



N° 136-2017

Document mis
en distribution
Le 13 OCT. 2017

**ASSEMBLÉE
DE LA
POLYNÉSIE FRANÇAISE**

Enregistré au secrétariat général de l'assemblée le 13 OCT. 2017

RAPPORT

**SUR LE PROJET DE LOI DU PAYS PORTANT HARMONISATION
DE LA PRISE EN CHARGE DE LA LONGUE MALADIE
PAR LES RÉGIMES DE PROTECTION SOCIALE POLYNÉSIENS**

*présenté au nom de la commission de la santé, de la solidarité,
du travail et de l'emploi*

par Mesdames Armelle MERCERON et Sylvana PUHETINI,

*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° 6609/MSS du 22 septembre 2017, 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 portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens.

Les coûts induits par le traitement des affections prises en charge au titre de l'assurance longue maladie représentent plus de la moitié des dépenses annuelles de santé supportées par les régimes de protection sociale.

Or, l'efficacité des traitements est directement liée à la continuité des soins, laquelle peut aujourd'hui être entravée de manière durable en cas de changement de régime d'affiliation, entraînant un risque de rupture de soins et, partant, une perte de chance de guérison du patient.

En effet, la prise en charge de la longue maladie n'est pas uniforme entre les différents régimes de protection sociale. Les différences portent à la fois sur la détermination des pathologies relevant de l'assurance longue maladie et sur leur durée de prise en charge. Par exemple, la réglementation actuelle prévoit pour les salariés une prise en charge d'une durée de 3 ans, alors que pour les ressortissants du RSPF, cette durée est laissée à l'appréciation du médecin conseil.

Ainsi, le présent projet de loi du pays prévoit d'harmoniser :

- la liste des pathologies afin que les ressortissants des trois régimes polynésiens souffrant d'une même pathologie aient accès aux mêmes prestations (*exonération du ticket modérateur*). Pour ce faire, le projet de loi du pays renvoie le soin au conseil des ministres de fixer la liste desdites pathologies et leur durée maximale de prise en charge au titre de l'assurance « longue maladie » ;
- les critères d'admission et la durée de prise en charge en longue maladie seront appréciés par les médecins conseils qui seront tenus de se référer aux recommandations de la haute autorité de santé (*autorité nationale*).

Par ailleurs, le présent projet de loi du pays confèrera au médecin conseil la possibilité de suspendre l'attribution de l'assurance longue maladie en cas d'inobservance par le patient du traitement et/ou du non suivi des recommandations médicales préconisées par le médecin référent pour la guérison ou l'amélioration de son état de santé.

Les modalités de prise en charge sont également modifiées lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une affection en longue maladie par le service du contrôle médical sur demande de son médecin traitant. Actuellement, l'assuré en longue maladie prend à sa charge 5 % pour tout ce qui concerne :

- les consultations et les visites réalisées par un médecin liées à la longue maladie concernée, et celles incluses dans le panier de soins ;
- les majorations de nuit et du dimanche ;
- les frais de déplacement du médecin ;
- l'électrocardiogramme ;
- l'IRM ;
- l'ostéodensitométrie (*examen permettant de mesurer la densité minérale osseuse*).

Les seules situations pour lesquelles le taux de prise en charge est à 100 % sont toutes les prescriptions de médicaments liées à la longue maladie et qui sont inscrites dans la partie supérieure de l'ordonnance bizona et tous les actes infirmiers, de kinésithérapie, d'analyses biologiques effectués dans le cadre de la longue maladie.

Désormais, l'assuré bénéficiera 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.

Pour permettre l'harmonisation entre les régimes, l'article LP 1 du projet complète les dispositions du régime d'assurance maladie des salariés (*délib. n° 74-22 du 14 février 1974*) et les articles LP 2 à LP 5 étendent ces dispositions aux textes régissant l'assurance maladie des non-salariés et aux ressortissants du RSPF.

En outre, le projet de loi du pays permet d'actualiser des dispositions devenues obsolètes en supprimant les références aux structures qui n'existent plus ou qui ne peuvent plus assurer le suivi obligatoire des malades en longue maladie (*centre de lutte contre la tuberculose, centre d'hygiène mentale, haut comité médical de la sécurité sociale*).

Il tend à rétablir l'équité de traitement entre tous les ressortissants affiliés à l'un des trois régimes de protection sociale polynésiens. L'harmonisation et la rationalisation du régime de la longue maladie qu'elle a pour objectif d'atteindre s'articulent opportunément avec l'institution des parcours de soins et de paniers de soins dans le cadre de la réglementation relative au médecin traitant.

Travaux en commission.

Le présent projet de loi du pays a fait l'objet d'un examen par la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi le 9 octobre 2017.

A cette occasion, il a été rappelé aux membres que l'objectif est d'harmoniser entre les trois régimes de la Protection Sociale généralisée, la liste des pathologies ainsi que la durée et les modalités de leur prise en charge, ce qui sera réalisé par l'intermédiaire d'un arrêté adopté en conseil des ministres.

Par ailleurs, l'échange a également permis aux membres de la commission de débattre principalement des points suivants :

- statistiquement, ils ont été informés que moins de 15 % des assurés sont concernés par la longue maladie pour 40 % des dépenses annuelles de l'assurance maladie (se référer aux tableaux statistiques fournis par la CPS). A cet égard, les trois types de pathologies les plus fréquentes enregistrées par la CPS sont, dans l'ordre, l'hypertension artérielle combinée aux maladies cardio-vasculaires, le diabète sucré, les maladies pulmonaires ; toutes ces pathologies sont directement liées au mode de vie ;
- l'importance de développer des actions de prévention contre les pathologies ciblées en concordance avec les orientations prévues par le schéma d'organisation sanitaire. Il a, d'ailleurs, été indiqué que la prévention dans ce domaine nécessite une action interministérielle et non le seul ministère de la santé (par exemple la réalisation des parcours de santé) ;
- la communication particulière qui devrait être adressée aux populations les plus touchées afin que l'action de prévention soit plus efficace ;
- du début de gestion par branches afin de pouvoir traiter tous les ressortissants de la même manière.

* * * * *

À l'issue des débats, le présent projet de loi du pays a recueilli un vote favorable des membres de la commission. En conséquence, la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi propose à l'assemblée de la Polynésie française d'adopter le projet de loi du pays ci-joint.

LES RAPPORTEURES

Armelle MERCERON

Sylvana PUHETINI

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Modifications proposées
Délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés	
SECTION III - PRESTATIONS ASSURANCE LONGUE MALADIE - CONDITIONS PARTICULIERES	
<p>Art. 18. — L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces, dans une limite de trois années consécutives.</p> <p>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> — tuberculose évolutive sous toutes ses formes ; — maladie de Hansen ; — poliomyélite antérieure aiguë et ses séquelles ; — sarcoïdose ; — tumeurs malignes, y compris les tumeurs des tissus lymphatiques et hématopoiétiques ; — cancers et leucémies ; — diabète ; — anémie pernicieuse ; — hémophilie ; — maladies mentales (psychoses, névroses graves et invalidantes, troubles graves de la personnalité) sur proposition du médecin spécialiste ; — maladies cérébro-vasculaires ; — sclérose en plaques ; — maladie de Parkinson ; — paraplégies ; — infarctus du myocarde ; — hypertension maligne ; — néphrites et syndromes néphrotiques subaigus ou chroniques graves ; — spondylite ankylosante ; — polyarthrite chronique évolutive ; — troubles neuro-musculaires (myopathie, amyotrophie congénitale) ; — fibrose kystique (mucoviscidose) ; — malformations cardiaques à caractère congénital ; — épilepsie ; — maladie de Bouillaud (R.A.A.) et ses complications ; — insuffisance respiratoire chronique grave ; — artériopathies chroniques ; — psoriasis. <p>Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du médecin conseil, certaines affections nécessitant un arrêt de travail ou des soins de plus de six mois. Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p> <p>Les bénéficiaires du régime de prévoyance sociale sont transférés au présent régime jusqu'à la fin de l'affection prise en charge.</p>	<p>Article LP 18 - L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces.</p>

<p>Tous les enfants bénéficiaires du régime assurance maladie-invalidité atteints de handicaps sévères au plan physique ou mental et nécessitant de ce fait des traitements prolongés ou onéreux pourront bénéficier d'une prise en charge totale au titre de la longue maladie.</p>	
	<p>Article LP 18-bis - 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>Art. 19.—Les prestations prévues à l'article précédent sont attribuées pour une durée fixée par le directeur de l'organisme de gestion, après avis du médecin-conseil et qui peut être prolongée par des décisions ultérieures prises dans la même forme, jusqu'à la fin de la troisième année consécutive.</p> <p>Des prolongations exceptionnelles pourront être accordées sur avis du médecin-conseil de la caisse de prévoyance sociale.</p> <p>En ce qui concerne la tuberculose, les malades doivent être obligatoirement suivies au centre de lutte contre la tuberculose. La poursuite d'un traitement de blanchiment régulier pourra, sur proposition du centre de lutte contre la tuberculose, entraîner l'attribution d'une aide en nature, après enquête du service social de la caisse de prévoyance sociale, révocable immédiatement en cas d'inobservation des prescriptions médicales ou arrêt de soins.</p> <p>Les maladies mentales devront être traitées par le centre d'hygiène mentale.</p> <p>La maladie de Hansen devra être traitée par le service spécialisé.</p> <p>Les prestations en espèces sont celles prévues aux autres assurances. Elles sont réservées aux seuls assurés et ne pourront être inférieures (remplacé, Dél n° 96-109 APF du 12/09/1996, article 1er) « à la somme de 87.346 F CFP ».(remplacé, Dél n° 86-53 AT du 20/08/1986, art. 3) « 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». Des majorations de 0,1 SMIG par enfant à charge au titre des allocations familiales seront versées, ainsi que les allocations familiales jusqu'à guérison constatée.</p>	<p>Article 19 - 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>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.</p> <p>Les prescriptions en rapport avec les longues maladies devront être effectuées sur des ordonnances spécifiques.</p> <p>L'exonération du ticket modérateur n'est pas applicable 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 (remplacé, Dél n° 96-109 APF du 12/09/1996, article 1er) « à la somme de 87.346 F CFP ».(remplacé, Dél n° 86-53 AT du 20/08/1986, art. 3) « 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». Des majorations de 0,1 SMIG par enfant à charge au titre des allocations familiales seront versées, ainsi que les allocations familiales jusqu'à guérison constatée.</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>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>Art. LP. 20.— <i>L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</i></p> <p><i>Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</i></p> <p><i>Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</i></p>	<p>Article LP 20 - <i>Le médecin conseil peut procéder à tout moment à l'examen des bénéficiaires de l'assurance longue maladie. Le médecin référent peut assister à cet examen à sa demande ou à celle du médecin conseil.</i></p> <p><i>Lorsque le médecin conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que le bénéfice de l'assurance longue maladie n'est pas ou n'est plus médicalement justifié au jour de l'examen médical, il y met fin, sans préjudice des dispositions applicables pour prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité.</i></p> <p><i>Il procède de même lorsqu'il constate, après avoir recueilli l'avis du médecin référent, que le patient ne se conforme pas aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par ce dernier.</i></p>
<p>DELIBERATION n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées.</p>	
<p>CHAPITRE « IV »- CONDITIONS PARTICULIERES</p>	
<p>Section 3 - Prestations assurance longue maladie</p>	
<p>Art. 24.— L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature.</p> <p><i>Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections prévues au régime des salariés.</i></p> <p><i>Pourront également être considérées comme longues maladies, sur proposition du médecin-conseil, certaines affections nécessitant des soins continus de plus de six mois.</i></p> <p><i>Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</i></p>	<p>Art. 24.— L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature.</p> <p><i>Les dispositions relatives à la prise en charge de la longue maladie sont celles prévues par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.</i></p>
<p>Art. LP. 25.— L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</p> <p>Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</p>	

<p>Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</p>	
<p>DELIBERATION n° 95-262/AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial.</p>	
<p>PROCEDURES SPECIFIQUES</p>	
<p>Section 1 - Procédure longue maladie</p>	
<p>Art. 25.— Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections dont la liste est définie par un arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du praticien-conseil, certaines affections nécessitant des soins de plus de six mois. Par soins continus, il faut entendre des soins dispensés avec une périodicité obligatoire et un temps minimum réputés nécessaires à l'obtention d'un résultat thérapeutique acceptable et en dehors desquels une incidence vitale serait inéluctable.</p>	<p>Article LP 25 - Les dispositions relatives à la prise en charge de la longue maladie sont celles prévues par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés.</p>
<p>Art. LP. 26.— L'assuré ou le bénéficiaire, au cours de la période où il est couvert au titre de l'assurance longue maladie, ne supporte aucune participation aux frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, aux frais d'acquisition et de renouvellement des produits de santé ou des produits et prestations remboursables, uniquement lorsque ces frais sont en rapport direct avec l'affection reconnue comme longue maladie, à concurrence des tarifs de responsabilité de l'organisme de gestion.</p> <p>Toutefois, cette exonération totale n'est pas applicable aux honoraires de consultation ou de visite d'un médecin, remboursés selon un taux fixé par arrêté pris en conseil des ministres.</p> <p>Elle n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.</p>	



ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FÉVRIER 2004

SESSION BUDGÉTAIRE

LOI DU PAYS

(NOR : DPS1600960LP-4)

portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie
par les régimes de protection sociale polynésiens

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

Travaux préparatoires :

- Avis n° 71-2016/CESC du 1^{er} décembre 2016 du conseil économique, social et culturel de la Polynésie française ;
 - Arrêté n° 1697 CM du 22 septembre 2017 soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
 - Examen par la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi le 9 octobre 2017 ;
 - Rapport n° 136-2017 du 13 octobre 2017 de Mesdames Armelle MERCERON et Sylvana PUHETINI rapporteuses du projet de loi du pays ;
 - Adoption en date du 9 novembre 2017 ;
-

Article LP 1.- La délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés est modifiée comme suit.

1° L'article 18 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 susvisée est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article LP 18 - L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature et aux seuls assurés des prestations en espèces. »

2° Il est créé après l'article 18 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 susvisée un article nouveau 18-bis ainsi rédigé :

« Article LP 18-bis - 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.

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. »

3° Les cinq premiers alinéas de l'article 19 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 susvisée sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Article 19 - 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.

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.

Les prescriptions en rapport avec les longues maladies devront être effectuées sur des ordonnances spécifiques.

L'exonération du ticket modérateur n'est pas applicable aux maladies intercurrentes dont les soins sont remboursés conformément aux dispositions du régime assurance maladie.»

4° Les dispositions de l'article 20 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 susvisée sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Article LP 20 - Le médecin conseil peut procéder à tout moment à l'examen des bénéficiaires de l'assurance longue maladie. Le médecin référent peut assister à cet examen à sa demande ou à celle du médecin conseil.

Lorsque le médecin conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin traitant, que le bénéfice de l'assurance longue maladie n'est pas ou n'est plus médicalement justifié au jour de l'examen médical, il y met fin, sans préjudice des dispositions applicables pour prétendre au bénéfice d'une pension d'invalidité.

Il procède de même lorsqu'il constate, après avoir recueilli l'avis du médecin référent, que le patient ne se conforme pas aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par ce dernier.»

Article LP 2.- Les alinéas 2 à 4 de l'article 24 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les dispositions relatives à la prise en charge de la longue maladie sont celles prévues par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés. »

Article LP 3.- L'article 25 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées est abrogé.

Article LP 4.- L'article 25 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque d'assurance maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française est remplacé par les dispositions suivantes :

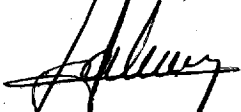
« Article LP 25 - Les dispositions relatives à la prise en charge de la longue maladie sont celles prévues par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés. »

Article LP 5.- L'article 26 de la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque d'assurance maladie des ressortissants du régime de solidarité de la Polynésie française est abrogé.

Article LP 6.- L'arrêté n° 1400 CM du 30 décembre 1994 est abrogé.

Délibéré en séance publique, à Papeete, le 9 novembre 2017

La secrétaire,



Loïs SALMON-AMARU

La présidente de séance,



Vaiata PERRY-FRIEDMAN