

Document mis  
en distribution

Le 27 JAN. 2025



N° 2-2025

---

**ASSEMBLÉE  
DE LA  
POLYNÉSIE FRANÇAISE**

---

*Enregistré au secrétariat général de l'assemblée le 27 JAN. 2025*

**RAPPORT**

**SUR LE PROJET DE LOI DU PAYS MODIFIANT LA DÉLIBÉRATION N° 74-22 DU  
14 FÉVRIER 1974 MODIFIÉE INSTITUANT UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ  
AU PROFIT DES TRAVAILLEURS SALARIÉS,**

*présenté au nom de la commission de la santé et des solidarités*

*par M<sup>mes</sup> Frangélica BOURGEOIS-TARAHU et Rachelle FLORES,*

*Représentantes à l'assemblée de la Polynésie française,  
Rapporteuses du projet de loi du pays.*

---

Monsieur le Président,  
Mesdames, Messieurs les représentants,

Par lettre n° 11/PR du 2 janvier 2025, le Président de la Polynésie française a transmis aux fins d'examen par l'assemblée de la Polynésie française, un projet de loi du pays modifiant la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.

## I- Contexte

En 2017, une loi du pays<sup>1</sup> a été adoptée afin d'harmoniser la prise en charge de la longue maladie pour les différents régimes d'assurance maladie. Pour contextualiser, il s'agissait de rétablir une équité de traitement entre tous les ressortissants affiliés à l'un des trois régimes de la PSG polynésienne.

Il était ainsi question de trouver le juste équilibre entre l'efficacité des traitements liés aux affections prises en charge au titre de l'assurance longue maladie, directement liée à la continuité des soins qui pouvait être entravée de manière durable en cas de changement de régime d'affiliation, et les coûts directement induits desdits traitements, lesquels représentaient alors plus de la moitié des dépenses annuelles de santé supportées par les régimes de protection sociale.

Ladite loi du pays devait ainsi harmoniser la liste des pathologies ouvrant droit à la prise en charge en « longue maladie », afin que les ressortissants des trois régimes polynésiens souffrant d'une même affection aient accès aux mêmes prestations. Pour ce faire, ce texte renvoyait le soin au conseil des ministres de fixer la liste desdites pathologies, les modalités et la durée maximale de prise en charge.

L'adoption de la loi du pays citée supra a eu pour conséquence directe l'abrogation de la liste des longues maladies alors en vigueur<sup>2</sup> puisqu'elle devait s'accompagner d'un arrêté d'application subséquent.

Également, la durée de versement des prestations en espèces, fixée à trois années consécutives (36 mois), qui correspond aux indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour les assurés du régime général des salariés en longue maladie, aurait dû être ramenée à 18 mois.

En l'absence d'arrêté d'application fixant une liste harmonisée des longues maladies, ce nouveau délai n'a jamais été mis en œuvre par la Caisse de prévoyance sociale (CPS).

## II- Présentation du projet de texte

D'abord, le présent projet de texte propose de sécuriser le délai de versement des prestations en espèces en fixant à nouveau ce délai à trois ans consécutifs par l'ajout de cette disposition au sein de l'article 18 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés (**article LP 1**).

Ensuite, les travaux effectués par les services du pays, la CPS et les professionnels de santé ont conduit à la nécessité d'indiquer des critères médicaux précis définissant chaque longue maladie, ainsi que la durée éventuelle pour laquelle le statut de longue maladie serait donné au patient, en prenant en compte les états pathologiques ou invalidants temporaires ou permanents.

Il est ainsi proposé de modifier dans ce sens l'article 18 bis de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 susmentionnée pour permettre une transparence et une harmonisation dans la catégorisation des patients en longue maladie, selon des critères qui seront fixés par le conseil des ministres (**article LP 2**).

L'assurance longue maladie concerne les patients atteints de maladies répertoriées sur une liste arrêtée par le conseil des ministres, mais peut également englober des affections non répertoriées sur cette liste, sur proposition d'un médecin conseil.

<sup>1</sup> *Loi du pays n° 2017-45 du 28 décembre 2017 portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens*

<sup>2</sup> *Arrêté n° 1400 CM du 30 décembre 1994*

Ces affections doivent répondre à des critères spécifiques établis, tels que la gravité de la maladie ou un état pathologique invalidant et la nécessité d'un traitement médicamenteux régulier, d'un appareillage, d'hospitalisations répétées, d'actes techniques médicaux ou biologiques répétés, ou de soins paramédicaux.

Ainsi, il est proposé que le service de la médecine conseil soit habilité à inclure en longue maladie des situations nouvelles ou très rares afin de ne pas pénaliser le patient qui rentrera dans les conditions fixées par la loi du pays, avant d'examiner éventuellement le besoin d'inclure ce nouveau cas dans la liste des longues maladies.

Il a été indiqué par la CPS que la demande d'affiliation d'un patient en longue maladie est parfois sollicitée sur la base de critères sociaux du patient, si ce dernier n'est pas en mesure de prendre en charge les frais liés à sa pathologie. Toutefois, le classement en longue maladie proposé est basé uniquement sur des critères médicaux, afin de distinguer les besoins de prise en charge qui relèvent de la longue maladie de ceux qui relèvent de critères sociaux qui doivent relever de financements différents.

Enfin, il est ainsi proposé d'adapter l'article 19 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 en intégrant la notion de parcours de soins coordonnés et, soit de panier de soins, soit de protocole de soins, afin d'intégrer le médecin traitant dans le dispositif (**article LP 3**).

La modification proposée à l'article 19 concerne également quelques notions d'ordre sémantique et supprime la notion de « médicament efficient » qui n'a pas été mis en œuvre en raison de l'absence de cohérence avec le dispositif de prise en charge des médicaments fixé par la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 relative à la maîtrise de l'évolution des dépenses des produits de santé et des produits de santé et des produits et prestations remboursables.

Pour conclure, il convient de souligner qu'à ce jour<sup>3</sup>, et dans leur ensemble, les longues maladies toucheraient près de 17 % de la population polynésienne et environ 2500 nouveaux cas sont enregistrés par an, avec une affection particulière aux maladies liées à la surcharge pondérale.

Il est à noter que le 3 mai 2024, le Conseil d'administration de la CPS a rendu un avis favorable au présent projet de texte. Également consulté à cet effet, le Conseil économique, social, environnemental et culturel a adopté un avis similaire.

Le Conseil stratégique de la protection sociale universelle de la Polynésie française (CSPSU) a également été consulté. N'ayant pas répondu dans le délai imparti, l'avis est réputé favorable. Par courrier électronique du 5 septembre 2024, son président a indiqué partager l'avis du CESEC.

### **III- Travaux en commission**

Le présent projet de loi du pays a été examiné par la commission de la santé et des solidarités le 23 janvier 2025.

Après un rappel des principaux objectifs visés par le projet de texte, une distinction globale a été effectuée entre les médecins traitants et les médecins référents (spécialistes) dans le cadre du suivi de patients atteints d'une longue maladie.

Par ailleurs, des réflexions ont été menées sur la liste des longues maladies, avec des interrogations sur les affectations psychiatriques de longue durée et l'éventualité d'y inclure notamment l'obésité (étant précisé qu'une réflexion doit être portée sur la définition même de l'obésité).

Enfin, un amendement modifiant l'article LP 3 du projet de texte a été adopté en commission, avec pour triple objectif de :

- préciser que la prise en charge des actes et prescriptions en nature liés au traitement d'une longue maladie s'effectue en tiers payant, permettant le remboursement des professionnels de santé directement par la CPS ;
- prévoir qu'un patient en longue maladie supporte une participation aux honoraires de consultation d'un médecin en rapport direct avec sa longue maladie, selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres ;

<sup>3</sup> Données issues de l'avis n° 28-2024 CESEC du 25 juillet 2024

– clarifier les modalités de prise en charge des soins s'agissant des maladies intercurrentes (sans lien direct avec la longue maladie), le patient participant aux frais de santé dans les conditions de droit commun.

\* \* \* \* \*

*À l'issue des débats, le projet de loi du pays modifiant la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés a recueilli un vote favorable unanime des membres de la commission.*

*En conséquence, la commission de la santé et des solidarités propose à l'assemblée de la Polynésie française d'adopter le projet de loi du pays ci-joint.*

#### LES RAPPORTEURES

**Frangélica BOURGEOIS-TARAHU**

**Rachelle FLORES**

## TABLEAU COMPARATIF

Projet de loi du pays modifiant la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés  
(Lettre n° 11/PR du 02-01-2025)

DISPOSITIONS EN VIGUEUR	MODIFICATIONS PROPOSÉES
<p>Délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés</p> <p>Section 3 – Prestations assurance longue maladie – Conditions particulières</p>	
<p><b>Art. LP. 18</b></p> <p>L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces.</p>	<p><b>Art. LP. 18</b></p> <p>L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces.</p> <p><i>Les prestations en espèces sont versées dans une limite de trois années consécutives.</i></p>
<p><b>Art. LP. 18 bis</b></p> <p>Le bénéfice de l'assurance longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections dont la liste est établie par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>Lorsqu'il n'existe pas de panier de soins prédéfini, les prestations servies sont celles prévues par un protocole de soins établi par le médecin traitant, en concertation avec les autres professionnels de santé concernés en respectant les recommandations de bonnes pratiques applicables en Polynésie française et approuvé par le contrôle médical.</p>	<p><b>Art. LP. 18 bis</b></p> <p>Le bénéfice de l'assurance longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections dont la liste <i>et la durée sont établies</i> par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p><i>Cette liste comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la suppression ou à la limitation de la participation de l'assuré.</i></p> <p><i>Toutefois, peuvent être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du médecin conseil, certaines affections nécessitant une prise en charge d'une durée prévisible supérieure à six mois et répondant aux deux conditions suivantes, cumulativement remplies :</i></p> <p><i>a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;</i></p> <p><i>b) Cette ou ces affections nécessitent à minima trois des cinq critères suivants : traitement médicamenteux régulier ou appareillage régulier, hospitalisation, actes techniques médicaux répétés, actes biologiques répétés, soins paramédicaux répétés.</i></p> <p><i>La caisse de prévoyance sociale informe l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale du nombre annuel de patients en longue maladie ainsi que du nombre annuel de patients inclus dans le dispositif dérogatoire prévu au présent article.</i></p> <p>Lorsqu'il n'existe pas de panier de soins prédéfini, les prestations servies sont celles prévues par un protocole de soins établi par le médecin traitant, en concertation avec les autres professionnels de santé concernés en respectant les recommandations de bonnes pratiques applicables en Polynésie française et approuvé par le contrôle médical.</p>

DISPOSITIONS EN VIGUEUR	MODIFICATIONS PROPOSÉES
<p><b>Art. LP. 19</b></p> <p>Lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection figurant sur la liste prévue par l'article LP. 18 bis alinéa premier par le service du contrôle médical, sur demande de son médecin traitant, il bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection, à l'exception de la consultation médicale et, dorénavant, des médicaments dont l'efficacité ne justifie plus une prise en charge totale et dont la liste sera fixée par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p><i>La prise en charge s'effectue en tiers payant uniquement pour les soins délivrés dans le cadre du parcours de soins et en exécution du protocole validé par le contrôle médical.</i></p> <p>Les prescriptions en rapport avec les longues maladies devront être effectuées sur des ordonnances spécifiques.</p> <p><i>L'exonération du ticket modérateur n'est pas applicable</i> aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</p> <p>Les prestations en espèces sont celles prévues aux autres assurances. Elles sont réservées aux seuls assurés et ne pourront être inférieures au SMIG. Toutefois, le paiement n'interviendra qu'à l'issue de la période pendant laquelle l'employeur est tenu de verser au travailleur dans la limite normale de préavis une indemnité égale au montant de sa rémunération pendant la durée de l'absence conformément aux dispositions de l'article 7 alinéa 1 première phrase de la délibération n ° 75-38 du 13 février 1975.</p> <p>Lorsque les sommes dues ne pourraient être versées directement à l'intéressé en raison de son état, celles-ci seront versées au conjoint ou toute autre personne désignée, soit par procuration, soit par le juge des tutelles.</p>	<p><b>Art. LP. 19</b></p> <p><i>L'assuré ou le bénéficiaire de l'assurance longue maladie ne supporte aucune participation, la prise en charge s'effectuant en tiers payant, pour les actes, prescriptions et autres prestations en nature liés au traitement de cette affection, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion, lorsque ces frais s'inscrivent dans un parcours de soins coordonnés et sont compris dans un panier de soins prédéfini ou se rapportent au protocole de soins.</i></p> <p><i>Par dérogation à l'alinéa premier, l'assuré ou le bénéficiaire de l'assurance longue maladie supporte une participation aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin en rapport direct avec une affection reconnue comme longue maladie, déterminée en fonction du taux de remboursement fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</i></p> <p>Les prescriptions en rapport avec les longues maladies devront être effectuées sur des ordonnances spécifiques.</p> <p><i>Les conditions de prises en charge prévues aux alinéas précédents du présent article ne s'appliquent pas</i> aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions de l'assurance maladie.</p> <p>Les prestations en espèces sont celles prévues aux autres assurances. Elles sont réservées aux seuls assurés et ne pourront être inférieures au SMIG. Toutefois, le paiement n'interviendra qu'à l'issue de la période pendant laquelle l'employeur est tenu de verser au travailleur dans la limite normale de préavis une indemnité égale au montant de sa rémunération pendant la durée de l'absence conformément aux dispositions de l'article 7 alinéa 1 première phrase de la délibération n ° 75-38 du 13 février 1975.</p> <p>Lorsque les sommes dues ne pourraient être versées directement à l'intéressé en raison de son état, celles-ci seront versées au conjoint ou toute autre personne désignée, soit par procuration, soit par le juge des tutelles.</p>



---

**ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE**

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FÉVRIER 2004

SESSION ADMINISTRATIVE

---

---

**LOI DU PAYS**

(NOR : DPS24201625LP-9)

modifiant la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés

L'assemblée de la Polynésie française a adopté le projet de loi du pays dont la teneur suit :

---

*Travaux préparatoires :*

- Avis n° 28/CESEC du 25 juillet 2024 du Conseil économique, social, environnemental et culturel de la Polynésie française ;
  - Arrêté n° 1 CM du 2 janvier 2025 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
  - Examen par la commission de la santé et des solidarités le 23 janvier 2025 ;
  - Rapport n° 2-2025 du 27 janvier 2025 de M<sup>mes</sup> Frangélica BOURGEOIS-TARAHU et Rachelle FLORES, rapporteuses du projet de loi du pays ;
  - Adoption en date du 27 mai 2025 ;
-

**Article LP 1.-** Après l'alinéa premier de l'article 18 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée, est ajouté un second alinéa rédigé ainsi qu'il suit : « *Les prestations en espèces sont versées dans une limite de trois années consécutives.* ».

**Article LP 2.-** L'article LP 18 bis de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée, est modifié ainsi qu'il suit :

1° Au premier alinéa, les mots « *dont la liste est établie* » sont remplacés par les mots suivants : « *dont la liste et la durée sont établies* » ;

2° Après le premier alinéa, sont ajoutés cinq alinéas rédigés ainsi qu'il suit :

*« Cette liste comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la suppression ou à la limitation de la participation de l'assuré.*

*Toutefois, peuvent être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du médecin conseil, certaines affections nécessitant une prise en charge d'une durée prévisible supérieure à six mois et répondant aux deux conditions suivantes, cumulativement remplies :*

- a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;*
- b) Cette ou ces affections nécessitent à minima trois des cinq critères suivants : traitement médicamenteux régulier ou appareillage régulier, hospitalisation, actes techniques médicaux répétés, actes biologiques répétés, soins paramédicaux répétés.*

*La caisse de prévoyance sociale informe l'agence de régulation de l'action sanitaire et sociale du nombre annuel de patients en longue maladie ainsi que du nombre annuel de patients inclus dans le dispositif dérogatoire prévu au présent article. ».*

**Article LP 3.-** L'article LP 19 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 est modifié ainsi qu'il suit :

- Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :


*« L'assuré ou le bénéficiaire de l'assurance longue maladie ne supporte aucune participation, la prise en charge s'effectuant en tiers payant, pour les actes, prescriptions et autres prestations en nature liés au traitement de cette affection, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion, lorsque ces frais s'inscrivent dans un parcours de soins coordonnés et sont compris dans un panier de soins prédéfini ou se rapportent au protocole de soins. »*

- Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes : « *Par dérogation à l'alinéa premier, l'assuré ou le bénéficiaire de l'assurance longue maladie supporte une participation aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin en rapport direct avec une affection reconnue comme longue maladie, déterminée en fonction du taux de remboursement fixé par arrêté pris en conseil des ministres* » ;

- Au quatrième alinéa, les mots : « *L'exonération du ticket modérateur n'est pas applicable* » sont remplacés par les mots : « *Les conditions de prises en charge prévues aux alinéas précédents du présent article ne s'appliquent pas* » et les mots « *du régime* » sont remplacés par les mots suivants : « *de l'* ».

Délibéré en séance publique, à Papeete, le 27 mai 2025

La secrétaire,  
  
Odette HOMAI

Le Président,  
  
Antony GEROS