- 33.700 FCFP pour les enfants de la naissance à 5 ans révolus,
- 39.400 FCFP pour les enfants de 6 à 10 ans révolus,
- 50.400 FCFP pour les enfants à partir de 11 ans.

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

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

Il est également attribué une allocation « cadeau de Noël » chaque année au mois de novembre, à la personne ou à l'établissement qui accueille le mineur, et dont le montant est fixé comme suit :

- 3400 FCFP pour les enfants de la naissance à 5 ans révolus,
- 5500 FCFP pour les enfants de 6 ans à 10 ans révolus
- 7600 FCFP pour les enfants à partir de 11 ans

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

Article 38 –

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

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

Article 39 –

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

Article 40 –

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

Article 41 –

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

TITRE III – DISPOSITIONS DIVERSES

(Inséré par délib n° 36-90/APS du 28/03/1990, art 3)

Article 42-0 –

Inséré par délib n° 36-90/APS du 28/03/1990, art.3

Complété par délib n° 43-94/APS du 25/11/1994, art.2

Modifié par délib n° 43-2004/APS du 17/12/2004, art.7

Pour l'application par la province sud, en application des articles 1, 2 et 42 de la délibération n° 49 du 28 décembre 1989 susvisée, des mesures en vue de la réadaptation fonctionnelle, de la rééducation professionnelle, du reclassement et de la protection sociale des handicapés fixées par la délibération n° 61 du 12 septembre 1986 du Congrès, lire dans l'ensemble de ce dernier texte les mots : "Président de la Province Sud", au lieu de : "Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République" et les mots : "inscrits au budget de la Province (Direction du développement économique, de la formation professionnelle et de l'emploi)", au lieu de : "mis à la disposition du Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République".

Les handicapés qui ont été admis au bénéfice des mesures de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle sont affiliés à un régime de retraite complémentaire par répartition, sous réserve de l'accord de la caisse choisie par le Président de l'Assemblée de Province. Le taux de la cotisation est fixé au taux minimum, actuellement 4% appelé à 125%. La cotisation pour la part employeur fixée à 50% du montant total est prise en charge par la province.

Article 43 –

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

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