



CESC

Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française
Apooraa Matutu Ti'a Rau e Mata U'i no Polinesia farani

AVIS

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

SAISINE DU PRESIDENT DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Rapporteurs :

Madame Lucie TIFFENAT et Monsieur Jean-François WIART

Adopté en commission le **29 novembre 2016**
Et en assemblée plénière le **1^{er} décembre 2016**

71/2016

S A I S I N E



Le Président

N° **L 8831** / PR
(NOR : DPS1600960LP)

Papeete, le **16 NOV. 2016**

à

Monsieur le Président du Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française

Objet : Projet de loi du pays portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens

P. J. : - Un exposé des motifs
- Un projet de loi du pays

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de solliciter l'avis du Conseil économique, social et culturel 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 conformément à l'article 151 de la loi organique 2004-192 du 27 février 2004.

Je vous saurai gré de me faire part de votre avis dans le délai de quinze jours (15) selon la procédure d'urgence prévue à l'article 151-II alinéa 3 de la loi statutaire.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distinguée.




Edouard FRITCH


EXPOSE DES MOTIFS

Instaurée en 1995, la protection Sociale généralisée (PSG), aura permis à tous les Polynésiens d'accéder à une couverture maladie universelle et à toutes les familles de bénéficier des prestations familiales et d'aides sociales. A la même période, sera instaurée la retraite tranche B du Régime Général des Salariés (RGS).

Parce qu'elle n'a pas été évaluée tout au long de son existence et qu'elle n'a pas été réformée depuis vingt ans, la PSG se trouve extrêmement fragilisée.

Les dépenses globales de santé sont en augmentation chaque année. Il existe un risque réel que les pensions de retraite du RGS ne puissent pas être intégralement payées dans les années à venir.

Le projet de loi du pays proposé est le premier d'une longue série de mesures destinées à réformer la protection sociale généralisée de la Polynésie française.

La montée des précarités engendrée par la crise économique pèse lourdement sur le financement du Régime de Solidarité de la Polynésie française (RSPF). Certains risques ne sont pas ou sont insuffisamment couverts (la dépendance, la santé mentale, la prévention).

Il n'est plus question de vouloir tenter le retour à l'équilibre par des ajustements des taux des cotisations même si l'on peut espérer un retour à la croissance.

Le mal est plus profond. La trajectoire naturelle des dépenses de la PSG consécutive au vieillissement de la population, l'explosion des pathologies dues à la mauvaise santé d'une part croissante de la population, la montée en charge des régimes de retraite qui devront faire face à l'augmentation progressive de la durée de vie, nécessiteront la mise en œuvre d'une réforme systémique qui devra être accompagnée d'une réorganisation de l'offre de soins, de la poursuite des efforts vers une maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, de l'évolution des régimes avec branches vers un système par branches universelles (Maladie, Famille, Retraite), de la mise en œuvre d'un véritable plan de prévention.

La concertation a été de mise et l'union sacrée recherchée autour d'un projet de société.

Une représentation d'élus, d'associations, de partenaires sociaux, etc., ont été invités à s'exprimer, dès lors que ces réformes engagent toute la Polynésie.

Cette concertation a été menée de février à août 2015, suivie d'une restitution des travaux des ateliers entre août 2015 et avril 2016.

Après un préavis de grève générale, le processus a été interrompu, entre les mois de mai et de juillet 2016, pour donner le temps à l'intersyndicale de formuler ses propositions de réforme.

Les travaux normatifs correspondants s'articuleront autour de la réforme du système de santé et une réforme paramétrique de la retraite.

I – CADRE DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE

Le système de santé de la Polynésie française s'inscrit dans un contexte géographique complexe en raison de l'éparpillement des îles sur une zone maritime comparable à celle de l'Europe avec des densités de population très inégales. Il repose sur trois régimes de protection sociale :

- le régime général des salariés (RGS) et le régime des non-salariés (RNS) qui relèvent d'une logique d'assurance sociale et sont tous deux financés en quasi-totalité par des cotisations ;
- le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) ouvert à ceux qui ne peuvent adhérer au RGS ou au RNS, est financé par l'impôt (CST notamment).

Ce système mobilise des moyens financiers et humains importants puisque les dépenses de santé représentent environ 22,4% du produit intérieur brut (PIB)¹.

Si depuis 2010 des réformes portant à la fois sur les dépenses et sur les recettes ont été entreprises pour assainir le financement de la branche maladie, des efforts sont encore à poursuivre car les dépenses vont continuer à augmenter. En effet, selon les projections, les dépenses de santé vont augmenter de + 3,10% par an. Cette augmentation significative résulte du développement de l'offre de soins (libérale et hospitalière), des progrès sanitaires constants, du développement des maladies chroniques inhérentes aux modes de vie, du vieillissement de la population et de l'amélioration de l'espérance de vie. Les mesures d'économies complémentaires qui sont identifiées devraient ramener cette augmentation à 2,70 %.

Il apparaît donc nécessaire de poursuivre la réforme du système de santé et de transformer l'offre de soins. Les orientations sont les suivantes :

1 Réformer la gouvernance et réorganiser l'offre de soins

Des orientations stratégiques sont programmées sur 10 ans (délibération n° 2016-11 APF du 16 février 2016). Les plus importantes sont prévues dans le Schéma d'organisation sanitaire (SOS) pour la période quinquennale 2016-2021 (délibération 2016-12 APF du 16 février 2016).

2 Agir sur les recettes et les prestations et contenir les dépenses

- Canaliser l'évolution des dépenses de santé au moyen d'une « fiscalité comportementale » ;
- Elaborer un schéma de prévention du surpoids et de l'obésité ;
- Faire du médecin référent le pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les affections de longue durée et généraliser les paniers de soins ;
- Agir sur les dépenses en fixant des objectifs annuels de dépenses (dans le cadre d'une loi de pays de financement de la protection sociale).

3 Unifier la branche maladie

- Créer une branche unifiée d'assurance maladie

II – CADRE DE LA REFORME DE LA RETRAITE

Les projections sur l'évolution des dépenses de santé, corrigées des mesures d'économies qui seront mises en œuvre, démontrent qu'il serait vain d'espérer un retour à l'équilibre par le transfert sur la retraite des économies réalisées sur la maladie.

Une réforme paramétrique de la retraite doit en conséquence être inéluctablement envisagée. Malgré les nombreux rapports, avis, audits, produits depuis 1980 sur la retraite, les recommandations qui en sont issues n'ont pas été suivies, compromettant à très court terme, le versement intégral des retraites.

Les leviers d'une réforme d'un régime par répartition sont pour les principaux : le taux de cotisation, l'âge de départ à la retraite, la durée de cotisation, le taux de remplacement et le salaire moyen de référence pour ce qui concerne notre régime dit de tranche A.

Un ajustement, progressif dans le temps, des paramètres de mise à l'équilibre de nos régimes sera proposé afin d'atténuer, dans la mesure du possible, les effets les plus sévères des mesures prises.

¹ Sources IEOM PIB estimés à partir de 2012

III – LE PROJET DE LOI DU PAYS

Le présent projet de loi du pays amorce une longue série de mesures destinées à réformer le système de santé de la Polynésie française. Il vient compléter :

- les lois fiscales à visée comportementale adossées au budget 2017, destinées, en anticipation aux mesures de réformes structurelles à venir, à prévenir les maladies liées aux modes de vie et aux habitudes alimentaires et à canaliser l'évolution des dépenses de santé ;

- les orientations budgétaires pour 2017 transmises par le gouvernement à la caisse de prévoyance sociale ;

- ainsi que l'arrêté modifiant l'arrêté n° 111/CM du 29 janvier 2013 modifié fixant la classification service médical rendu des médicaments et l'arrêté n° 105/CM modifié du 29 janvier 2013 fixant la liste des médicaments dont la mise sur le marché est admise en Polynésie française, adoptés par le conseil des ministres lors de sa séance du 09 novembre 2016, dont l'impact financier annuel est estimé à 39 millions Fcfp d'économies pour les régimes de la protection sociale généralisée.

Le projet de loi du pays portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens, pose, quant à lui, dans l'attente d'une réglementation du pays relative au médecin traitant et au parcours coordonnés de soins, les jalons de ce dispositif ambitieux en harmonisant la prise en charge de la longue maladie entre l'ensemble des ressortissants des trois régimes de protections sociale polynésiens.

1 – Rappel du rôle du médecin référent dans le parcours de la longue maladie

L'article 1^{er} du projet de loi du pays rappelle que le rôle du médecin référent dans le parcours de la longue maladie est celui prévu par l'article 6 de la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir les dépenses de santé.

L'article 1^{er} du projet de loi du pays décline ce rôle en faisant du médecin référent un acteur spécifique dans le paysage sanitaire :

« Le médecin référent contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il est tenu d'assurer un suivi complet du patient en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. /

Pivot de la prise en charge des malades et du système de soins, sa mission est d'assurer la coordination et la continuité des soins ainsi que l'information et la responsabilisation du malade. Il s'inscrit dans une démarche intégrant la prévention à la prise en charge et recherche l'utilisation optimale des ressources disponibles. »

2 – Sur l'harmonisation de la prise en charge des prestations de la longue maladie

La prise en charge de la longue maladie n'est pas équitable entre les différents régimes de protection sociale polynésiens. 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 (3 années maximum pour les salariés, durée laissée à l'appréciation du médecin conseil pour les ressortissants du RSPF).

Le projet de loi du pays prévoit donc d'harmoniser :

- D'une part, 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 des dites pathologies ;

- D'autre part, les critères d'admission et la durée de prise en charge en longue maladie. Ces éléments seront appréciés par les médecins conseils qui sont tenus de se référer aux recommandations de la haute autorité de santé (autorité nationale). Il est à noter que dorénavant le médecin conseil peut suspendre l'attribution de l'assurance longue maladie en cas d'inobservance du traitement et/ou du non suivi des recommandations médicales préconisées par le médecin référent pour la guérison ou l'amélioration de l'état de santé du bénéficiaire.

Pour permettre l'harmonisation entre les régimes, l'article LP 2 du projet complète les dispositions du régime d'assurance maladie des salariés (délib. n° 74-22 du 14 février 1974) et les articles LP 3 et LP 4 étendent ces dispositions aux textes régissant l'assurance maladie des non-salariés et aux ressortissants du RSPF.

3 - Dispositions diverses

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).



TEXTE ADOPTE N°

ASSEMBLEE DE POLYNESIE FRANCAISE

LOI ORGANIQUE N° 2004-192 DU 27 FEVRIER 2004

SESSION [ORDINAIRE][EXTRAORDINAIRE]

[ex."01 janvier 2000"]

PROJET DE LOI DU PAYS

(NOR : DPS1600960LP)

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

(Texte définitif)

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

Travaux préparatoires :

- Avis n°/CESC du conseil économique social et culturel de la Polynésie française ;
 - Arrêté n°[NUMERO]/CM du [ex."01 janvier 2000"] soumettant un projet de loi du pays à l'assemblée de la Polynésie française ;
 - Rapport n° [NUMERO] du [ex."01 janvier 2000"] de [ex.. "Monsieur Prénom NOM"], rapporteur du projet de loi du pays ;
 - Adoption en date du [ex."01 janvier 2000"] ; texte adopté n°[NUMERO] du [ex."01 janvier 2000"]
 - Décision n°[NUMERO]/CE du [ex."01 janvier 2000"] du conseil d'Etat ;
 - Publication pour information au JOPF n° [NUMERO] spécial du [ex."01 janvier 2000"].
-

Article LP 1. - Au sens de la présente loi du pays, la notion de « médecin référent » est celle définie par l'article 6 de la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir les dépenses de santé.

Le médecin référent contribue à l'amélioration de la qualité des soins dans le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il est tenu d'assurer un suivi complet du patient en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

Pivot de la prise en charge des malades et du système de soins, sa mission est d'assurer la coordination et la continuité des soins ainsi que l'information et la responsabilisation du malade. Il s'inscrit dans une démarche intégrant la prévention à la prise en charge et recherche l'utilisation optimale des ressources disponibles.

Article LP 2. - 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 réservée aux malades atteints d'une des affections dont la liste est définie par un arrêté pris en conseil des ministres.

Les prestations servies sont celles prévues par un protocole de soins établi par le médecin référent, en concertation avec les autres professionnels de santé concernés en respectant les recommandations de bonnes pratiques applicables en Polynésie française.

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 en longue maladie par le service du contrôle médical, sur demande de son médecin référent, il bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection, à l'exception de la consultation chez le médecin et les médicaments dont le service médical rendu est modéré.

La prise en charge s'effectue sous forme de tiers payant uniquement pour les soins inscrits au protocole de soins établi entre le médecin référent et le médecin conseil.

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

4° L'article 20 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 susvisée est remplacé 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 référent, que le bénéfice de l'assurance longue maladie n'est pas ou n'est plus médicalement justifié au jour au jour de l'examen médical, il y met fin.

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 3. - L'article 24 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées est remplacé par les dispositions suivantes :

« Article LP 24 – 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 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'arrêté n° 1400 CM du 30 décembre 1994 est abrogé.

Délibéré en séance publique, à Papeete, le [ex."01 janvier 2000"]

Le Président

Signé :

AVIS

Vu les dispositions de l'article 151 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée, portant statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu la saisine n° **8831/PR du 16 novembre 2016** du Président de la Polynésie française reçue le **17 novembre 2016**, sollicitant l'avis du C.E.S.C. selon la procédure d'urgence sur **un projet de « loi du pays » portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens** ;

Vu la décision du bureau réuni le **17 novembre 2016** ;

Vu le projet d'avis de la commission « Santé-société » en date du **29 novembre 2016** ;

Le Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française a adopté, lors de la séance plénière du **1^{er} décembre 2016**, l'avis dont la teneur suit :

I – OBJET DE LA SAISINE

La présente saisine du Président de la Polynésie française, soumet à l'avis du Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française (CESC), un projet de « loi du pays » portant harmonisation de la prise en charge de la longue maladie par les régimes de protection sociale polynésiens.

Elle est effectuée selon la procédure d'urgence prévue à l'article 151-II alinéa 3 de la loi organique 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française.

II – CONTEXTE ET OBJECTIFS DU PROJET DE « LOI DU PAYS »

La protection sociale généralisée (PSG) a été instaurée en Polynésie française en 1995. Elle a notamment permis à tous les Polynésiens d'accéder à une couverture maladie universelle et à la majorité des familles de bénéficier des prestations familiales et d'aides sociales.

Elle repose sur trois régimes de protection sociale : le régime général des salariés (RGS) et le régime des personnes non-salariés (RNS) qui relèvent tous deux d'une logique d'assurance sociale et sont financés en quasi-totalité par des cotisations ; le régime de solidarité de la Polynésie française (RSPF) ouvert à ceux qui ne peuvent adhérer au RGS ou au RNS, est financé par l'impôt. La gestion des deux derniers régimes (RNS et RSPF) a été confiée à la caisse de prévoyance sociale (CPS), en raison entre autres, de son expérience acquise depuis 1956¹ dans la gestion du RGS.

Depuis 2010 des tentatives de réformes ont été menées pour assainir le financement de la « branche maladie » de la CPS. Cependant, l'équilibre n'est pas encore atteint : la dette accumulée par le régime maladie, à rembourser aux réserves des retraites des salariés, reste très élevée (12,5 milliards F CFP à fin 2013) et les dépenses de santé vont continuer à augmenter.

Dans son rapport de juin 2014, la mission² conduite par Mme Anne BOLLIET, inspectrice générale des finances, avait notamment relevé que *« l'état de santé de la population polynésienne reste préoccupant (...). On note une forte prévalence des pathologies principalement liées au mode de vie. Le surpoids et l'obésité représentent un problème majeur en Polynésie française. En 2010, 70 % des personnes de 18 à 64 ans étaient en surcharge pondérale, dont 40 % au stade de l'obésité, contre respectivement 32 % et 15 % en France métropolitaine en 2012. En outre, 45 % de la population présente un risque majoré de maladies non transmissibles »*.

Les données relatives à la longue maladie et communiquées par la CPS dans le cadre de l'étude de projet de texte, amplifient ce constat. Un Polynésien sur huit est en longue maladie, l'âge d'entrée est en moyenne à 45-50 ans en Polynésie française, contre 65-70 ans

¹ La Caisse de prévoyance sociale a été créée en 1956 sous la désignation de Caisse de compensation des prestations familiales des Établissements français de l'Océanie

² Mission effectuée conjointement par l'inspection générale des finances, l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale de l'administration dans le cadre du financement du régime de solidarité de la Polynésie française et des politiques de santé. Celle-ci fait suite à la lettre du président de la Polynésie française du 12 juillet 2013 demandant une mission *« pour étudier les conditions de reprise de la participation financière de l'État en matière sanitaire et sociale »*.

en France métropolitaine. 60 % des patients concernés ont moins de 60 ans. Selon la CPS, le nombre de personnes en longue maladie est passé de 9 % de la population couverte en 2002 à 14 % en 2015.

En 2015, 18 % des personnes en longue maladie étaient touchées par l'hypertension artérielle (9 831 cas) et 16 % par le diabète sucré (8 499 cas).

Globalement et tous régimes confondus, l'accroissement annuel est d'environ 3 500 nouveaux cas par an au régime de longue maladie (1400 en 1994). Cette progression est essentiellement due à l'accroissement naturel de la population et à son vieillissement, combinée à la persistance de mauvaises habitudes comportementales et alimentaires.

En 2016, plus de 38 000 patients sont déclarés en longue maladie.

D'après l'exposé des motifs, le projet de loi du pays proposé et objet de la présente saisine *« est le premier d'une longue série de mesures destinées à réformer la protection sociale généralisée de la Polynésie française »*.

Pour ce faire, parmi les orientations retenues par le Gouvernement figurent certaines actions réalisées et des dispositions qui restent à mettre en chantier, dont :

- la réforme de la gouvernance et la réorganisation de l'offre de soins qui a déjà fait l'objet des délibérations n° 2016-11 APF et 2016-12 APF du 16 février 2016 portant respectivement approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé et approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021.
- Une « fiscalité comportementale » pouvant influencer sur la prévalence de certaines maladies liées au mode de vie et aux habitudes alimentaires ;
- Une meilleure définition du rôle du médecin référent, pivot du parcours de santé, spécifiquement sur les affections de longue durée ;
- La création d'une branche unifiée d'assurance maladie.

Dans le cadre de ces grands chantiers, le présent projet de « loi du pays » a pour objectif d'harmoniser la prise en charge de la longue maladie entre l'ensemble des ressortissants des trois régimes de protections sociale polynésiens, dans l'attente d'une réglementation du Pays relative au médecin traitant et au parcours coordonnés de soins, dont les travaux ont été initiés dès 2010 (projet des partenaires sociaux et du ministère en charge de la solidarité et de la santé, remis au Gouvernement en 2011).

1. Vers un rôle accru du médecin référent dans le suivi de la longue maladie

Il ressort de l'exposé des motifs que **le rôle du médecin référent dans le parcours de la longue maladie** tel que prévu par l'article 6 de la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir les dépenses de santé, va être accru.

En effet, l'article 1^{er} du projet de « loi du pays » décline ce rôle en faisant du médecin référent un acteur spécifique dans le paysage sanitaire en lui fixant ses missions et en plaçant le suivi de son patient dans *« le cadre d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé (...) en observant la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. (...) Sa mission est d'assurer la coordination et la continuité des soins ainsi que l'information et la responsabilisation du malade. Il s'inscrit dans une démarche intégrant la prévention à la prise en charge et recherche l'utilisation optimale des ressources disponibles. »*.

2. Sur l'harmonisation de la prise en charge des prestations de la longue maladie

En matière de longue maladie, les textes applicables de la CPS impliquent une inégalité de traitement de prise en charge entre les différents régimes de protection sociale polynésiens. En effet, la liste des pathologies prises en charge dans le cadre de l'assurance longue maladie fixée en mai 1984 pour le RGS reprise en 1994 par le RNS, est différente de la liste fixée en décembre 1994 applicable au RSPF.

De surcroît, leur durée de prise en charge a été fixée à 3 années maximum pour les salariés, alors que celle-ci est laissée à l'appréciation du médecin conseil pour les ressortissants du RSPF.

Le projet de texte a donc pour objectif l'harmonisation de la liste des pathologies éligibles à la longue maladie et applicable aux ressortissants des 3 régimes.

La liste des pathologies, les critères d'admission et la durée de prise en charge seront définis par arrêtés pris en Conseil des ministres.

Au 4° de l'article LP 2, la nouvelle rédaction de l'article LP 20 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 renforce également le rôle du médecin conseil puisque celui-ci a désormais la possibilité de suspendre ou de mettre fin réglementairement à l'attribution de la longue maladie après examen médical du bénéficiaire, lorsque le bénéfice de « *l'assurance longue maladie n'est pas ou n'est plus médicalement justifié au jour de l'examen médical* »

3. Autres conséquences suite à l'entrée en vigueur du projet de « loi du pays ».

Dès sa promulgation la « loi du pays » entraîne la suppression des 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).

De même l'article LP 5 du projet abroge l'arrêté n° 1400 CM du 30 décembre 1994 définissant la liste des affections ouvrant droit au bénéfice des prestations longue maladie pour les ressortissants du régime de solidarité de Polynésie française.

III – OBSERVATIONS ET RECOMMANDATIONS

En liminaire, le CESC observe que la présente saisine lui est soumise selon la procédure d'urgence. Les rédacteurs du projet de texte entendus à ce sujet, ont soutenu que l'urgence est justifiée par le calendrier contraint de l'Assemblée de Polynésie française, alors même que les travaux qui s'y réfèrent ont démarré il y a plus de 6 ans.

S'agissant des textes liés à la réforme en cours de la PSG, le CESC recommande que ceux-ci ne soient pas systématiquement soumis à l'avis de l'institution dans le délai d'urgence, et ce, juste pour satisfaire à l'obligation statutaire de saisine préalable. Compte tenu des enjeux majeurs de la réforme envisagée, la représentation de la société civile ne saurait se satisfaire d'un délai d'étude trop court.

L'examen du projet de « loi du pays » et de l'exposé des motifs qui l'accompagne soumis à l'avis du CESC appelle les observations et recommandations suivantes :

1. Une approche inopportune du contexte dans l'exposé des motifs

Le CESC constate que d'entrée, l'exposé des motifs lie le fait qu'il existe un « *risque réel que les pensions de retraite du RGS ne puissent pas être intégralement payées dans les années à venir* » à l'augmentation des dépenses globales de santé³. Le CESC s'insurge contre une telle affirmation car elle ne correspond nullement à la réalité. **Les décisions de ponctions successives effectuées sur les réserves de la branche des retraites sont bien la cause de sa défaillance annoncée.**

Le CESC regrette que la rédaction de l'exposé des motifs, telle qu'il lui a été soumis pour les parties I et II, ne concerne que très peu l'objet de la saisine. Celles-ci abordent en effet de manière lacunaire et imprécise une présentation générale de la réforme de la PSG.

Et même si la réforme de la prise en charge des affections de longue durée fait partie d'une des orientations de la réforme du système de santé, elle n'en constitue pas l'axe prioritaire.

En effet, la première et deuxième partie de l'exposé des motifs ne correspondent pas ou très peu aux conclusions et accords qui sont intervenus entre les pouvoirs publics et la société civile (partenaires sociaux).

Le CESC observe que dans la dernière partie de l'exposé des motifs consacrée au projet de « loi du pays », le législateur a pris la décision de traiter l'harmonisation de la prise en charge de la longue maladie entre l'ensemble des ressortissants des trois régimes de protections sociale polynésiens **préalablement** à la réglementation liée à la branche unifiée d'assurance maladie (BUAM)⁴ du Pays qui comprend, entre autres, la réglementation relative au médecin traitant (en prévision), les parcours coordonnés de soins et les paniers de soins.

Contrairement à ce qui est affirmé dans l'exposé des motifs, le CESC considère que le projet de réglementation concerné par la présente saisine ne constitue pas un jalon du « dispositif ambitieux » que constitue la BUAM, mais bien une conséquence de celle-ci.

L'approche de la problématique retenue par les rédacteurs du projet, selon le CESC, ne prend pas ainsi en compte les accords intervenus entre les partenaires sociaux sur le dossier de réforme de la PSG.

En outre, l'annonce faite dans l'exposé des motifs que le projet de loi « *est le premier d'une longue série de mesures destinées à réformer la protection sociale généralisée de la Polynésie française* » prédispose ni d'une stratégie globale ni d'un cadre général et encore moins d'une priorisation des actions.

³ Cf. 3^{ème} paragraphe de l'exposé des motifs « *Les dépenses globales de santé sont en augmentation chaque année. Il existe un risque réel que les pensions de retraite du RGS ne puissent pas être intégralement payées dans les années à venir.* »

⁴ Cf. document de synthèse des ateliers sur la protection sociale généralisée II, volet Assurance Maladie. Synthèse présentée le 19 avril 2016 au CESC.

2. Un renforcement des pouvoirs du médecin référent et du médecin conseil.

a. Un statut du médecin référent à préciser

Le CESC observe que le projet de texte ne précise pas si le médecin référent doit être un médecin généraliste ou spécialiste.

Il n'apporte pas plus de précision sur le fait qu'il soit conventionné ou pas. Cet aspect revêt pourtant une importance capitale sur l'engagement financier du malade, au-delà de la relation de confiance qu'il doit avoir avec son médecin.

De même, aucune disposition ne vient confirmer la possibilité pour le médecin traitant (notion qui reste à définir) d'être également médecin référent pour la longue maladie.

Enfin, compte tenu de l'insularité qui caractérise la Polynésie française et **en l'absence du dossier médical partagé informatisé**, pourtant considéré depuis plusieurs années comme une des clés pour mieux encadrer le parcours de soins des patients et adapter l'offre de soins, aucune indication n'est prévue pour le recours à **un médecin référent suppléant** sur l'île de Tahiti, pour les malades résidant habituellement dans les îles.

Le CESC recommande la levée de toutes ces interrogations préalablement au projet d'harmonisation projetée.

b. Une définition du médecin référent par des textes épars

Le CESC observe que le projet de « loi du pays » ne définit la notion de médecin référent que par renvoi aux dispositions de l'article 6 de la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir les dépenses de santé.

Pour la clarté du texte et en faciliter la lecture, les 2^{ème} et 3^{ème} alinéas de l'article LP 1 du projet de texte auraient dû être intégrés dans un article 6 nouveau de la délibération précitée. Telle que présentée, la rédaction proposée ajoute de la confusion et a pour conséquence la lecture de plusieurs textes pour arriver à une définition complète de la notion de médecin référent.

c. Des prérogatives renforcées du médecin référent et du médecin conseil

Le 3^{ème} alinéa de l'article LP 1 du projet de texte confère au médecin référent une mission de « *responsabilisation du malade* » qui relève plus de la prérogative de la puissance publique et notamment des services de prévention de la Direction de la santé publique.

Enfin, la dernière phrase de l'article LP 1 : « ... *il s'inscrit dans une démarche intégrant la prévention à la prise en charge et recherche l'utilisation optimale des ressources disponibles* » mérite d'être précisée dans sa rédaction. En effet, telle que rédigée, il est demandé au médecin référent de mettre plus en avant les considérations économiques et pécuniaires dans l'acte de soin, jusqu'au refus de la prise en charge en longue maladie, ou dans une moindre mesure d'éviter cette prise en charge en longue maladie.

Il ressort des auditions menées par le CESC que ni l'instance ordinale⁵, ni la représentation syndicale des médecins de Polynésie française⁶ n'ont été approchés ou consultés sur une telle démarche.

⁵ Conseil de l'ordre des médecins de Polynésie française.

Par ailleurs, l'accroissement des missions du médecin référent s'accompagne parallèlement du renforcement des pouvoirs du médecin conseil par sa participation à l'établissement du protocole de soins (3° de l'article LP 2) mais aussi par un examen médical de contrôle inopiné pouvant conduire jusqu'à la suspension du bénéfice de l'assurance longue maladie, le cas échéant (4° de l'article LP 2).

3. Les mesures d'harmonisation en longue maladie introduites par les articles LP 2 à LP 5 du projet de « loi du pays »

Les articles LP 2 à LP 5 du projet de « loi du pays » ont pour objet les modifications à effectuer sur les textes suivants :

- Les articles LP 18, 19 et 20 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité **au profit des travailleurs salariés** et la création d'un nouvel article 18-bis ;
- L'article 24 de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant **le régime d'assurance maladie des personnes non salariées** ;
- Et 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.**

L'objectif annoncé par les rédacteurs du projet de texte, au travers de l'application combinée des nouvelles dispositions propres aux trois régimes sociaux (RGS, RNS et RSPF), est d'arriver à l'harmonisation de la prise en charge des affections de longue durée des ressortissants.

a. Sur les modifications proposées à la délibération n° 74-22 du 14 février 1974.

Les dispositions de l'article 18 de la délibération sont remplacées par un nouvel article LP 18 et l'adjonction d'un article LP 18-bis. Ces nouveaux articles ont pour conséquence de supprimer la liste des affections ouvrant droit au bénéfice des prestations longue maladie et de renvoyer leur définition à une nouvelle liste qui sera établie par un arrêté pris en Conseil des ministres.

Parallèlement, la durée de prise en charge de 3 années consécutives renouvelable est également supprimée.

De même, les actuelles dispositions du dernier alinéa de l'article 18 de la délibération précitée, à savoir : « *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* » sont également supprimées, sans qu'aucune disposition en remplacement ne soit prévue dans le nouveau texte.

Il résulte des auditions menées par le CESC qu'aucune concertation n'est intervenue entre le corps médical, le conseil de l'ordre des médecins de Polynésie française, la CPS et le Gouvernement pour l'établissement de la nouvelle liste des pathologies.

⁶ Syndicat des médecins libéraux de Polynésie française

Le CESC recommande que la nouvelle liste résulte de la concertation la plus large possible et tienne effectivement compte de la prévalence des pathologies récurrentes en Polynésie française et éligibles à la longue maladie notamment l'hypertension artérielle sévère, le diabète de type 2 compliqué et les différents cas de tumeurs malignes. Celle-ci ne peut résulter d'un simple « copier-coller » de la liste des affections longue durée prévue en métropole.

Le CESC préconise par ailleurs qu'une durée de prise en charge par type de pathologie soit établie et que les conditions de sortie de la longue maladie soient également prises en compte.

En ce qui concerne l'article 19 de la délibération précitée, le CESC note que le premier alinéa prévoit désormais que l'assuré « ... *reconnu atteint d'une affection en longue maladie par le service du contrôle médical, sur demande de son médecin référent, ... bénéficie de l'exonération du ticket modérateur pour les soins liés au traitement de cette affection, à l'exception de la consultation chez le médecin et les médicaments dont le service médical rendu est modéré* ».

En liaison avec les imprécisions relevées plus haut quant au conventionnement ou non du médecin référent, le CESC redoute qu'une telle disposition ait pour conséquence de diriger le choix du médecin référent des malades les moins aisés, majoritairement dans la sphère des médecins du secteur public. A cet effet, le CESC s'interroge sur la réelle capacité des formations sanitaires publiques d'assurer cette offre de soins. Récemment, la presse s'est encore faite l'écho du déficit de médecins en santé publique, notamment dans les îles éloignées.

En effet, les actuelles dispositions de l'article LP 20 de la délibération, en voie d'être supprimées par le présent projet de « loi du pays », précisent bien que :

« 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.

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.

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

Le CESC s'interroge sur la nécessité d'opérer une telle restriction et recommande la réécriture du premier alinéa de l'article LP 19 en prenant en considération l'intérêt du malade par la généralisation du tiers payant et uniquement dans le parcours de soins.

En ce qui concerne le nouvel article LP 20, le CESC prend acte du renforcement des pouvoirs du médecin-conseil pour mettre fin au bénéfice de l'assurance longue maladie, soit qu'il n'est plus médicalement justifié ou que le patient ne se conforme pas aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par son médecin référent.

b. Sur la modification de la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées.

Dans le cadre de l'harmonisation de la prise en charge de la longue maladie au sein de trois régimes sociaux, le Gouvernement propose une nouvelle rédaction de l'article 24 qui étend au RNS les mêmes dispositions que celles qui existent au RGS.

Le CESC remarque qu'une telle rédaction ne prend pas du tout en compte les spécificités du régime RNS quant à son mode de financement, bien différent de celui du RGS. Si pour les prestations en nature l'harmonisation est concevable et paraît justifiée, il n'est pas de même pour les prestations en espèces. En effet, pour un ressortissant du RNS reconnu bénéficiaire d'une longue maladie, il s'agit davantage de couvrir le risque de « perte de revenus professionnels effective ». Une telle prestation est en effet assise sur la base d'une contribution volontaire et non obligatoire comme pour les salariés.

Le CESC observe que projet de « loi du pays » n'aborde aucunement cet aspect. Il recommande que l'harmonisation projetée trouve aussi son prolongement dans les conditions de financement de l'assurance maladie du RNS et les modalités d'attribution des prestations en espèces.

c. Sur la modification de 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 RSPF.

Dans le même objectif d'harmonisation de la prise en charge de la longue maladie au sein de trois régimes sociaux, il est proposé une nouvelle rédaction de l'article 25 qui étend au RSPF les mêmes dispositions que celles qui existent au RGS et à l'instar du RNS.

Cette modification a pour conséquence la suppression, par l'article LP 5 du projet de texte, de la liste des affections telle qu'elle est prévue, par l'arrêté n° 1400 CM du 30 décembre 1994 définissant la liste des affections ouvrant droit au bénéfice des prestations longue maladie pour les ressortissants du RSPF.

Le CESC réitère ses observations et recommandations précédentes relatives aux modes de financements de l'harmonisation.

4. L'absence de mesures transitoires pour le règlement des situations en cours.

Le CESC regrette que le projet d'arrêté en Conseil des ministres dont il est fait mention dans le présent projet de « loi du pays » reste encore à finaliser et n'a donc pu être présenté aux membres.

Malgré les assurances données par les rédacteurs du projet sur la concomitance de l'entrée en vigueur du projet de « loi du pays » et de l'adoption du futur arrêté en Conseil des ministres fixant la liste des affections ouvrant droit au bénéfice des prestations en longue maladie, **le CESC recommande l'introduction de dispositions transitoires permettant la continuité des prises en charges actuelles et réglant le sort des malades souffrant de pathologies éligibles actuellement mais qui ne seraient plus reprises dans la future réglementation.**

IV – CONCLUSION

Le CESC observe que le projet de texte ne s'inscrit pas dans une stratégie (une ligne de conduite) et une planification, lesquelles ne transparaissent pas (ne sont pas évidentes) dans sa rédaction.

Le Conseil économique, social et culturel adhère à l'harmonisation de la prise en charge des prestations en nature des malades bénéficiant de la longue maladie au sein des trois régimes sociaux de la Polynésie française. Elle constitue en effet la réponse à l'inégalité de traitement de Polynésiens touchés par les affections liées à la longue maladie.

Néanmoins, cette harmonisation telle qu'elle est proposée par le présent projet de « loi du pays » manque de fondements et nécessite que soient abordées et réglées au préalable les conditions de sa réussite telles que : la clarification des règles relatives aux différentes sources de financement, la résorption du passif de chaque régime, l'établissement des parcours et des paniers de soins, etc.

Ces préalables constituent les fondations de la future branche unifiée de l'assurance maladie dans laquelle s'inscrit la longue maladie.

Tel que présenté, sous le couvert d'une harmonisation, le projet de texte s'apparente beaucoup plus à une refonte du régime de la longue maladie.

Compte tenu des observations et recommandations qui précèdent, le Conseil économique, social et culturel émet **un avis défavorable au projet de « loi du pays » présenté en l'état.**

SCRUTIN

Nombre de votants :	37
Pour :	29
Contre :	3
Abstentions :	5

ONT VOTE POUR : 29

Représentants des salariés

01	FONG	Félix
02	FREBAULT	Angélo
03	GALENON	Patrick
04	HELME	Calixte
05	MOLLIMARD	Yasmina
06	PRATX-SCHOEN	Alice
07	SOMMERS	Eugène
08	TAEATUA	Roben
09	TEHAAMATAI	Hanny
10	TEHEIURA	Gisèle
11	TEMARII	Mahinui
12	TERIINOHORAI	Atonia
13	TIFFENAT	Lucie

Représentants des entrepreneurs et des travailleurs indépendants

01	AMARU	Rubel
02	ATIU	Marc
03	BALDASSARI-BERNARD	Aline
04	BODIN	Mélinna
05	REY	Ethode
06	WIART	Jean-François

Représentants de la vie collective

01	FOLITUU	Makalio
02	FULLER	Mirella
03	KAMIA	Henriette
04	LAMAUD	Sylvain
05	NENA	Tauhiti
06	PANAI	Floriennne
07	SAGE	Winiki
08	SNOW	Tepuanui
09	TIRAO	Marie-Hélène
10	UTIA	Ina

ONT VOTE CONTRE : 3

Représentants des entrepreneurs et des travailleurs indépendants

01	BAGUR	Patrick
02	BOUZARD	Sébastien
03	PLEE	Christophe

SE SONT ABSTENUS : 5

Représentants des entrepreneurs et des travailleurs indépendants

01	ANTOINE-MICHARD	Antoine
02	PALACZ	Daniel
03	YIENG KOW	Patrick

Représentants de la vie collective

01	MATA	Judy
02	PORLIER	Teiki

Réunions tenues les :
 18, 21, 23, 24 et 29 novembre 2016
 par la commission « Santé – société »
 dont la composition suit :

MEMBRE DE DROIT

Monsieur Winiki SAGE, Président du CESC

BUREAU

▪ YIENG KOW	Patrick	Président
▪ FONG	Félix	Vice-président
▪ UTIA	Ina	Secrétaire

RAPPORTEURS

▪ TIFFENAT	Lucie
▪ WIART	Jean-François

MEMBRES

▪ AMARU	Rubel
▪ ATIU	Marc
▪ BAGUR	Patrick
▪ BALDASSARI-BERNARD	Aline
▪ BOUZARD	Sébastien
▪ DOOM	John, Taroanui
▪ ESTALL	Sylvana
▪ FOLITUU	Makalio
▪ GAUDFRIN	Jean-Pierre
▪ HELME	Calixte
▪ KAMIA	Henriette
▪ LAMAUD	Sylvain
▪ LE GAYIC	Vaitea
▪ MOLLIMARD	Yasmina
▪ PALACZ	Daniel
▪ PANAI	Florianne
▪ PRATX-SCHOEN	Alice
▪ REY	Ethode
▪ SNOW	Tepuanui
▪ TAEATUA	Roben
▪ TEHEIURA	Gisèle
▪ TERIINOHORAI	Atonia
▪ TIRAO	Marie-Hélène
▪ YIENG KOW	Diana

MEMBRES AYANT EGALEMENT PARTICIPE AUX TRAVAUX

▪ FREBAULT	Angélo
▪ GALENON	Patrick

SECRETARIAT GENERAL

▪ BONNETTE	Alexa	Secrétaire générale
▪ WONG YUT	Timi	Conseiller technique
▪ LORILLOU	Tekura	Conseillère technique
▪ NAUTA	Flora	Secrétaire de séance
▪ TUIHO	Menaherea	Secrétaire de séance

LE CONSEIL ECONOMIQUE, SOCIAL ET CULTUREL DE LA POLYNESIE FRANCAISE

Le Président du Conseil économique, social et culturel de la Polynésie française,
Le Président et les membres de la commission « Santé – société » remercient, pour leur
contribution à l'élaboration du présent avis,

Particulièrement,

- ✚ Au titre du Ministère du travail, des solidarités et de la condition féminine (MTS) :
 - **Madame Josiane HOWELL**, directrice de cabinet
 - **Madame Flore PONCET**, conseillère technique

- ✚ Au titre du Ministère de la santé et de la recherche :
 - **Madame Mareva TOURNEUX**, directrice de cabinet

- ✚ Au titre de la Direction de la Santé :
 - **Madame Marion ARBES**, responsable du département de planification et offre de soins

- ✚ Au titre de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) :
 - **Monsieur Vincent DUPONT**, sous-directeur des prestations santé et prévention
 - **Madame Géraldine DEMIRTAS**, médecin conseil

- ✚ Au titre du MEDEF Polynésie :
 - **Monsieur Jeff BENHAMZA**, administrateur à la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS)

- ✚ Au titre de la Confédération Générale des Petites et Moyennes Entreprises (CGPME) :
 - **Monsieur Sébastien BOUZARD**, président

- ✚ Au titre des centrales syndicales des salariés :
 - **Monsieur Angélo FREBAULT**, représentant de « CSTP-FO »
 - **Monsieur Roben TAEATUA**, représentant de « A TIA I MUA »
 - **Monsieur Atonia TERIINOHORAI**, secrétaire général de « O OE TO OE RIMA »

- ✚ Au titre du Conseil de l'Ordre des médecins de Polynésie française :
 - **Monsieur Bernard GENTELET**, membre
 - **Monsieur Rouibi SULEIMAN**, juriste

- ✚ Au titre du Syndicat des Médecins libéraux de Polynésie française :
 - **Monsieur Didier BONDOUX**, président