# RAPPORT MISSION D'INFORMATION 2018



L'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs

Service des Évaluations et Études

# R A P P O R T MISSION D'INFORMATION



L'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs



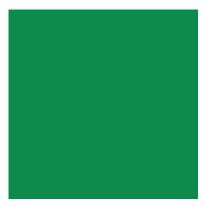
# TABLE DES MATIÈRES

6		À PROPOS
10		SYNTHÈSE
11		PRÉCONISATIONS
<b>15</b> 15 17 18 24	<b>1</b> 1.1 1.2 1.3 1.4	UNE MISSION D'INFORMATION CIBLÉE Un champ d'analyse volontairement restreint Un élément vital de l'offre de soins globale de la Polynésie française Des responsabilités juridiquement établies Les attentes citoyennes exprimées
<b>26</b>	2	UN DISPOSITIF MÉDICALEMENT EFFICACE ET DE NOUVEAU FORTEMENT SOLLICITÉ
26 30 33 34	<ul><li>2.1</li><li>2.2</li><li>2.3</li><li>2.4</li></ul>	Une activité de nouveau en hausse, source de préoccupation Une régionalisation modérée à l'inverse de la Nouvelle-Calédonie Un environnement médical international de plus en plus contraint Une évolution technologique constante de l'offre de soins : le cas du PET scan (ou TEP)
<b>37</b>	3	UNE NÉCESSITÉ DE MIEUX COORDONNER POUR MIEUX ACCOMPAGNER
37 42 45 49	3.1 3.2 3.3 3.4	Un système complexe par la multiplicité de ses intervenants  Des ajustements nécessaires pour optimiser le fonctionnement  Un accompagnement social et humain perfectible  Un renforcement de l'accès à l'information en matière d'aides sociales disponibles
<b>52</b>	4	UNE PLUS LARGE CONCERTATION AU SERVICE D'UN MEILLEUR SUIVI
52 54 54	4.1 4.2 4.3	La simplification et la sécurisation du partage des données médicales Le partage des informations pour améliorer le suivi et réduire l'isolement Une évaluation commune pour un meilleur pilotage
<b>57</b>		CONCLUSION











# À PROPOS

La mise en œuvre d'une mission d'information constitue une démarche innovante

La révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 a profondément réformé la Constitution et conduit à l'accroissement des compétences générales du Parlement, notamment dans sa dimension de contrôle et d'évaluation (Article 24 de la Constitution : « Le Parlement vote la loi. Il contrôle l'action du Gouvernement. Il évalue les politiques publiques »).

En Polynésie française, la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française dispose, dans son article 102, que l'assemblée de la Polynésie française « contrôle l'action du président et du gouvernement de la Polynésie française ».

A l'instar de la nouvelle dynamique parlementaire initiée au plan national, l'assemblée de Polynésie française a souhaité s'inscrire dans une démarche active et structurée de contrôle et d'évaluation de l'action publique.

Par délibération n° 2016-31 APF du 18 avril 2016, le règlement intérieur de l'institution fixé par la délibération n°2005-59 AFP du 13 mai 2005 modifiée, a été amendé aux fins d'y inclure notamment le possible recours à des missions d'information (annexe 1).

La mission d'information permet d'examiner, de manière approfondie, des sujets dont les commissions législatives souhaitent s'emparer, souvent des sujets d'actualité ou des sujets sensibles comme celui du présent rapport. Favorisant l'analyse et la prospection, une mission d'information contribue indéniablement à une meilleure appréhension par les élus des différents domaines d'intervention de l'action publique, leur apportant un éclairage utile pour remplir au mieux leurs fonctions.

Une mission d'information constitue un véritable outil thématique d'aide à la décision pour les différents responsables.

En outre, elle favorise le débat démocratique sur des sujets de société dans la mesure où le rapport est, après une présentation éventuelle en séance si elle est souhaitée, porté à la connaissance du public, via le site internet de l'assemblée (point 7 de l'article 59-2 de la délibération n°2005-59 AFP du 13 mai 2005 modifiée). Une telle mission participe à la parfaite information des citoyens et donc à la transparence de l'action des pouvoirs publics.

Par essence, une mission d'information est limitée dans le temps et ne dispose pas de pouvoirs d'enquête. Les analyses produites l'ont été dans la limite des données recueillies.





Ainsi et conformément au point 4 de l'article 59-2 du règlement intérieur de l'assemblée, la commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi de notre assemblée, réunie le 9 octobre 2017, a créé, sur proposition du Président de l'Assemblée, une mission d'information sur l'accueil et la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs.

Ce travail a été réalisé avec le concours actif du service des évaluations et études récemment créé par notre institution, dont le rôle est notamment d'accompagner la réalisation des missions d'information et des missions d'évaluation souhaitées par l'assemblée.

Il s'agit de la première mise en œuvre par notre institution de ce nouveau dispositif.

L'évacuation sanitaire internationale : un dispositif vital de notre offre de soins

L'évacuation sanitaire se définit comme l'offre de soins proposée au patient qui ne peut pas se faire soigner sur le lieu où il réside, par manque d'infrastructure, de services ou de moyens adaptés. Elle doit être considérée à ce titre comme partie intégrante de l'offre de soins.

En Polynésie française, l'évacuation sanitaire, plus connue sous l'acronyme « d'évasan » est étroitement liée au cadre géographique dans lequel notre collectivité s'inscrit et notamment aux contraintes liées à l'insularité et à l'éloignement et donc à l'isolement qui en est l'une des conséquences.

Palliant l'impossibilité de multiplier les infrastructures de santé dans les îles et les insuffisances d'une médecine mobile par nature ponctuelle, l'évacuation sanitaire inter îles est rapidement apparue comme l'un des moyens d'assurer la couverture médicale de populations dispersées.

A titre d'information, plus de 15 000 patients (avec une moyenne de 2 évasans par an et par patient) ont bénéficié d'une évacuation sanitaire interinsulaire (programmée ou urgente) en 2017 pour un montant, hors frais de soins, d'environ 1,7 milliard de FCP (1,5 milliard pour les transports et 200 millions pour les frais d'hébergement).

L'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française également qualifiée « d'évacuation sanitaire internationale » répond, quant à elle, à la nécessité de faire prodiguer au patient qui réside en Polynésie française, des soins qui ne peuvent pas y être dispensés.



L'offre de soins ainsi que le degré d'équipement médical de nos structures sanitaires peuvent en effet s'avérer insuffisants pour prendre en charge certaines pathologies ou réaliser des actes particulièrement lourds ou complexes, chirurgicaux notamment, ou qui font appel à des technologies médicales non déployées localement à ce jour.

A noter qu'à ce titre et dans le cadre de la présente mission, ne sont pas intégrés les Polynésiens qui par choix personnels décident, sans y être préalablement autorisés par l'autorité compétente, de se faire soigner hors du territoire.

L'évacuation sanitaire internationale est donc étroitement liée à l'organisation sanitaire de la Polynésie française et plus précisément à l'offre de soins disponible et opérationnelle, en particulier celle du centre hospitalier de Polynésie française (CHPF). Malgré les évolutions positives dans la prise en charge d'un grand nombre de pathologies par nos structures de santé, à l'instar des greffes rénales (environ 25 évasans évitées par an) ou de la médecine isotopique (environ 30 évasans évitées par an) désormais pratiquées en Polynésie française au CHPF, l'évacuation sanitaire internationale demeure une nécessité, mais ne l'oublions pas, aussi une réelle chance pour de nombreux Polynésiens. Chaque année, près de 700 évasans sont réalisées, ce qui représente un coût total (transport, hébergement et soins) conséquent, d'environ 4 milliards de F CFP.

Le dispositif d'évasan apparaît globalement performant sur le plan médical. Cependant, au-delà de l'épreuve médicale, une évacuation sanitaire internationale est aussi et toujours, de par l'éloignement et le dépaysement qu'elle induit, une épreuve humaine et familiale qu'il convient d'accompagner autant que possible.

Les objectifs et la méthode de la présente mission d'information

Le but principal de cette mission d'information est de mieux comprendre, objectivement, les raisons d'une perception parfois négative des patients et de leurs accompagnants sur leurs conditions de vie et de séjour, d'identifier les points à améliorer et de formuler à destination de l'ensemble des acteurs publics et privés impliqués dans ce dispositif, des préconisations pour que ce dernier soit le plus satisfaisant possible en terme de prise en charge sociale et humaine.

En notre qualité de rapporteurs de ladite mission d'information, nous avons piloté son déroulement opérationnel sur la période allant de fin octobre 2017 à fin mars 2018, le mois de mars 2018 ayant été consacré à la rédaction et à la communication institutionnelle et médiatique du présent rapport.

Nous avons souhaité que cette première mission d'information soit conduite de la manière la plus transparente, collégiale et participative possible.

Cet état d'esprit a guidé l'élaboration de notre méthodologie de travail ainsi que le choix des outils utilisés pour mener à bien ce travail.

Une première phase de présentation aux membres de la mission d'information des données clés du sujet a été effectuée avec l'aide de la Caisse de prévoyance sociale. Puis des auditions ciblées - 22 personnes entendues sur une période de 2,5 mois, (annexe 2) - ont été réalisées par les membres de la mission avec les différents acteurs impliqués afin d'identifier concrètement les problématiques liées à ce sujet.



La totalité des personnes auditionnées, qu'elles soient du service public, de la CPS en charge du service public des évacuations sanitaires internationales, du monde associatif, des professionnels de la santé (publics et privés), des parlementaires ou des patients, a été écoutée avec attention sur ce sujet sensible. Nous tenons à les remercier pour la qualité de leurs contributions au travers des informations et témoignages délivrés.

Une attention particulière a été apportée à la transmission régulière des comptes rendus synthétiques ad hoc et des calendriers prévisionnels actualisés de la mission à l'ensemble des représentants.

Une fois les enjeux cernés, des préconisations visant à améliorer l'existant ont été formulées et présentées aux différents acteurs concernés afin de recueillir leur avis sur ces dernières. L'écoute et le consensus ont été privilégiés afin que les propositions d'ajustements soient autant que possible consensuelles et nous l'espérons, mises en œuvre concrètement au bénéfice des Polynésiens.

En outre et c'est également une initiative nouvelle pour notre institution, une consultation citoyenne numérique a été menée via internet afin d'élargir la réflexion aux Polynésiens désireux de témoigner et de partager leurs idées. Cette démarche participative, inédite, leur ouvre la possibilité de contribuer à l'amélioration du dispositif étudié.

Enfin, les préconisations formulées dans le présent rapport ambitionnent d'être pratiques, simples et réalistes donc facilement réalisables et, nous le souhaitons, rapidement mises en œuvre.





# SYNTHÈSE

L'évacuation sanitaire internationale est un service public dont la gestion est réglementairement confiée à la Caisse de prévoyance sociale depuis 2001. Partie intégrante de l'offre de soins globale polynésienne, elle demeure une nécessité, mais ne l'oublions pas, aussi et surtout, une réelle chance pour de nombreux Polynésiens. Chaque année, près de 700 évasans sont réalisées, ce qui représente un coût total (transport, hébergement et soins) conséquent, d'environ 4 milliards de F CFP.

Si les performances médicales et logistiques du dispositif sont avérées et reconnues, le traumatisme psychosocial généré par cette situation n'est pas pris en compte à la hauteur des attentes des Polynésiens, principalement les malades ou les accompagnateurs, touchés par cette épreuve.

Or, le bien-être social du patient contribue pleinement à sa guérison et c'est à ce titre que les conditions de son information et de son accompagnement se révèlent être cruciales. Elles doivent faire l'objet d'améliorations pragmatiques, d'un suivi irréprochable et d'une évaluation régulière.

Par le passé, la forte implication des associations sur le terrain, en particulier celle de A Tauturu la Na, a permis de pallier certaines carences en la matière. Aujourd'hui, il incombe aux différents acteurs impliqués de prendre pleinement leurs responsabilités respectives afin d'assurer réellement, de manière directe ou indirecte en s'appuyant conventionnellement sur des professionnels ou des relais associatifs, cette dimension humaine fondamentale.

Si la responsabilité de l'accompagnement social est règlementairement attribuée de manière explicite à la Caisse de prévoyance sociale par une délibération de l'assemblée, la réflexion menée aujourd'hui à travers ce rapport n'est au final que la légitime expression du principe de mutabilité qui régit, avec ceux de l'égalité et de la continuité, le bon fonctionnement d'un service public.

En effet, ce service public ne peut demeurer immobile face aux évolutions de la société. Il doit évoluer en fonction des besoins des usagers, des évolutions techniques de son environnement mais aussi des bouleversements notamment technologiques de ce dernier.

Sur ce point, les avancées impactant l'offre de soins, invitent à être proactif afin de maîtriser, en complément d'une politique sanitaire préventive efficace, le nombre final des évacuations sanitaires internationales.

C'est une démarche qui impose également de mener, sous la responsabilité de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), des études médico-économiques prospectives approfondies et contextualisées, en particulier à travers des analyses comparatives régionales actualisées, afin d'éclairer au mieux les choix de l'ensemble des décideurs.

En outre et afin de piloter finement et de manière réactive ce sujet complexe, le comité d'évaluation du dispositif des évacuations sanitaires internationales, qui existe déjà, doit être réactivé rapidement par la puissance publique. Cet espace de dialogue représentatif se voudra constructif et permettra de formuler de manière régulière et consensuelle des propositions d'amélioration concrètes.

Si le financement du dispositif n'est pas le cœur du sujet du présent rapport, le nombre d'évacuations sanitaires internationales de nouveau à la hausse interpelle sur la pérennité et la soutenabilité de ce dernier pour la Polynésie française. Aussi, il serait nécessaire de conduire une réflexion juridico-financière avec l'ensemble des partenaires institutionnels concernés, ce qui permettrait de sécuriser durablement cet aspect.

Enfin, dans l'objectif d'améliorer les conditions de prise en charge psychosociale des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle-Zélande et de leurs accompagnateurs, les travaux réalisés au cours de cette mission d'information ont permis d'identifier des points d'amélioration qui font l'objet de préconisations réalisables présentées dans ce rapport.

# **PRÉCONISATIONS**

07

01

Regrouper physiquement tous les acteurs de la CPS intervenant dans le processus des évacuations sanitaires internationales et veiller à une parfaite coordination de l'ensemble des activités ad hoc.

80

02

Veiller en cours d'évasan à bien suivre l'évolution de la situation psychosociale du patient afin d'évaluer au mieux la nécessité d'un accompagnant agréé.

09

03

Informer les ressortissants de la Sécurité sociale de la non prise en charge par la CPS de certaines dépenses et les sensibiliser sur le bénéfice de souscrire si possible à une mutuelle complémentaire. Établir des conventions partenariales entre le CHPF et les établissements de soins en France et en Nouvelle Zélande afin de permettre prioritairement la mise en place de la chirurgie cardiaque extracorporelle programmée en Polynésie française.

Réaliser une étude médico-économique pour analyser d'une part l'opportunité de doter l'offre de soins locale d'un PET SCAN et d'autre part, évaluer la pertinence de

son éventuelle location avec option d'achat permettant, le cas échéant, de s'adapter aux évolutions technologiques

Intensifier les missions d'experts médicaux sur le

04

Institutionnaliser à la CPS un principe efficace de décision collégiale sauf pour les cas d'urgence.

10

Établir une convention entre la Caisse de prévoyance sociale et la Délégation de la Polynésie française pour articuler leur coopération.

05

Mutualiser les compétences et les moyens entre les secteurs médicaux public et privé de Polynésie française pour favoriser ainsi leur complémentarité.

11

Officialiser des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuelles entre la Caisse de prévoyance sociale et les associations, tant avant le départ de Polynésie française que sur place.

06

Conduire une étude médico-économique prospective sur l'évolution des pratiques chirurgicales envisageables en Polynésie française. 12

Prévoir des formations au bénéfice des associations de visites aux malades pour améliorer leurs capacités d'accompagnement psychosocial.



13

Renforcer humainement l'antenne CPS de Paris par des compétences professionnelles en matière d'accompagnement psychosocial (assistant social et psychologue) et en personnel spécifiquement dédié aux visites.

19

Prévoir une consultation par un psychologue au bénéfice du patient et de son accompagnateur agréé avant le départ pour identifier, en amont, d'éventuels risques de rupture psychosociale.

**14** 

Assurer au niveau de la CPS une entrevue systématique des personnes concernées les informant des conditions pratiques de déroulement du séjour, ceci préalablement à leur rencontre éventuelle avec le service social de la Caisse.

20

Modifier le code du travail polynésien pour prévoir le don de congés, le maintien des droits sociaux et le droit à la suspension du contrat de travail des accompagnateurs familiaux, sous conditions.

15

Poursuivre au maximum le regroupement des évacuations sanitaires dans la région île de France en formalisant des conventions inter-établissements pour sécuriser les partenariats.

21

Réaliser une étude technico-économique sur la faisabilité de la mise en place d'une indemnité congé parental.

16

Fournir un « kit de départ » aux personnes les moins autonomes.

22

Réaliser une étude médico-économique approfondie visant l'élargissement des conditions d'octroi d'un accompagnateur agréé.

17

Réévaluer, le cas échéant, l'indemnité de séjour ; y intégrer une nouvelle compensation permettant la souscription d'un abonnement téléphonique avec internet mobile.

23

Réactualiser et compléter les guides relatifs aux évacuations sanitaires en France et en Nouvelle Zélande, les traduire en tahitien et prévoir leur dématérialisation.

18

Mettre en place un outil de contrôle interne à la CPS pour optimiser le remboursement des frais avancés par les bénéficiaires (patients et accompagnateurs agréés) au titre des indemnités de séjour et simplifier la procédure ad hoc.

24

Doter le guichet unique d'information de la CPS d'un recueil des aides sociales disponibles et des modalités d'obtention, le remettre aux Polynésiens concernés et en faire la publicité.

# 25

Mettre en place des campagnes d'information médiatisée sur les dispositions existantes lors d'une évacuation sanitaire internationale.

# 26

Rendre opérationnel et partageable le dossier médical individuel informatisé.

# 27

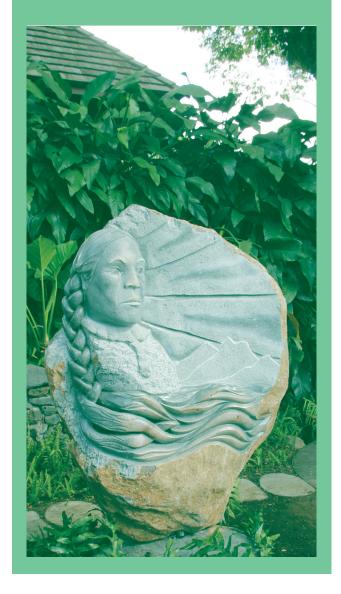
Éclairer la réflexion prospective en matière d'évacuation sanitaire internationale à l'aune de la révolution technologique médicale en cours.

# 28

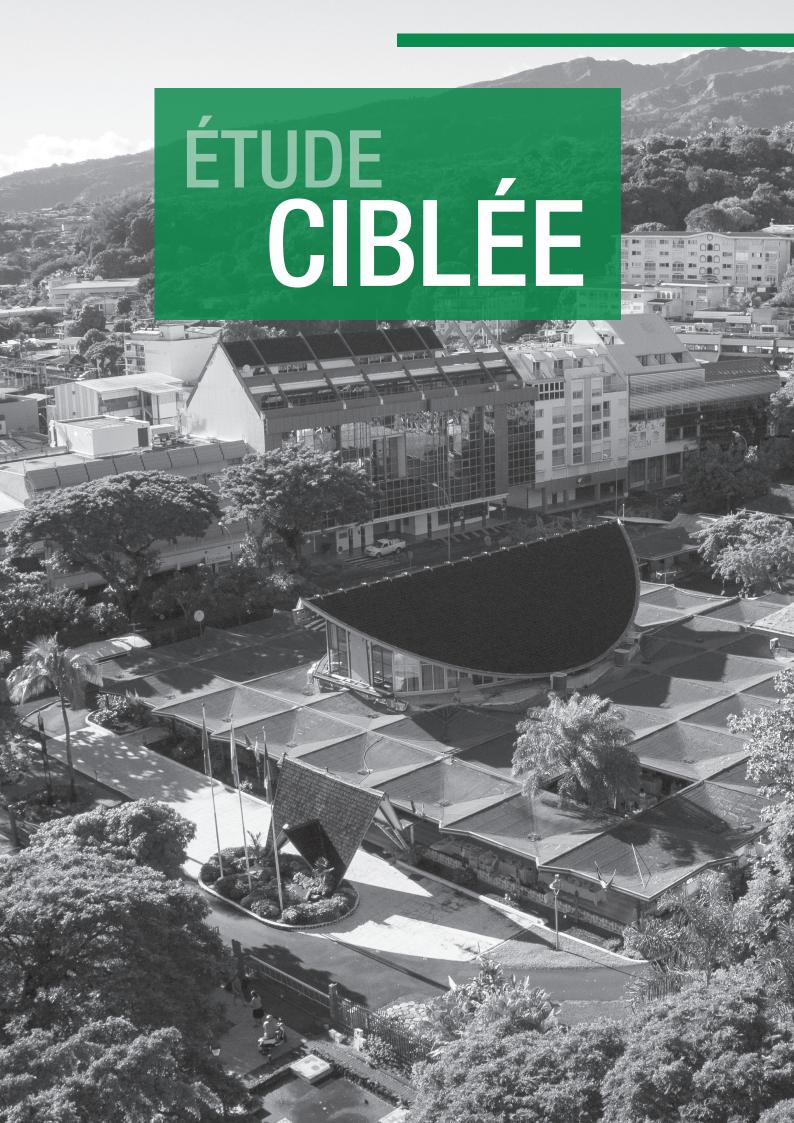
Établir un planning commun sectorisé et partagé de visites des Polynésiens en centres de soins ou d'hébergement (une visite systématique le lendemain de l'arrivée, si souhaitée).

# 29

Réactiver rapidement le comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales et y intégrer une représentation associative locale dynamique.







# UNE MISSION D'INFORMATION CIBLÉE

## 1.1 Un champ d'analyse volontairement restreint

En liminaire, il convient de noter que cette mission d'information n'avait pas vocation à évaluer le dispositif des évacuations sanitaires internationales (hors territoire) dans sa globalité.

Une telle évaluation nécessiterait une analyse plus exhaustive de la politique publique du pays en la matière, incluant en particulier des aspects touchant aux pratiques médicales mais également aux mécanismes financiers de l'ensemble du dispositif. Ce travail relève à part entière du rôle du comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales; ce point sera développé ultérieurement.

En revanche, nous pensons qu'il est opportun de comprendre comment ce dispositif s'intègre à l'offre de soins globale proposée par la Polynésie française et à son évolution au cours du temps. De même, nous avons cherché à apprécier au mieux de manière prospective les évolutions conjoncturelles et structurelles, mais aussi locales et internationales, qui lui sont propres.

Il ne s'agit pas davantage d'évaluer la prise en charge sanitaire des patients par les établissements de soins qui les reçoivent, ni de réaliser un contrôle externe de la CPS.

Néanmoins, il convenait d'apprécier au mieux l'organisation et le maillage des intervenants, les moyens de communication existants entre eux ainsi que les systèmes de coordination et d'évaluation réellement opérationnels dans ce domaine, puisque la qualité de ces points génère, ou non, des difficultés pour les patients et leurs accompagnateurs.

Plusieurs textes, de nature et de portée juridique distinctes, constituent directement ou indirectement le corpus règlementaire relatif aux évacuations sanitaires internationales. Pour votre parfaite information, une liste exhaustive des références ad hoc est annexée au présent rapport (annexe 3).

Le service public de l'évacuation sanitaire hors de la Polynésie française se doit également d'inclure, en plus de la prise en charge médicale, un accompagnement humain et social adapté aux besoins des patients, dont il nous appartient aujourd'hui d'appréhender le bon fonctionnement.

Cette appréhension globale de ce qu'est la santé s'avère conforme à la définition de cette dernière par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) qui la conçoit « comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Le bien-être social du patient contribue pleinement à sa guérison et c'est à ce titre que les conditions de son accompagnement se révèlent être cruciales.

En outre, il convient d'ores et déjà de noter qu'humainement parlant, une évacuation sanitaire, qui plus est hors du territoire, est tout sauf un évènement anodin dans la vie du patient, de sa famille et de ses proches.



Cette épreuve prend plusieurs formes. A la souffrance, à la fragilité et au stress liés à la maladie s'ajoutent l'éloignement du lieu de vie, la séparation des proches, les difficultés d'ordre financier, professionnel ou de communication.

De manière plus ou moins significative selon son degré d'autonomie, toute personne concernée par cette épreuve médicale est donc aussi impactée par un fort sentiment de dépaysement et d'isolement, en un mot de solitude.

Dans ce contexte, la mission d'information a pour objet d'analyser, dans le cadre des évacuations sanitaires réalisées en métropole et en Nouvelle-Zélande, les réponses apportées aux patients et à leurs accompagnateurs notamment sur les aspects suivants :

- accompagnement administratif et humain avant le départ et tout au long du séjour en métropole ;
- accompagnement de nature psychosociale tout au long de la prise en charge;
  - information préalable sur les spécificités du lieu d'accueil et de soins ;
- modalités de prise en compte des difficultés de communication (non maîtrise du français ou de l'anglais);
- conditions matérielles de prise en charge des patients pendant les périodes de non hospitalisation, et celles de leur(s) accompagnateur(s): logement, repas, transport, vêtements, autres conditions de vie;
  - nature des frais exposés par les patients et leurs familles ;
- possibilités de recours pour les patients et leurs familles, rencontrant des difficultés pendant leurs séjours ;
- tout aspect lié ou induit par l'un de ces éléments, que les travaux de la mission mettraient en exergue.

# 1.2 Un élément vital de l'offre de soins globale de la Polynésie française

Au préalable, il est utile de rappeler que le Droit à la santé est un élément fondamental des droits de l'homme et que « la protection de la santé » est un droit constitutionnel en application du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.

Il est précisé que la santé est comprise dans le champ de compétences de la Polynésie française, en application des articles 13 et 14 de la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie.

Depuis plusieurs années, notre système de santé polynésien est confronté à des enjeux majeurs qui le fragilisent et le menacent à court terme.

Une réforme ambitieuse de ses objectifs et de son organisation s'imposait et notre assemblée s'est donc dernièrement positionnée à ce sujet.

Ainsi, par délibérations n° 2016-11 APF du 16 février 2016 portant approbation des orientations stratégiques 2016-2025 de la politique de santé et n° 2016-12 APF du 16 février 2016 portant approbation du schéma d'organisation sanitaire 2016-2021, nous avons fixé ce nouveau cadre en faisant preuve d'une volonté politique forte et bienveillante.

Ces orientations stratégiques constituent une vision partagée à 10 ans des évolutions à conduire et des inflexions à accompagner. Les plus importantes d'entre elles sont traduites dans le Schéma d'organisation sanitaire (SOS) pour la période quinquennale 2016-2021.

La délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire mentionne que « l'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française constitue une offre de soins proposée

au patient lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables sur le territoire par manque d'infrastructure, de services et/ou de moyens adaptés à sa pathologie» et « à ce titre, elle est soumise à l'évolution de l'organisation sanitaire ainsi qu'aux dispositifs de prévention de l'augmentation des dépenses de santé ».

S'inscrivant dans ce schéma global, le dispositif d'évasan international est étroitement lié à l'offre de soins locale proposée, elle-même fortement corrélée à l'évolution des besoins sanitaires de notre population et des moyens financiers, technologiques et humains mobilisables par le pays pour y répondre de manière adéquate.

Cette offre de soins, de dernier recours, permet aux patients polynésiens d'avoir accès, en dépit de leur isolement géographique, à une prise en charge médicale hautement qualifiée et à la pointe de la technologie.

En conséquence et compte tenu du constant changement de ces paramètres, le dispositif des évacuations sanitaires internationales doit régulièrement faire l'objet d'une réflexion sur son optimisation : internaliser les prestations de soins ou évacuer à l'international?



#### 1.3 Des responsabilités juridiquement établies

#### 1.3.1 La CPS et la société Europe Assistance Océanie (EAO) aux avant-postes

La pierre angulaire règlementaire encadrant le dispositif des évacuations sanitaires hors territoire dites « internationales » est la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 modifiée relative aux évacuations sanitaires hors du territoire. Elle en définit le périmètre, les intervenants et en fixe notamment les conditions de mise en œuvre et d'évaluation (annexe 4).

L'assemblée de la Polynésie française a confié

à la CPS ce dispositif qu'elle gère dans le respect de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 modifiée, de son arrêté d'application n° 1058 CM du 29 novembre 2005 modifié (annexe 5), mais aussi des textes adoptés par les différents conseils d'administration des trois régimes d'assurance maladie (RGS, RNS et RSPF) (annexes 6 à 8), tout en disposant d'une grande latitude organisationnelle afin

d'optimiser dans la pratique, le bon fonctionnement du système.

La CPS assure l'organisation, la gestion et le suivi de l'ensemble de ce dispositif médical de manière à « faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessaires, à améliorer la qualité des soins et des services aux usagers, à centraliser les données essentielles à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires, et également à informer les pouvoirs publics sur l'évolution des prestations rendues » (article 3 de la délibération n° 2001-6 APF).

En outre, la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 prévoit explicitement dans son article

premier que « les nécessités de prise en charge globale des patients soumis à cette offre de soins, confèrent par ailleurs à la prestation médicale une dimension humaine non négligeable dans l'organisation sanitaire et sociale du territoire ».

La délibération retient donc une approche sociale au travers, tout d'abord, de la composition du dossier d'évasan (annexe 9) qui contient une partie sociale

de nature à recenser les besoins du patient. Elle prévoit aussi expressément « un accompagnement social au travers de mesures sociales spécifiquement adaptées à l'accompagnement et aux besoins du patient durant toute la période d'évacuation sanitaire ». « Mises en œuvre par les travailleurs sociaux de la Caisse de prévoyance sociale, ces mesures incluent l'information relative aux droits et obligations des assurés

sociaux et aux spécificités des pays d'accueil ainsi que l'attribution des aides sociales liées à la situation personnelle des patients » (articles 1er, 13 et 14 de la délibération n° 2001-6 du 11 janvier 2001).

De manière opérationnelle, la mission de service public relative à l'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française, est mise en œuvre par des effectifs dédiés de la CPS aux évasans comprenant à ce jour 7 personnes (3 personnels administratifs, 2 médecins conseils et 2 assistantes sociales).

Alors qu'en 2014 ce personnel était regroupé au sein d'un service dédié au dispositif, il a été redéployé. Désormais, deux agents relevant du service du contrôle médical de la Caisse instruisent les dossiers. La remise

# **PRÉCONISATION**

0

Regrouper physiquement tous les acteurs de la CPS intervenant dans le processus des évacuations sanitaires internationales et veiller à une parfaite coordination de l'ensemble des activités ad hoc en place d'une entité entièrement consacrée à cette problématique pourrait être l'occasion d'améliorer significativement la coordination des activités ad hoc.

#### 1.3.2 Une procédure règlementée

En terme de procédure, la demande d'évacuation sanitaire internationale suit deux étapes principales :

• La demande d'évacuation sanitaire est formulée par le médecin-prescripteur, après consentement du malade et avis des spécialistes compétents le cas échéant, et à l'appui d'un dossier complet. Celuici comprend une partie administrative permettant d'organiser le voyage et le séjour du patient, une partie médicale exposant le diagnostic médical qui motive le processus d'évacuation extraterritoriale et une partie sociale recensant les besoins sociaux liées à la situation personnelle du patient.

Cette demande, précédée de l'information du malade, est accompagnée d'un protocole de soins et de traitement explicite. Elle définit la prise en charge, les conditions de transport et notamment, la nécessité ou non d'un accompagnement sanitaire ou familial.

• Une fois complétée, l'instruction de cette demande est réalisée par le service du contrôle médical de la CPS, via le médecin-conseil. Ce dernier décide de l'opportunité du transfert sanitaire sollicité, des conditions de transport en concertation avec le médecin régulateur et de la suite à réserver à la demande éventuelle d'un accompagnant sanitaire ou familial, lequel aura alors le statut officiel d'accompagnateur agréé.

La décision d'évasan est prise dans les meilleurs délais par le médecin conseil de la Caisse et notifiée au malade et au médecin-prescripteur par le service médical.

En cas de refus total ou partiel, la décision est

dûment motivée auprès du médecin-prescripteur. Dans ce cas, la réglementation prévoit une possibilité de recours devant une commission ad-hoc composée de cinq praticiens qui statue dans les 15 jours à compter de sa saisine et dans les plus brefs délais en cas d'urgence.

Cette commission peut également être saisie sur la demande d'accompagnement sanitaire du patient lorsque la Caisse s'y oppose. Si la décision de la commission s'impose à la CPS et aux parties, le cadre réglementaire ne saurait interdire un éventuel recours en justice de l'assuré, en cas de refus de prise en charge confirmé contre la CPS.

Afin d'assurer la continuité de ce service public à l'extérieur de la Polynésie française et conformément à l'article 7 de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001, la CPS confie le convoyage médical des patients à un prestataire spécialisé.

Jusqu'en 2017, cette prestation a été assurée par la société Europe Assistance Océanie (EAO) et ceci depuis 2003.

Il en est de même pour 2018, selon des modalités fixées en vertu d'un appel d'offres, par une convention portant cette fois sur une durée de cinq ans (annexe 10 - projet de convention adopté par les trois régimes polynésiens), dont le montant prévisionnel est estimé à environ 300 millions de F CFP par an.

Dans ce cadre, sous le contrôle de la CPS, la société EAO assure l'organisation administrative, logistique et médicale du processus, au départ et au retour en Polynésie française, avec gestion du transport médicalisé si nécessaire. Elle en assume donc la responsabilité logistique et médicale à travers une assurance



garantissant sa responsabilité civile professionnelle spécifique dans l'exercice de sa mission. Elle vérifie en particulier l'ouverture des droits du patient avant d'effectuer l'ensemble des formalités administratives indispensables à son voyage.

Elle gère également les situations d'évasan urgente en dehors des heures d'ouverture de la CPS puisque le médecin régulateur instruit le dossier transmis par le médecin prescripteur et décide de l'opportunité de la demande, au regard notamment de son urgence et de sa motivation médicale.

Pour chaque évasan, elle recueille l'ensemble des données quantitatives, qualitatives et médicales relatives aux patients. Il est à noter que la société EAO doit mettre en œuvre un logiciel de gestion des données à la disposition de l'ensemble des partenaires dont elle assurerait la maintenance.

EAO prévoit également les équipements médicaux spécialisés adaptés aux diverses situations, assure le

suivi médical sur place et propose en outre, une expertise et un suivi médicaux en métropole.

En particulier, la société organise l'accueil à l'arrivée par un transporteur spécialisé (Cosycar), garantit le transport du malade et de l'accompagnateur agréé de l'aéroport jusqu'au centre de soins ou d'hébergement, à l'aller comme au retour. Dans ce cas, elle prendra en charge une participation, appliquée à tous les patients, aux frais d'hébergement assurés par la CPS pour la première nuit sur une base forfaitaire de 2 000 F CFP hors taxes (au titre de la convention de 2017 toujours en cours, cette participation n'est aujourd'hui que de 1 000 F CFP).

Enfin, en cas de décès, elle organise le rapatriement du corps, en effectue toutes les formalités administratives, assiste les familles, prend en charge les frais de conservation de la dépouille mortelle, le coût du cercueil, les transferts jusqu'à l'aéroport et le coût du fret aérien.

Les centres hospitaliers receveurs sont sélectionnés en fonction des spécialités médicales et agréés préférentiellement par la Polynésie française par voie de convention ou d'accords spécifiques. En 2017 et selon la société EAO, faisant suite à une volonté de la CPS de centraliser géographiquement les patients pour mieux les suivre, 33 établissements de soins (contre 80 sur les quatre dernières années) ont été fréquentés par les malades polynésiens en France métropolitaine

(28 en région parisienne et 5 en province) et 8 en Nouvelle Zélande.

A noter que dans le cadre des procédures actuelles, une réévaluation de l'agrément d'un accompagnateur familial en cours de séjour est d'ores et déjà prévu. Elle a lieu sur demande du patient, de l'antenne CPS, du médecin régulateur de la société EAO ou du médecin qui prend en charge le patient sur place.

# PRÉCONISATION

Veiller en cours d'évasan à bien suivre l'évolution de la situation psychosociale du patient afin d'évaluer au mieux la nécessité d'un accompagnant agréé

# 1.3.3 Une prise en charge financière inscrite dans les différents régimes de notre protection sociale généralisée (PSG)

Les accords portant sur la coordination des régimes métropolitains et polynésiens de protection sociale passés entre les autorités de l'Etat et celles de la Polynésie française ont été formalisés par la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 (annexe 11) et réciproquement par le décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 (annexe 12).

Selon l'article 18-1 de ce dernier, il est ainsi envisagé la possibilité d'une prise en charge des résidents polynésiens affiliés à la CPS autorisés à recevoir des soins en métropole, par l'institution de sécurité sociale qui lui applique alors sa propre législation. Néanmoins, ces dispositions n'ont jamais été appliquées car la réglementation polynésienne est plus favorable aux résidents polynésiens pour des considérations pratiques et humaines tenant aux facilités de prise en charge (à 100 % des dépenses et en tiers payant) et au maintien du lien social entre les évasanés et leur famille.

Lorsque les conditions réglementaires d'ouverture des droits aux prestations en nature sont réunies, le bénéfice d'une évacuation extraterritoriale est garanti par le service de prestations en nature du régime d'assurance maladie auquel le ressortissant est affilié.

L'assurance maladie, inscrite dans la liste des assurances sociales, est intégrée dans la protection sociale généralisée instaurée par la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994. Ce texte impose aux résidents de la Polynésie française de justifier d'une couverture sociale contre le risque maladie et de leur affiliation à l'un des trois régimes de protection sociale gérés par la CPS – RGS, RNS et RSPF - ou auprès du régime de la Sécurité sociale ou ses régimes annexes.

Lors d'une évacuation sanitaire hors territoire, il est important de souligner que les ressortissants du système polynésien de protection sociale généralisée bénéficient d'une prise en charge intégrale des frais médicaux et qu'ils n'ont pas à payer de forfait hospitalier. Le régime d'assurance maladie des salariés institué par la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée

Historiquement, il apparaît comme le premier régime à avoir prévu la prise en charge des soins autorisés hors du pays et en particulier celle des frais de transport d'un assuré malade et de son accompagnement dès janvier 1978. Ainsi, l'article 5-1 stipule que « la prise en charge par tiers payant de soins dispensés hors du territoire est acquise de plein droit pendant la durée de l'évacuation sanitaire [...] ». Par ce mécanisme du tiers payant, le patient est dispensé de faire l'avance des frais médicaux occasionnés par sa situation en vue d'un remboursement ultérieur.

Les frais visés concernent l'ensemble des soins et dépenses liés à la pathologie ayant justifié l'évacuation hors du pays tels que les frais d'hospitalisation, les frais médicaux, thérapeutiques et curatifs, (hors dépassement d'honoraires), de pharmacie et de transport (articles 6 et 13 de la délibération de 2001).

Ces derniers comprennent les frais de transport aller-retour effectués à l'extérieur du territoire par l'intéressé et sous conditions, ceux du convoyeur médical (médecin ou infirmier) et de l'accompagnateur du malade âgé de moins de 16 ans. Une dérogation peut être accordée par la CPS qui autorise désormais systématiquement, par une note interne, l'agrément d'un accompagnant familial pour les mineurs de moins de 18 ans mais au-delà, une prescription médicale devient obligatoire. Les dépenses occasionnées sont prises en charge intégralement sur la base des tarifs pratiqués en métropole, ou négociés pour la Nouvelle-Zélande ou sur ceux couramment pratiqués dans la région.

Lorsque le patient est placé hors du milieu hospitalier, les frais liés à son hébergement et à celui de son accompagnateur agréé sont pris en charge par tiers payant lorsqu'il séjourne en pension complète dans l'une



des structures conventionnées avec la CPS ou choisies par elle (Le Rosier rouge, La Croisée, Résidhome et Séjours & affaires sont les établissements conventionnés en 2017 en région parisienne).

Une indemnité de séjour, partielle ou totale, est versée au malade et à l'accompagnateur agréé pendant tout ou partie de la durée de l'évacuation sanitaire lorsque l'état de santé du patient autorise un séjour à l'extérieur du milieu hospitalier dans des structures non conventionnées. Les conditions d'octroi de cette indemnité et son montant sont précisés par la délibération n° 3-2011/CA du conseil d'administration de la CPS du 3 février 2011 (annexe 13) qui prévoit des aides à l'hébergement et aux repas selon la formule d'hébergement choisie par les bénéficiaires. En réalité, l'assuré doit faire l'avance de ces frais qui seront remboursés par la CPS sur un compte bancaire polynésien dans un délai de trois semaines à quatre mois, selon la transmission des informations requises. Apparaît alors la difficulté de la disponibilité financière immédiate pour les malades et particulièrement pour les personnes en situation financière précaire.

Enfin, lorsque le patient décède hors du territoire, la garantie des frais funéraires et les frais liés au rapatriement du corps en Polynésie française jusqu'au lieu de résidence de la personne décédée sont pris en charge par tiers payant sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens par le moyen le plus économique (article 39 ter). Pour les personnes originaires des îles, le transport de la dépouille depuis Papeete s'effectue par voie maritime (pour les îles sous le vent, la société Hawaiki Nui offre cette prestation). A noter sur ce sujet, la récente décision de la CPS d'intégrer les frais d'incinération dans la liste des dépenses funéraires prises en charge sous certaines conditions.

Le régime d'assurance maladie des non-salariés et celui du régime de solidarité de Polynésie française

Dans le cadre de l'évasan, les ressortissants de ces deux régimes d'assurance bénéficient de la prise en charge de leurs soins et des frais inhérents à cette situation médicale par tiers payant dans des conditions quasi identiques à celles du régime des salariés, soit :

- l'application générale du tiers payant et la prise en charge intégrale des soins dispensés hors du territoire pour la pathologie considérée et pendant la durée de l'évacuation extraterritoriale;
- la prise en charge des frais de transport allerretour du patient et de l'accompagnateur agréé;
- outre la garantie de frais funéraires, les dépenses liées au rapatriement du corps en Polynésie française selon les conditions définies par les textes réglementaires idoines.

Ainsi, pour les non-salariés, le régime d'assurance maladie a été institué par la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifié tandis que les conditions de prise en charge des frais d'hébergement hors hospitalisation et de versement d'une indemnité de séjour sont déterminées par la délibération n° 2-2011/ CA.RNS du 11 février 2011 (annexe 14).

Pour le régime de solidarité, les prestations d'aide sociale sont garanties par la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée. Les conditions de prise en charge des frais d'hébergement hors hospitalisation et de versement d'une indemnité de séjour sont, quant à elles fixées par la délibération n° 2-2011/CG.RSPF du 22 février 2011 (annexe 15).

#### Les assurés relevant de la Sécurité sociale

Dans le cadre des accords sur la coordination des régimes métropolitain et polynésien de protection sociale passés entre les autorités de l'Etat et celles de la Polynésie française évoqués supra, les assurés des régimes de sécurité sociale affiliés à la CPS bénéficient également de la prise en charge des frais occasionnés par une évacuation sanitaire. Ainsi, les frais de transport aériens et terrestres jusqu'à l'établissement de soins, du patient et de l'accompagnateur agréé sont pris en charge par la CPS qui en obtient ensuite le remboursement auprès

de l'organisme métropolitain. Les frais d'hébergement de l'assuré relevant de la Sécurité sociale ne sont en revanche pas pris en charge. Les dépenses liées aux autres prestations sont réglées directement par le régime d'assurance métropolitain selon les conditions applicables dans l'hexagone. Cependant l'avance de ces frais par les ressortissants peut s'avérer problématique et serait facilité par une souscription à une mutuelle complémentaire.

Lorsque l'assuré est déplacé en Nouvelle Zélande, les prestations de transport et de soins médicaux sont similaires à celles des assurés des régimes polynésiens en application du principe de l'égalité de traitement. La CPS avance alors les dépenses puis se fait rembourser par le centre national des soins à l'étranger.





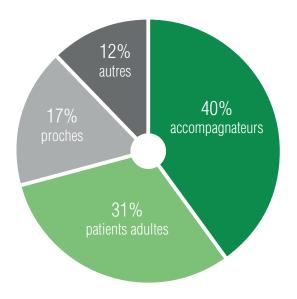
# 1.4 Les attentes citoyennes exprimées

A travers la première consultation citoyenne conduite par notre assemblée, nous avons souhaité, concrètement et de manière moderne via les réseaux sociaux, associer notre population aux travaux menés dans le cadre de cette mission d'information.

Cette démarche participative n'a pas pour ambition de quantifier ni de décrire statistiquement les avis ou les suggestions formulées par nos concitoyens mais elle a pour objectif essentiel de leur donner la parole tout en inscrivant notre institution dans une nouvelle dynamique de communication.

Par ce média et à l'issue des 13 jours de consultation, 101 Polynésiens ont apporté leur contribution, 71 personnes au sujet des évacuations sanitaires en France et 30 au sujet de celles réalisées en Nouvelle Zélande, et ils peuvent en être remerciés. A noter que cette répartition géographique des témoignages est similaire à la ventilation internationale des évasan réalisées.

C'est en qualité d'accompagnateurs 40% (agréés 18%; non agréés 22%), de patients adultes (31%), de proches 17% (famille ou ami) et dans divers autres situations (12%) qu'ils se sont exprimés.



A travers leurs témoignages, 55% d'entre eux estiment que la prise en charge sociale et humaine des patients en situation d'évasan a été faite de manière satisfaisante ou très satisfaisante. Outre la qualité des soins médicaux prodigués qui est largement soulignée, le point positif essentiellement mis en avant est la qualité de l'organisation logistique.

En revanche, ils estiment à 52 % que la prise en charge sociale et humaine de l'accompagnateur est peu ou pas du tout satisfaisante.

Les critiques formulées en la matière sont diverses mais elles peuvent néanmoins être regroupées en 3 thèmes principaux :

- une prise en compte insuffisante du traumatisme psychologique induit, chez le patient et l'accompagnateur, par la situation d'évasan;
- un déficit d'information de la part des intervenants;
- un manque de coordination entre les acteurs, particulièrement en France métropolitaine.

Ces éléments ont été confrontés avec les informations détaillées recueillies lors des auditions afin d'évaluer au mieux leur objectivité et le cas échéant, de mieux apprécier leurs causes et leurs conséquences.

Les pistes d'amélioration suggérées ont également été intégrées dans les préconisations formulées au sein du présent rapport.



# 2 UN DISPOSITIF MÉDICAL EFFICACE ET DE NOUVEAU FORTEMENT SOLLICITÉ

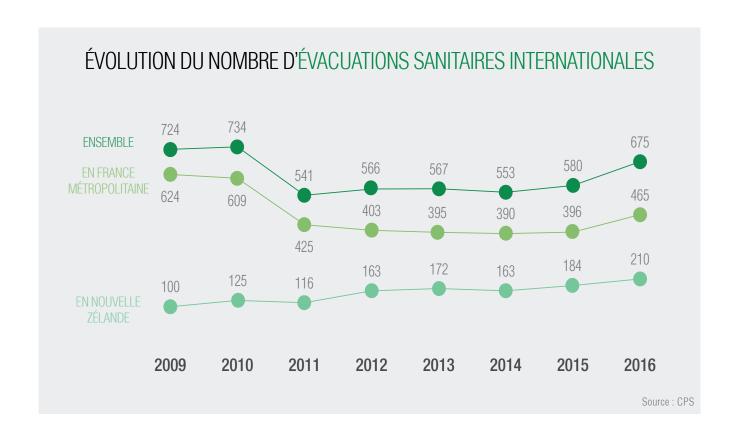
## 2.1 Une activité de nouveau en hausse, source de préoccupation

Selon les informations disponibles transmises sur les années 2009 à 2016, les données permettent de distinguer trois tendances :

- une période haute en 2009 et 2010 où le nombre d'évasan s'établit à plus de 700 patients par an,
- une situation plutôt stable de 2011 à 2014 avec des transferts médicaux en baisse, se situant autour de 557 départs en moyenne annuelle,

- et une remontée des évacuations sanitaires extra territoriales à partir de 2015.

Le nombre de personnes évasanées apparaît comme le reflet d'une part, de l'état pathologique de la population polynésienne se traduisant par un vieillissement des individus et l'augmentation des maladies liées à leur mode de vie, et d'autre part, de l'évolution des technologies médicales disponibles sur place.



De 2009 à 2016, le nombre de transferts a globalement baissé de 7 %, passant de 724 à 675 évasans en 2016. L'ouverture progressive du centre hospitalier de la Polynésie française avec l'installation des nouveaux équipements médicaux semble expliquer la baisse de 26 % du nombre d'évacuations sanitaires observée en 2011.

Mais ce chiffre doit être nuancé puisque les années 2015 et 2016 sont marquées par de nouvelles hausses notables (5 % en 2015 et 16 % en 2016). Cette progression s'explique principalement par les examens de Pet scan effectués en Nouvelle Zélande pour diagnostiquer diverses affections, en particulier des cancers, des problèmes cardiaques ou cérébraux.

Par destination, la France métropolitaine concentre environ 70 % des transferts, dont 80 % se déroulent en région parisienne, contre 30 % pour la Nouvelle Zélande sur les cinq dernières années. On observe toutefois une forte croissance pour ce dernier pays puisque les années 2015 et 2016 enregistrent respectivement des taux de + 13 % et + 14 %, liés essentiellement au nombre plus élevé de Pet scan. Les données 2016 indiquent que le motif d'examen par Pet scan atteint 43 % des dépenses en Nouvelle Zélande, ce qui représente la seconde cause de déplacement dans ce pays, la première étant celle liée à la cardiologie. Sur la période observée, le nombre d'évacuations sanitaires vers cette destination a d'ailleurs doublé en l'espace de sept ans.

L'hexagone quant à lui, inscrit une hausse de 17 % en 2016, en raison des maladies cardiovasculaires et cancérologiques, alors que la tendance était plutôt baissière les années précédentes.

En effet, en termes de pathologies, la cardiologie représente en moyenne 38 % des évacuations extraterritoriales et la cancérologie (hors Pet scan) 34 %. En cardiologie, sont fréquemment recensées les malformations cardiaques infantiles, les personnes atteintes de rhumatisme articulaire aigü (RAA) et la chirurgie cardiaque, tandis que la cancérologie recouvre un spectre très large avec les cancers du poumon, de la tyroïde, de la vessie, du rein et essentiellement les

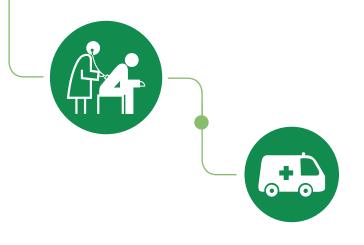
maladies hématologiques pour lesquelles le traitement initié en Polynésie française se poursuit, pour certains patients, par une chimiothérapie plus lourde en métropole.

Les pathologies cardio-pédiatriques sont davantage orientées vers la Nouvelle-Zélande tandis que les cardiopathologies adultes sont dirigées vers la métropole.

Les autres pathologies relèvent de l'obstétrique pour 5 %, des traitements pour brulés (3 %) et de l'ophtalmologie (2 %). Alors que les déplacements en cardiologie son réalisés en nombre équivalent entre les centres de soins métropolitains et néo zélandais, les patients en cancérologie (hors Pet scan) sont orientés essentiellement vers les hôpitaux métropolitains : en 2015, ils étaient 167 patients contre 39 pour la Nouvelle Zélande.

En 2016, sur 675 évasans, 2/3 des malades sont accompagnés dans leur voyage, soit par un membre de la famille ou un proche (agréé ou non) soit par un professionnel médical.

Un tiers des malades n'est donc pas accompagné, sans doute par manque de moyens financiers pour la plupart d'entre eux.



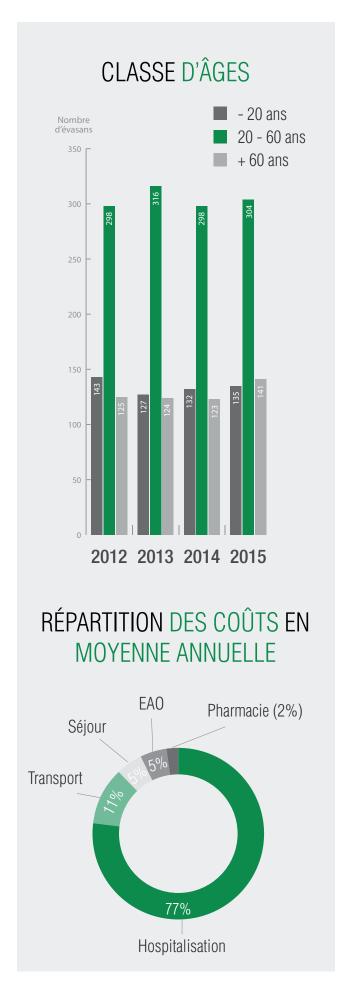


Selon les données de la CPS, environ 55 % des accompagnants sont des accompagnateurs familiaux agréés, soit 1/3 des évasans. A ce titre, ils peuvent donc bénéficier d'une prise en charge de leurs frais de transport et d'une indemnisation totale ou partielle de leur séjour (hébergement et repas).

Il est à souligner qu'en cas d'urgence ces derniers ne bénéficient pas d'une information préalable de la Caisse. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui indiquent avoir des difficultés à bien appréhender la totalité des informations transmises. Ils sollicitent donc très fréquemment une fois sur place, les associations de terrain et les antennes de la CPS pour des conseils, n'étant pas eux-mêmes toujours pleinement autonomes, ce qui rajoute de la difficulté à une situation par essence éprouvante. En 2016, 237 accompagnateurs sont agréés par la CPS. Le coût moyen d'un accompagnateur agréé est de 1 million de F CFP.

Par classe d'âge, les Polynésiens entre 20 et 60 ans représentent en moyenne par an, plus de la moitié du nombre d'évasans. Aux extrémités de la population, les plus jeunes (jusqu'à 20 ans) et les plus âgés (de plus de 60 ans) représentent en moyenne annuelle respectivement près d'1/4 de l'ensemble des transferts.

2016				
TOTAL	France	Nouvelle-Zélande		
675 évasans concernées	465	210		
dont adultes	392	163		
dont enfants	73	47		
2/3 sont accompagnés (médical, famille/proches agréés ou non)	310	114		
Famille/ proche agréé	168	69		
Pathologies	38% Cardiologie	48% Cardiologie		
	32% Cancérologie	43% PETSCAN		
Pour près de 4 milliards F CFP	3 117 millions	838 millions		



La durée moyenne du séjour entre 2009 et 2016 est de l'ordre d'un mois et demi en France hexagonale et d'un peu plus d'une semaine en Nouvelle Zélande. Ceci étant, cette moyenne en Nouvelle-Zélande doit être nuancée car elle intègre les patients devant réaliser un Pet scan dont la durée est nettement plus courte (3 jours). Si la Nouvelle Zélande peut accueillir certains longs séjours, majoritairement les pathologies lourdes sont traitées par les hôpitaux français.

In fine, le dispositif des évacuations sanitaires internationales coûte à la collectivité près de 4 milliards de F CFP par an, sachant qu'en moyenne :

- les frais d'hospitalisation représentent environ 77 % de ce coût,
  - les frais de transport 11 %,
  - les frais de séjours 5 %,
  - les prestations de la société Europ

Assistance Océanie 5 %,

- et les dépenses de pharmacie 2 %.

L'optimisation des frais de transport aérien, aujourd'hui directement payés par la CPS, mériterait une analyse spécifique plus approfondie, incluant une possible externalisation de la prestation.

Selon les données de la CPS, les coûts en 2016 apparaissent stabilisés autour de 6,7 millions de F CFP en moyenne par évacuation sanitaire pour la France et 4 millions de F CFP pour la Nouvelle Zélande.



# 2.2 Une régionalisation modérée à l'inverse de la Nouvelle-Calédonie

Compte tenu des handicaps structurels liés à la situation géographique et au milieu insulaire, du renouvellement et de l'évolution notoire des connaissances et des techniques dans le domaine de la santé, les besoins de coopération et d'échanges avec la métropole mais également avec les voisins du Pacifique pourtant plus proches, sont indispensables pour pouvoir conserver un niveau de soins équivalent au standard

occidental. Avec 30 % de transferts médicaux vers la Nouvelle Zélande, la Polynésie française amorce une modeste collaboration avec les pays de la zone pacifique tandis que nos homologues calédoniens travaillent davantage avec leur voisin australien en y réalisant 70 % des évacuations sanitaires extraterritoriales.

#### 2.2.1 Un dispositif calédonien inspirant

#### • La base réglementaire

En Nouvelle-Calédonie, l'évacuation sanitaire internationale se fait à destination de l'Australie ou de la France selon des modalités précisées au titre IV de la délibération n° 214 CP du 15 octobre 1997 modifiée (annexe 16), relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale. La procédure à suivre, décrite dans la section 3 de cette réglementation, est similaire à celle de la Polynésie française avec une demande formulée par le médecin spécialiste référent, accompagnée de la constitution d'un dossier comportant des parties administrative, sociale et médicale. L'instruction du dossier est effectuée par le département des évacuations sanitaires de la caisse de sécurité sociale de la Nouvelle-Calédonie (CAFAT).

Cependant, à la différence de la Polynésie française, la décision est rendue par une commission médicale composée de cinq médecins : le chef de service, le responsable du département des « évasans » et les médecins-conseil qui statuent en particulier sur la demande d'accompagnement sanitaire ou familial du patient.

Un tel protocole décisionnel favoriserait un examen plus circonstancié et faciliterait un partage de responsabilité dans la prise de décision. Ce principe peut

être conçu de manière efficace et réactive, notamment en évitant tout formalisme excessif.

Un recours est également possible devant une commission d'appel dont l'avis s'impose aux parties.

Dans les cas d'urgence, le médecin responsable du département donne l'avis préalable sur la demande d'évacuation sanitaire.

# **PRÉCONISATION**

04

Institutionnaliser à la CPS un principe efficace de décision collégiale sauf pour les cas d'urgence

#### L'évolution du dispositif

En 2016, le nombre de transferts sanitaires extraterritoriaux s'établit à 1 534 (annexe 17), soit plus du double du chiffre polynésien, pour une dépense de 6 milliards de F CFP. Il faut remonter à la période 1985 à 1995 pour avoir un nombre inférieur à 1000.

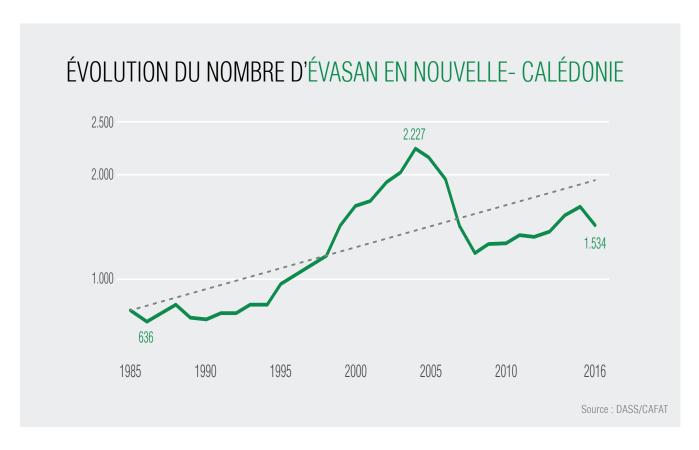
De 1996 à 2004, le nombre d'évasans progresse de manière constante et régulière avec un taux d'accroissement annuel de 10 %. A partir de 2005, ce nombre diminue jusqu'en 2008 (- 41 % entre 2005 et 2008) pour la quasi-totalité des spécialités médicochirurgicales, mais particulièrement pour celles ayant bénéficié du développement en Nouvelle-Calédonie de techniques diagnostiques ou thérapeutiques nouvelles comme l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et la coronarographie notamment.

Mais depuis 2009, la tendance est à nouveau à la hausse en raison principalement des traitements dus aux cancers pour 39 % des cas en 2015 et aux cardiopathies (26 % des évasans en 2015). Toutefois, le nombre de ces déplacements décroit de 10 % en 2016 (1 534 évacuations sanitaires vs 1 696 en 2015) en raison de l'ouverture du centre de radiothérapie en octobre 2016.

En 2016, les malades sont évacués majoritairement vers l'Australie (74 %) et la France métropolitaine (24 %) tandis que les quelques autres patients sont transférés en Polynésie française pour des traitements par radiothérapie avant l'ouverture du centre local.

Considérant les motifs d'évacuations sanitaires observés, la Nouvelle-Calédonie estime que le nombre futur de ces transferts extraterritoriaux est étroitement lié à l'émergence de projets visant à diversifier l'offre de soins locale et particulièrement ceux relatifs à l'implantation d'une offre en médecine nucléaire.

En Nouvelle-Calédonie, le nombre d'évacuations sanitaires extra territoriales est deux fois plus élevé qu'en Polynésie française et coûte un tiers de moins en moyenne par évasan. Si la proximité géographique avec l'Australie influe nécessairement sur le coût du transport, ces différences marquantes mériteraient néanmoins d'être examinées pour être mieux comprises.





#### Le choix de l'Australie

La Nouvelle-Calédonie privilégie la destination australienne en raison de sa proximité géographique (vol d'environ trois heures entre Nouméa et Sydney), des infrastructures médicales complètes et des établissements hospitaliers de qualité disponibles sur place. Une structure d'accompagnement, Australaccueil dépendant de la CAFAT, a été implantée pour coordonner et assurer le lien entre les patients évacués et le bureau des évasans à Nouméa.

L'équipe sur place accueille les patients dès leur arrivée à l'aéroport, organise leurs transferts vers les hôpitaux ou les pensions, effectue les formalités administratives d'admission et de sortie, assure l'interprétariat si nécessaire lors des consultations ou des examens, vérifie l'existence de prescriptions médicales et leur compréhension par le patient. Elle s'occupe également de chercher si besoin, les traitements à la pharmacie, de réserver les billets de retour et d'organiser les transports terrestres pour les divers rendez-vous et les retours à l'aéroport. Un contact téléphonique est disponible 24h sur 24 permettant de gérer les urgences. Le personnel règle de nombreux problèmes médicoadministratifs et humains occasionnés lors du séjour et effectue par ailleurs de nombreuses autres tâches administratives et d'opérations comptables.

L'objectif essentiel étant d'épargner aux malades toute démarche administrative ou médicale, le bureau d'Australaccueil s'occupe de l'ensemble des formalités vis-à-vis des hôpitaux, des médecins, des compagnies aériennes ainsi que des autorités australiennes le cas échéant. Avec 14 personnes dont 8 agents de terrain, la structure consacre son temps disponible à des visites fréquentes auprès de chaque malade, s'efforçant de répondre à ses besoins et de lui apporter également un réconfort moral.

Cette centralisation des prestations nous apparaît intéressante car elle est en soi une source de simplification et donc de sérénité pour les bénéficiaires du dispositif qui ne se questionnent plus ainsi sur le « qui gère quoi ».



## 2.3 Un environnement médical international de plus en plus contraint

Bien que loin de tout, la Polynésie française n'en est pas pour autant extérieure à la marche du monde et en particulier à celle du monde médical. Nous sommes ainsi impactés par les évolutions de ce secteur à l'échelle internationale, tout particulièrement en matière de disponibilité des ressources humaines et des évolutions technologiques et de formation qui s'orientent vers l'hyperspécialisation.

La décision de transférer médicalement le patient à l'extérieur du Pays résulte d'une incapacité technique

à prendre en charge le malade ou d'une absence professionnelle disponible sur place. Elle est souvent rattachée à des techniques médicales rares se traduisant par une spécialisation élevée du praticien.

Dans le domaine de la pratique médicale moderne, en effet, la tendance est à l'hyperspécialisation médicale de l'acte résultant des mutations technologiques et

sociales en cours. Avec le vieillissement des populations, l'espérance de vie qui s'allonge et la hausse des maladies chroniques, la demande de soins au niveau mondial augmente toujours plus, les techniques médicales évoluent constamment et rapidement, et les innovations thérapeutiques ont un coût élevé. Les médecins vieillissant eux aussi, ce secteur d'activité voit le nombre d'emplois offerts progresser en même temps que les rémunérations proposées particulièrement dans les pays développés.

En France, le numérus clausus fixant le nombre de médecins à former chaque année est volontairement contraint même s'il a augmenté récemment, si bien que le nombre de nouveaux diplômés reste insuffisant pour répondre à des besoins thérapeutiques en pleine évolution. Le Conseil national de l'ordre des médecins souligne ainsi que le nombre de professionnels en activité régulière a décru de 10 % entre 2007 et 2017.

L'exercice médical a aussi changé car de plus en plus féminisé, la profession privilégie aujourd'hui l'exercice mixte, en libéral et salariat, et non plus simplement en cabinet. La réforme française des études médicales a par ailleurs, supprimé un certain nombre de spécialités mixtes depuis janvier 2016. De ce fait, la spécialité

thoracique vasculaire a disparu et est remplacée par deux cursus, la spécialité vasculaire et la spécialité thoracique. En conséquence, au lieu d'avoir un chirurgien spécialisé capable de pratiquer la double spécialité, l'hyperspécialisation impose désormais de séparer ces activités et donc de recruter un chirurgien par spécialité.

Mutualiser les compétences et les moyens entre les secteurs médicaux public et privé de Polynésie française pour favoriser ainsi leur complémentarité

**PRÉCONISATION** 

En Polynésie française, le bassin de population, le

morcellement du territoire, les difficultés d'accès et la dispersion des foyers contraignent l'offre globale de soins. Certaines spécialités médicales ne pourront donc être proposées en raison du faible nombre d'actes médicaux à pratiquer. Certaines interventions chirurgicales, en particulier cardiaques avec seulement 90 actes par an ne permettent pas d'occuper un spécialiste à temps complet. En outre, ce dernier pourrait alors perdre en partie de sa technicité, ce qui constitue un frein en terme d'attractivité.

A cela, s'ajoute le problème de la difficulté de recrutement puisque les compétences requises pour offrir des soins de qualité sont très pointues. Par ailleurs, les mobilités internationales actuelles de médecins



s'inscrivent dans un contexte mondial de déficit global de personnel médical dans les pays d'Europe occidentale et d'élargissement du marché mondial des compétences médicales et chirurgicales.

Face à l'accélération du progrès des technologies médicales et à leur coût croissant, une mise en commun des moyens d'expertise, et des compétences, doit également être envisagée entre le secteur médical public et le secteur médical privé de Polynésie française pour faciliter l'accès des Polynésiens à des technologies médicales de dernière génération, comme par exemple celle de l'écho-endoscopie bronchique.

# PRÉCONISATION 06

Conduire une étude médicoéconomique prospective sur l'évolution des pratiques chirurgicales envisageables en Polynésie française

# 2.4 Une évolution technologique constante de l'offre de soins : le cas du PET scan (ou TEP pour Tomographie par Émission de positons)

Comme mentionné précédemment, le nombre d'évacuations sanitaires internationales en Polynésie française a tendance à croître ces dernières années en relation avec les diagnostics à effectuer par PET scan essentiellement vers la Nouvelle Zélande. Estimé à environ 150 patients en 2017, ce chiffre pourrait facilement être dix fois plus important selon les professionnels de la santé. Sachant qu'un transfert extraterritorial pour ce motif médical coûte dans l'ensemble (frais de transport, examen, séjour, indemnités) environ un million de F CFP par évasan, il semble intéressant de s'interroger sur l'opportunité de la mise en place de cette technologie dans notre pays, ce qui nécessite de réaliser une étude médico-économique.

Le PET scan est un outil de diagnostic qui permet de déceler certaines pathologies se traduisant par une altération de la physiologie normale comme les cancers notamment. Cette technique très utilisée améliore le diagnostic et le suivi du traitement, notamment en cancérologie car elle détecte l'activité d'une cellule cancéreuse alors que l'imagerie traditionnelle (scanner ou radiographie) est incapable de distinguer l'aspect vivant ou inactif de la cellule. La phase diagnostique de la procédure médicale est ainsi améliorée par la possibilité d'une détection très précoce des cellules malignes, de même qu'à l'étape du suivi du traitement, la TEP permet de différencier les cellules cancéreuses et les cicatrices de tumeurs. L'efficacité du traitement est en outre renforcée grâce à un pilotage médical plus ciblé de la chimiothérapie qui elle-même, par l'avancée des techniques et des recherches médicales, devient par ailleurs de plus en plus performante et précise mais aussi plus agressive.

Les diagnostics au PET scan sont également préconisés par les professionnels pour des actes de chirurgie thoracique pulmonaire, permettant ainsi aux spécialistes médicaux d'estimer au mieux la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Néanmoins, le coût de l'ensemble du dispositif implique une dépense d'investissement estimée à environ 700 millions de F CFP, à laquelle se rajoute des frais de fonctionnement élevés. Considérant en plus l'évolution rapide et constante des techniques dans ce domaine, les professionnels médicaux préconisent davantage la solution de la location avec option d'achat qui offrirait la possibilité de disposer des dernières évolutions modernes en ce domaine. Dans ce cas, la dépense de fonctionnement occasionnée par le loyer à payer incluant les frais de fonctionnement et de maintenance de l'ensemble du matériel est estimé à environ 160 millions de F CFP par an, ce qui correspond globalement au coût annuel de l'évasan pour Pet scan en Nouvelle Zélande.

Par ailleurs dans la situation actuelle, le nombre de patients soumis au Pet scan est limité en raison des coûts engendrés par ces déplacements alors que l'installation de la technologie sur place permettrait de contenir les coûts en prévision d'une croissance de la demande qui pourrait être dix fois plus importante sur l'année. En effet à l'instar de la scintigraphie osseuse, la mise en place du dispositif d'imagerie médicale a généré une augmentation de la demande, voire une systématisation de la pratique. A cette dimension, s'ajoute celle des patients atteints de maladies extrêmement algiques qui ne peuvent être transférés et qui perdent une possibilité de se faire soigner efficacement.

L'autre volet à mentionner est que si l'installation du Pet scan devenait effective, elle pourrait offrir de la disponibilité horaire à la clientèle devant être soumise à la technique de l'IRM. Cet élément serait à prendre en considération dans le choix de l'acquisition d'un second appareil d'IRM, question motivée actuellement par l'existence d'un seul matériel utilisable.

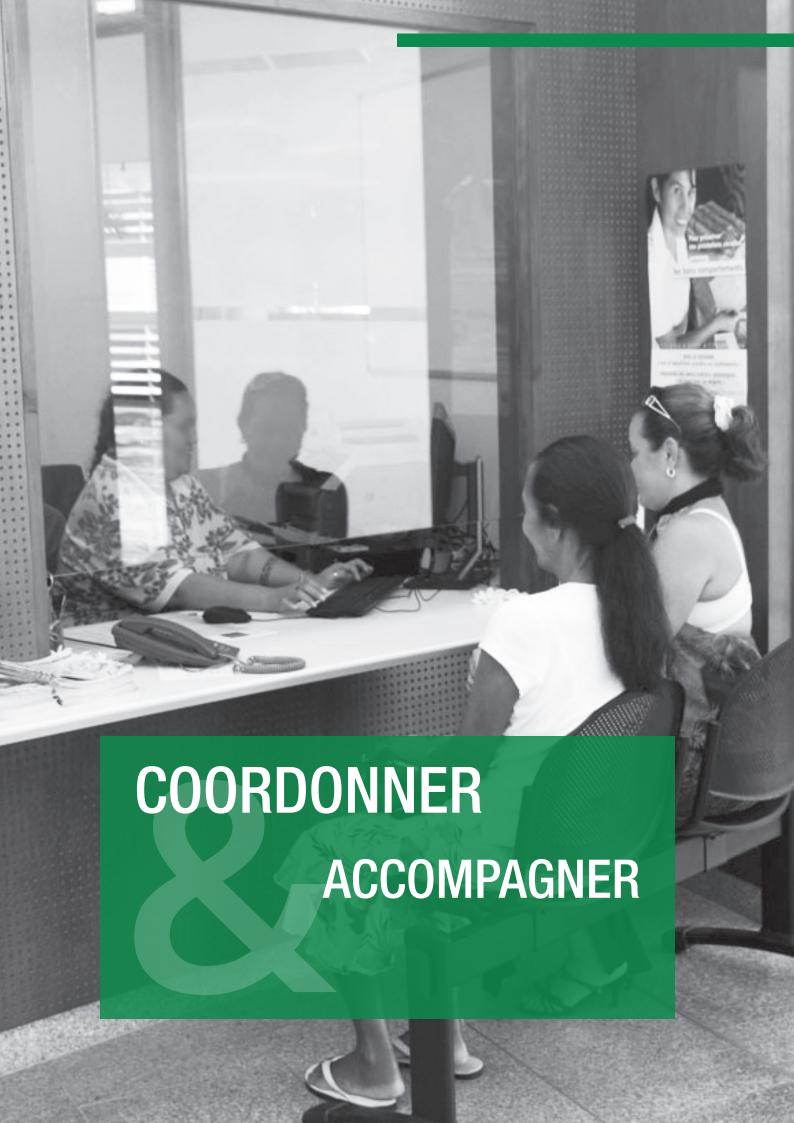
La mise en œuvre de la TEP nécessite cependant des compétences médicales très élevées, particulièrement dans le domaine de l'ingénierie médicale et du personnel technique spécialisé, dans la fabrication du marqueur, du fonctionnement et de la maintenance de l'accélérateur de particules.

# **PRÉCONISATION**

07

Réaliser une étude médicoéconomique pour analyser d'une part l'opportunité de doter l'offre de soins locale d'un PET SCAN et d'autre part, évaluer la pertinence de son éventuelle location avec option d'achat permettant, le cas échéant, de s'adapter aux évolutions technologiques futures





# UNE NÉCESSITÉ DE MIEUX COORDONNER POUR MIEUX ACCOMPAGNER

### 3.1 Un système complexe par la multiplicité de ses intervenants

Si le gestionnaire du dispositif est règlementairement bien déterminé, en l'occurrence la Caisse de prévoyance sociale, et si les procédures ad hoc sont théoriquement exposées dans le titre II de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001, il existe dans la réalité, de nombreux intervenants dont l'articulation demeure perfectible en vue d'une plus grande performance d'action.

Ainsi et dans la pratique, on peut identifier essentiellement cinq niveaux d'intervention qui mobilisent les différents acteurs :

- la définition règlementaire ou contractuelle des périmètres d'intervention et des responsabilités relatifs aux différents protagonistes : gouvernement, assemblée de Polynésie française, conseils d'administration de régimes d'assurance maladie (RGS, RNS et RSPF);
- la gestion financière et administrative du dispositif et des aides : Caisse de prévoyance sociale et Direction des affaires sociales (il est à noter aussi que, de manière plus surprenante, l'association polynésienne de la Ligue contre le cancer apporte ponctuellement un soutien financier d'urgence aux patients cancéreux évasanés qui pour certains sont conseillés en ce sens par la Caisse);
- la couverture médicale des besoins sanitaires ; le corps médical (médecins privés ou publics-CHPF), la Caisse de prévoyance sociale (contre-expertise et décision finale du médecin conseil et éventuelle contrexpertise

par la commission de recours si la décision du médecin conseil est contestée) et les établissements de soins référencés en France (48) et en Nouvelle Zélande (8);

- l'organisation logistique de la prise en charge des bénéficiaires du dispositif tel que prévu par la règlementation (articles 7, 8 et 9 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001) : Europ Assistance Océanie (prestation pluriannuelle conventionnée dernièrement annexe 10), les transporteurs médicalisés privés (cf. convention annexe 18) et l'ensemble des centres d'hébergements mobilisés ;
- l'accompagnement psychosocial des bénéficiaires du dispositif : Caisse de Prévoyance sociale sur Papeete et ses antennes de Paris et d'Auckland, associations sur Papeete (A Tauturu la Na, La ligue polynésienne contre le cancer), la Délégation de la Polynésie française à Paris (DPF) et les associations en métropole à Paris et à Nantes.



### Les différentes associations en métropole

### **PARIS**

Te Ramepa Ora (Présidente Nini Topata)

Te Rima O Te Here (Présidente Hereata Toti)

A Tauturu la Na (Présidente Denise Teihotaata)

Association les Amis de la Polynésie française (Président René Desbiolles)

### **NANTES**

Te Vai Ora Porinetia (Présidente Thérèse Tevaatua)

Heirautini (Président Thierry Kesler)

Par ailleurs, les situations des bénéficiaires directs (patients) et indirects (accompagnateurs) du dispositif sont également multiples, puisqu'elles peuvent concerner :

- un patient mineur, lequel sera assisté de facto par un accompagnateur agréé par la CPS;
- un patient adulte non accompagné;
- un patient adulte assisté d'un accompagnateur agréé par la CPS;
- un patient adulte assisté d'un accompagnateur non agréé par la CPS;
- un patient bénéficiant en sus d'un accompagnement médical lors du transport.

### 3.1.1 La CPS, un acteur incontournable de la prise en charge

Dans 60 % des cas, la demande d'évacuation extraterritoriale est évaluée par le service social de la CPS qui apprécie les ressources du patient à travers le calcul de la moyenne économique journalière ainsi que l'organisation familiale résultant de ce déplacement.

Pour les personnes en situation précaire et en fonction du calcul de la moyenne économique journalière et de leur régime d'affiliation, les assistantes sociales de la Caisse peuvent également solliciter les fonds d'aide sociale des trois régimes polynésiens (aides alimentaires ou vestimentaires notamment pour s'équiper selon la

saison – annexes 19 à 21). Elles peuvent ainsi mobiliser également pour cela la Direction des affaires sociales (DAS) qui réceptionne les dossiers de demande d'aides pour les ressortissants RSPF et RNS et édite les bons de commandes ad hoc, en application des délibérations n° 20-2010/CG.RSPF relative à la gestion du fonds d'action sociale du régime de solidarité et n° 05-2005/RNS fixant les modalités d'attribution des prestations en nature et espèces du fonds d'action sociale du régime des non salariés. De manière concrète et concernant les aides vestimentaires gérées par la DAS, il est prévu une aide pour se constituer un trousseau d'été à hauteur de 40

000 F CFP par personne et à hauteur de 60 000 F CFP par personne en hiver. En 2016, 175 personnes en ont bénéficié (169 ressortissants du RSPF et 6 du RNS) pour un montant total de 8, 25 millions de F CFP.

Les personnes les plus démunies peuvent également obtenir de la DAS des avances monétaires (pécule d'urgence de 30 000 F CFP au titre de l'Aide au soutien à la famille sur une période de 1 à 3 mois renouvelable), des contributions financières pour le paiement des timbres fiscaux des passeports (une soixantaine de personnes aidées), une aide pour le transport des parents dans les situations exceptionnelles. Elles peuvent également, plus ponctuellement, obtenir des dons en espèces de 150 à 300 euros de l'association polynésienne de la Ligue contre le cancer, lorsqu'elles souffrent d'une pathologie cancéreuse. Ainsi en 2017, cette association a recensé 17 interventions pour ces dons versés essentiellement lors des évacuations urgentes. L'intervention du milieu associatif révèle un dysfonctionnement au niveau de la réactivité de l'accompagnement financier de la CPS ou de la DAS lors des déplacements urgents, particulièrement pour les personnes démunies aux contraintes économiques fortes et en incapacité de faire l'avance des frais monétaires nécessaires.

En 2017, les aides vestimentaires allouées par la CPS aux ressortissants du RGS représentent plus de 6,6 millions de F CFP pour une centaine de patients et une trentaine d'accompagnateurs. Les aides relatives aux timbres fiscaux ont été évaluées à près de 181 000 F CFP pour 20 personnes.

A ces dispositifs officiels, s'ajoute de manière significative l'expression des solidarités familiales, communautaires, cultuelles, voire communales, ainsi que de nombreuses initiatives privées de soutien.

### 3.1.2 Les relais en Nouvelle-Zélande ou en France

### Les antennes de la CPS

L'article 15 de la délibération n°2001-6 APF de 2001 désigne la CPS comme « le guichet unique des prestations médicales, administratives et sociales du patient, se posant comme le référent de l'ensemble des intervenants dans le processus de transfert, séjour et retour sanitaire dont elle assure la coordination. Elle est relayée dans ses attributions et missions » par deux antennes extérieures situées à Auckland et à Paris, destinations choisies pour des raisons de proximité géographique (Nouvelle Zélande) et d'affinité professionnelle entre médecins (France

métropolitaine). Outre de faciliter le contact direct et personnalisé, la proximité des liens entre certains médecins du CHPF et leurs homologues métropolitains n'est pas considérée actuellement comme une démarche organisée (prise de RDV, échanges d'informations, comptes rendus, ...) et partagée avec l'ensemble des professionnels du secteur médical.

Aux termes de la convention avec la société EAO, l'organisation des transports, de l'hébergement, le suivi



des patients et des accompagnateurs agréés durant le séjour reposent sur les agents des antennes de la CPS.

L'antenne de la CPS de Paris est composée de 6 agents: 3 visiteurs – qui visitent en priorité les évasanés non accompagnés dans les 48 heures suivant leur arrivée – 1 responsable et 2 personnels administratifs. L'antenne de la CPS de Auckland est composée de 2 agents administratifs assurant également la traduction.

Toutefois, malgré la présence des structures d'accompagnement sur place et la présence de leur accompagnateur, certains Polynésiens se sentent isolés désorientés et dépourvus dans un environnement étranger. C'est notamment le cas des personnes âgées ou des résidents des îles éloignées, voyageant pour la première fois, s'exprimant peu ou très mal en français ou en anglais, peu habitués aux usages d'une mégalopole. Par ailleurs, les arrivées en métropole au cours du weekend posent de réels problèmes car la présence d'un agent de l'antenne CPS n'est pas systématique à l'arrivée, ce qui peut perturber les patients et leurs accompagnateurs. Néanmoins, contractuellement et de manière régulière, la présence d'un représentant de la société de transport Cosycar, conventionnée par la société EAO, est prévue à l'aéroport.

La Délégation de la Polynésie française (DPF)

Il ressort des auditions menées, une implication bienveillante de la Délégation de la Polynésie française à Paris envers les patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et leurs accompagnateurs.

L'arrêté d'organisation de ce service administratif du pays (annexe 22) prévoit que la Délégation est chargée « de faire le lien avec les membres de la communauté polynésienne en métropole et les assister dans leurs formalités ».

Pour cela, elle dispose d'un « bureau de soutien à la communauté des Polynésiens en France métropolitaine » qui est « chargé d'assister les Polynésiens en France métropolitaine dans les formalités qu'ils ont à accomplir ».

Cependant, il est également apparu lors de nos travaux et surtout à l'occasion des constats faits par mesdames Eliane Tevahitua et Armelle Merceron à Paris en octobre dernier que, sur le terrain, se posait avec de plus en plus d'acuité la question d'une meilleure articulation possible des actions conduites par les différents acteurs.

En effet, la règlementation existante confie à la CPS la responsabilité de l'organisation des évacuations sanitaires dans le cadre du guichet unique, incluant la prise en charge sociale. Ceci n'exclut nullement les actions complémentaires que peuvent entreprendre la DPF ou les associations, mais cela nécessite de les organiser et de les encadrer.

Sur ce sujet et malgré plusieurs sollicitations, il est regrettable de ne pas avoir obtenu de réponses de ce service sur les orientations envisagées en la matière.



Sur Paris, trois associations interviennent bénévolement en fonction de leurs moyens et leurs disponibilités. La fédération A Tauturu la Na, installée provisoirement dans un local au sein de l'antenne de la CPS, mobilise 3 personnes et dispose d'un véhicule pour visiter les malades. Avec les autres associations Te Rima O Te Here et Te Ramepa Ora, elle intervient sur sollicitation des patients, pour toutes les activités non prises en charge par le dispositif d'évasan : visites du weekend, sorties shopping, nettoyage des vêtements, RDV médicaux non prévus, .... Toutes les trois sont soutenues financièrement par l'association de la Ligue contre le cancer à hauteur de 200 000 F CFP par association. A noter que la fédération A Tauturu la Na est la seule à bénéficier d'une subvention annuelle du Pays à hauteur d'environ 3 millions de F CFP (2016 : 2 931 624 FCFP, 2017 : 2 939 124 F CFP), permettant la prise en charge du salaire du chauffeur, alors que son activité s'est réduite au niveau opérationnel.

Sur Nantes où séjournent principalement les dialysés polynésiens évasanés, deux associations interviennent principalement, à savoir Te Vai Ora Porinetia et Heirautini.

A noter qu'en Nouvelle-Zélande, aucune association n'est présente depuis que la fédération A Tauturu la Na a retiré ses représentants il y a cinq ans.

Le rôle stratégique de l'accompagnateur

L'anxiété liée à la maladie peut être majorée par la peur de voyager dans un pays inconnu, avec des modes de fonctionnement, des habitudes et une langue différents. Paradoxalement, la barrière de la langue pose problème autant en France métropolitaine qu'en Nouvelle- Zélande. En effet, certaines personnes âgées notamment originaires des îles éloignées, ne maitrisent pas le français.

Dans ce contexte, la qualité de l'accompagnateur, c'est-à-dire sa pleine et entière autonomie, est primordiale et son agrément passe par une évaluation médicale et sociale réalisée par le service social de la CPS avant le départ, qui évalue son autonomie générale et sa disponibilité en France ou en Nouvelle Zélande.

Egalement avant le départ, l'accompagnant est informé par les agents sociaux et les bénévoles de la fédération A Tauturu la Na sur les éléments essentiels à connaître, les réflexes à obtenir et tout détail permettant d'améliorer le séjour quotidien sur place.

Lorsque l'accompagnant est agréé par la CPS, les dépenses liées au billet d'avion, au transfert jusqu'au lieu de séjour, les frais d'hébergement et de repas à hauteur d'un forfait sont pris en charge par la Caisse. Les autres dépenses restent à la charge de l'individu.

Pour l'accompagnateur non agréé, aucune prise en charge financière par la CPS n'est prévue.

Si aujourd'hui, et nous tenons une nouvelle fois à le redire, l'essentiel est assuré de manière satisfaisante, à savoir permettre à tous les Polynésiens de bénéficier des meilleurs soins médicaux possibles en France et en Nouvelle Zélande, l'amélioration de la prise en charge psychosociale des patients, et de leurs accompagnateurs le cas échéant, est une nécessité afin de conférer plus d'humanité à ce dispositif.



### 3.2 Des ajustements nécessaires pour en optimiser le fonctionnement

Pour améliorer le fonctionnement de ce dispositif complexe, des ajustements simples mais indispensables devraient être mis en œuvre.

Ainsi, il convient de manière progressive et collégiale de :

• Renforcer les partenariats médicaux entre le CHPF et les établissements de soins en priorité en matière de chirurgie cardiaque.

En effet, 40% des évasans concernent la cardiologie. Aussi et au regard des besoins en chirurgie cardiaque en particulier, il conviendrait d'intensifier les missions d'experts sur le territoire à travers des conventions partenariales avec les établissements de soins de métropole mais aussi de Nouvelle Zélande. Ceci permettrait de planifier à court terme la mise en place de la chirurgie cardiaque extracorporelle programmée en Polynésie française avec la venue de plateaux techniques complets ad hoc. Ce faisant, environ 200 évasans par an pourraient être évitées.

# PRÉCONISATION 09

Établir des conventions partenariales entre le CHPF et les établissements de soins en France et en Nouvelle Zélande afin de permettre prioritairement la mise en place de la chirurgie cardiaque extracorporelle programmée en Polynésie française

- Préciser le cas échéant, les périmètres d'intervention des acteurs en les recentrant sur leur cœur de métier afin de clarifier le rôle des uns et des autres.
- Organiser une meilleure information des acteurs et des bénéficiaires pour améliorer leur communication, dissiper les malentendus, rassurer les patients et leurs accompagnateurs.

# PRÉCONISATION 08

Intensifier les missions d'experts médicaux sur le territoire

# PRÉCONISATION 10

Établir une convention entre la Caisse de prévoyance sociale et la Délégation de la Polynésie française pour articuler leur coopération

- Faciliter une plus grande synergie pour améliorer la performance globale du service rendu allant au-delà de l'unique convention existante entre la Caisse de prévoyance sociale et l'association A Tauturu la Na qui concerne une seule opération ponctuelle et spécifique, celle du « Noël des patients » (annexe 23). Cette démarche concrétiserait les termes de l'article 17 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001 qui prévoient que « la Caisse de prévoyance sociale établit en tant que de besoin les partenariats nécessaires à l'exercice de la mission de service public définie par la présente délibération ».
- Sécuriser durablement la question de l'encadrement psychosocial en pérennisant les partenariats, en particulier ceux qui impliquent le monde associatif, à travers des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuels qui donneront une visibilité et un cadre pérennes à leurs actions.
- Encadrer l'assistance des Polynésiens les moins autonomes, comme les personnes âgées ne s'exprimant pas en français, car ils sont exposés à un véritable risque de rupture psychosociale lors d'une évacuation sanitaire internationale.

### **PRÉCONISATION**

Officialiser des conventions d'objectifs et de moyens pluriannuelles entre la Caisse de prévoyance sociale et les associations, tant avant le départ de Polynésie française que sur place

• Dispenser aux associations qui visitent les malades, dont le dévouement des membres bénévoles est admirable, des formations pour mieux les préparer en matière de déontologie et de pratiques psychosociales, à l'image de celles dispensées par l'APHP (Assistance Publique des Hôpitaux de Paris) ou par la Ligue contre le cancer au plan national.

# PRÉCONISATION 12

Prévoir des formations au bénéfice des associations de visites aux malades pour améliorer leurs capacités d'accompagnement psychosocial

- Sensibiliser les associations d'étudiants polynésiens à la situation des malades évasanés afin de les intégrer, le cas échéant, dans le processus de formation susmentionné des visiteurs potentiels.
- Renforcer la capacité d'accompagnement psychosocial de la CPS.

Si, nous le savons, l'engagement individuel, souvent pour des raisons personnelles, est le moteur initial de l'action associative, comme cela fût le cas pour A Tauturu la Na et son ancien responsable monsieur Patrice JAMET ou à l'heure actuelle Mme Patricia GRAND qui préside dynamiquement la Ligue polynésienne contre le cancer, c'est aussi à n'en pas douter son talon d'Achille.

La puissance publique et la Caisse de prévoyance sociale ne peuvent faire peser l'intégralité de la responsabilité de cet accompagnement social et humain sur la bonne volonté associative.

En outre, il incombe expressément aux travailleurs sociaux de la CPS tel que le prévoient les articles 13 et 14 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001 « d'assurer la mise en œuvre des mesures sociales



spécifiquement adaptées à l'accompagnement et aux besoins du patient durant toute la période d'évacuation sanitaire », lesquelles « incluent l'information relative aux droits et obligations des assurés sociaux et aux spécificités des pays d'accueil ainsi que l'attribution des aides sociales liées à la situation personnelle des patients ».

La prise en charge psychosociale est une dimension pleine et entière du service public des évacuations sanitaires internationales et il convient d'en garantir, directement ou indirectement, la bonne réalisation.

Aussi, pour améliorer l'accompagnement psychosocial des patients évasanés et de leurs accompagnateurs, une organisation nouvelle et flexible de tous les acteurs, y compris médicaux, doit être trouvée, autour d'un objectif unanimement partagé et clairement priorisé, à savoir l'amélioration de la prise en charge sociale et humaine. Ce point trouve toute son acuité lorsque des problèmes particuliers ou imprévus interviennent en dehors des procédures normalisées et des jours et heures ouvrables.

Cette réflexion indispensable n'est au final que la légitime expression du principe de mutabilité qui régit, avec celui de l'égalité et de la continuité, le fonctionnement de tout service public. Le service public ne doit pas demeurer immobile face aux évolutions de la société ; il doit suivre les besoins des usagers ainsi que les évolutions techniques de son environnement.

# PRÉCONISATION 13

Renforcer humainement l'antenne CPS de Paris par des compétences professionnelles en matière d'accompagnement psychosocial (assistant social et psychologue) et en personnel spécifiquement dédié aux visites



### 3.3 Un accompagnement social et humain perfectible

Tout au long du processus d'évacuation sanitaire internationale, il ressort qu'en dépit des dispositions existantes et qui visent d'une manière générale à informer les personnes concernées du modus operandi en œuvre, le risque de détresse psychologique est une réalité, en particulier chez les personnes les moins autonomes.

La pleine mesure du traumatisme psychologique lié à la nouvelle d'être évacué pour des raisons médicales graves ou au fait de se retrouver « en terre inconnue », ne nous semble pas être prise en compte à sa juste mesure.

Il est apparu lors des travaux que l'information des malades et de leurs accompagnateurs sur les conditions de vie et d'accueil sur place, n'était pas systématique. Ceci devrait être l'occasion également d'évoquer la liste des points importants à connaître et de remettre les guides pratiques.

En outre, le caractère d'urgence parfois rencontré par les bénéficiaires du

dispositif (évacuation sous 24/48 heures) ou l'absence de ressources financières de certains, impose un traitement social différencié.

De la préparation du départ à Papeete, à l'arrivée sur place ou au séjour et à la préparation du retour au Pays, une prise en charge humaine continue doit être pensée et mise en œuvre.

Si en matière de prise en charge psychosociale le besoin d'être informé est une réalité, les priorités restent néanmoins celles d'être rassuré et écouté. Les patients et leurs accompagnants, doivent avant tout être réconfortés et préparés psychologiquement mais aussi pratiquement à traverser cette épreuve en étant éloignés de leurs familles et de leurs repères.

Une évacuation sanitaire internationale est par nature psychologiquement traumatisante, que cela soit pour les patients ou leurs proches, et il importe d'en tenir compte tout au long de la prise en charge afin de permettre aux bénéficiaires de se concentrer sur la seule chose qui importe à ce moment-là, la guérison.

Si concernant ce dispositif, la prise en charge financière

et administrative, médicale et logistique est réalisée de manière professionnelle respectivement par la CPS, le système hospitalier dans sa globalité et Europe Assistance Océanie, il est fondamental de renforcer les acteurs de terrain - A Tauturu la Na en Polynésie française et les antennes CPS de Paris et d'Auckland - de professionnels en matière psychosociale (assistants sociaux et psychologues) pour assurer un accompagnement

des personnes concernées les informant des conditions pratiques de déroulement du séiour, ceci préalablement à

Assurer au niveau de la CPS

une entrevue systématique

**PRÉCONISATION** 

séjour, ceci préalablement à leur rencontre éventuelle avec le service social de la Caisse

social et humain de proximité.

A titre d'exemple et pour bien appréhender la dimension globale de cette nouvelle approche, une réflexion locale de l'ensemble du corps médical polynésien, tant public que privé, et qui dépasserait les actuels réseaux personnels des professionnels du secteur, pourrait amplifier de manière sécurisée par voie de conventions pérennes (avec l'APHP prioritairement), la concentration géographique des évasans déjà entreprise. Pour mémoire, la grande majorité des hospitalisations métropolitaines se déroulent dans la région parisienne (80 % des cas).



Ceci permettrait d'une part, de faciliter encore plus le suivi et l'accompagnement des personnes évasannées par les services (antenne CPS, DPF) et les associations de terrain, et d'autre part, de simplifier les correspondances médicales entre professionnels.

Sauf dans le cas où le patient dispose d'attaches familiales en province, ce qui serait de nature à contribuer à son soutien psychosocial, le regroupement des évacuations sanitaires dans la région île de France mérite d'être fortement intensifié.

La conception d'un « kit de départ » (carte téléphonique prépayée, plans et tickets de métro, quelques tickets restaurants pour les premiers jours si besoin, petit pécule en euro ou en dollar NZ, etc.) qui serait disponible pour les évacuations sanitaires d'urgence et les personnes les plus nécessiteuses, serait également une avancée significative et un soulagement dans l'attente de la mise en place effective des mesures d'accompagnement social règlementairement prévues.

# PRÉCONISATION 15

Poursuivre au maximum le regroupement des évacuations sanitaires dans la région île de France en formalisant des conventions inter-établissements pour sécuriser les partenariats

Hors hospitalisation, il est important de garder à l'esprit que si des textes réglementaires prévoient le versement d'une indemnité de séjour (IS-EVA) pour le patient évasané et son accompagnateur agréé par la CPS, l'avance des dépenses correspondantes reste à la charge des bénéficiaires.

L'indemnité de séjour, qui globalise une aide aux frais d'hébergement et une aide aux repas, varie selon l'âge de la personne (3 000 F par jour pour les moins de 12 ans et 5 000 F pour les plus de 12 ans) et est modulée selon les conditions de logement (hébergement conventionné en pension complète, en demi-pension, sans repas, non conventionné, chez la personne ou dans la famille).

### **PRÉCONISATION**

16

Fournir un « kit de départ » aux personnes les moins autonomes

Sur ce point, il conviendrait, le cas échéant, d'une part de réévaluer ces montants en fonction des augmentations du coût de la vie en France et en Nouvelle Zélande. Il pourrait être envisagé d'autre part d'inclure une indemnité mensuelle « de communication », une vingtaine d'euro pour la métropole à titre indicatif, qui permettrait aux patients évasanés de prendre un abonnement téléphonique internet mobile et d'utiliser l'application Skype pour garder visuellement le contact avec leurs proches.

A noter que dans ce cadre, des délais importants et des lourdeurs dans la procédure de remboursement, parfois plusieurs mois, nous ont été signalés : acheminement compliqué mais obligatoire de la version originale du « calendrier » à l'antenne CPS attestant les jours de non hospitalisation du bénéficiaire, même s'il s'agit de l'accompagnateur agréé.

Une démarche de contrôle de gestion en interne à la Caisse serait pertinente pour objectiver au mieux cet aspect sensible de l'accompagnement financier et étudier les possibilités de la dématérialisation du calendrier pour simplifier la procédure.

En outre, cette aide est versée sur le compte bancaire local du bénéficiaire, lequel ne dispose pas toujours de carte

bleue internationale. Se pose alors la problématique de l'acheminement de ces sommes en France ou en Nouvelle-Zélande (mandat ou virement).

Il conviendrait également d'étudier la possibilité de l'octroi d'avances pécuniaires dans certains cas, la durée de la procédure de remboursement des frais pouvant s'avérer préjudiciable aux personnes en situation précaire.

Enfin, il convient également de privilégier, au bénéfice des personnes les plus démunies, des hébergements dans lesquels les repas sont compris.

Il est vraiment important de se rendre compte

que les bénéficiaires, directs ou indirects, de ce dispositif sont fortement perturbés par cette annonce d'évasan et que leur capacité d'attention en ces circonstances est considérablement amoindrie.

L'ensemble des intervenants publics et privés se doit, en ces circonstances humaines toujours difficiles, de faire preuve d'une réelle capacité d'empathie et d'une

# PRÉCONISATION 17

Réévaluer, le cas échéant, l'indemnité de séjour ; y intégrer une nouvelle compensation permettant la souscription d'un abonnement téléphonique avec internet mobile grande compassion à travers la mise en place d'un réel soutien psychologique adapté aux différentes personnes.

Dans ce même état d'esprit, une réforme du code de travail polynésien pourrait également être envisagée pour permettre notamment :

- le don de congés payés au sein d'une entreprise au profit d'un accompagnateur familial salarié;
- le maintien des droits sociaux pour un accompagnateur agréé lors d'une évasan de longue durée (à titre d'exemple, la durée d'une évasan pour une greffe du cœur est en moyenne de 23 mois) au cours de laquelle, le ressortissant ouvrant-droit salarié ou non salarié, perdrait son activité;
- le droit à la suspension du contrat de travail pour l'accompagnateur familial, sous conditions.

A l'instar de cette réforme du code du travail polynésien et en considérant la situation des patients mineurs, une réflexion autour de la question de l'indemnité congé parental se pose. En effet, sans même

> parler des évasan de longue durée, le temps de séjour moyen en France de 66 jours, pose de sérieuses difficultés aux accompagnateurs qui, bien souvent, n'ont d'autre choix que de solliciter un arrêt maladie une fois leur solde de congés disponible épuisé.

> A titre d'information et pour la métropole, il existe une prestation légale dite « congé parental » qui est financée par

PRÉCONISATION 18

Mettre en place un outil de contrôle interne à la CPS pour optimiser le remboursement des frais avancés par les bénéficiaires (patients et accompagnateurs agréés) au titre des indemnités de séjour et simplifier la procédure ad hoc



la branche famille garantissant une indemnité de pertes de revenus.

Enfin, il conviendrait également de prévoir la réalisation d'une étude médico-économique approfondie pour analyser les conditions de faisabilité de l'élargissement des circonstances d'octroi d'un accompagnateur agréé, au regard des besoins psychosociologiques du patient et des capacités de financement du dispositif. Ce travail serait également une opportunité pour objectiver, de manière transparente, les critères décisionnels en la matière, ce qui devrait être fortement apprécié par l'ensemble des bénéficiaires.

# PRÉCONISATION 19

Prévoir une consultation par un psychologue au bénéfice du patient et de son accompagnateur agréé avant le départ pour identifier, en amont, d'éventuels risques de rupture psychosociale

# PRÉCONISATION 20

Modifier le code de travail polynésien pour prévoir le don de congés, le maintien des droits sociaux et le droit à la suspension du contrat de travail des accompagnateurs familiaux, sous conditions

# PRÉCONISATION 71

Réaliser une étude technico-économique sur la faisabilité de la mise en place d'une indemnité congé parental

# PRÉCONISATION 22

Réaliser une étude médicoéconomique approfondie visant l'élargissement des conditions d'octroi d'un accompagnateur agréé



# 3.4 Un renforcement de l'accès à l'information en matière d'aides sociales disponibles

Comme évoqué, l'information des bénéficiaires, même si elle peut être notablement améliorée, est déjà une préoccupation concrète des différents intervenants et en particulier de l'organisme gestionnaire du dispositif qu'est la Caisse de prévoyance sociale.

A cette fin, des guides spécifiques ont été publiés en 2011 et 2012 respectivement pour les bénéficiaires d'évacuations sanitaires en Nouvelle Zélande et en France (annexes 24 et 25).

Si ces ouvrages sont riches d'informations, tous ne sont plus d'actualité et nécessitent d'être rapidement réactualisés, traduits en tahitien, dématérialisés et accessibles via les réseaux sociaux.

Il conviendrait en outre d'y intégrer explicitement :

- une information sur les modalités de sollicitation et de fonctionnement de la commission de recours prévue par l'article 12 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001;

- une enquête de satisfaction type à retourner à la CPS en fin d'évasan, afin d'identifier rapidement les éventuels dysfonctionnements rencontrés et de pouvoir suivre en continu le niveau de satisfaction des Polynésiens en la matière;
- les explications sur les modalités de versement des indemnités de séjour ;
- des informations sur le fonctionnement bancaire des mandats et sur les modalités d'ouverture rapide de compte bancaire en métropole si besoin ;
- une information des ressortissants des régimes métropolitains des conditions de prise en charge financière lors d'une évacuation sanitaire dans l'hexagone;
- la procédure à suivre, et les contacts ad hoc chez Europe Assistance Océanie en charge du rapatriement diligent, en cas de décès, de la dépouille mortelle et de la gestion d'éventuelles problématiques administratives.



En outre, il conviendrait de prévoir une documentation spécifique aux aides sociales disponibles qui expliciterait simplement les droits des bénéficiaires et les modalités de mobilisation de ces aides. Celles-ci devraient être simplifiées du fait de la mise en place prochaine à la CPS d'un guichet unique, déjà prévu règlementairement par l'article 15 de la délibération 2001-6 APF du 11 janvier 2001, en raison de l'intégration de la gestion des affiliés au RSPF par la Caisse. Par le passé, cette gestion était assurée par la Direction des affaires sociales. Ceci devrait aussi permettre d'optimiser l'information de tous les bénéficiaires et l'allocation des aides d'urgence existantes en numéraire pour les plus démunis.

Ces outils devront être largement diffusés à tous les intervenants du domaine et en particulier aux associations qui interviennent en amont du départ, ou au service social du CHPF dans le cas d'évacuation sanitaire urgente pour accompagner au mieux les patients et leurs accompagnateurs, ainsi qu'aux établissements de soins métropolitains ou néo-zélandais qui accueillent régulièrement des Polynésiens.

Le succès médical de l'évacuation sanitaire dépend fortement de l'état psychosocial du patient.

# PRÉCONISATION 23

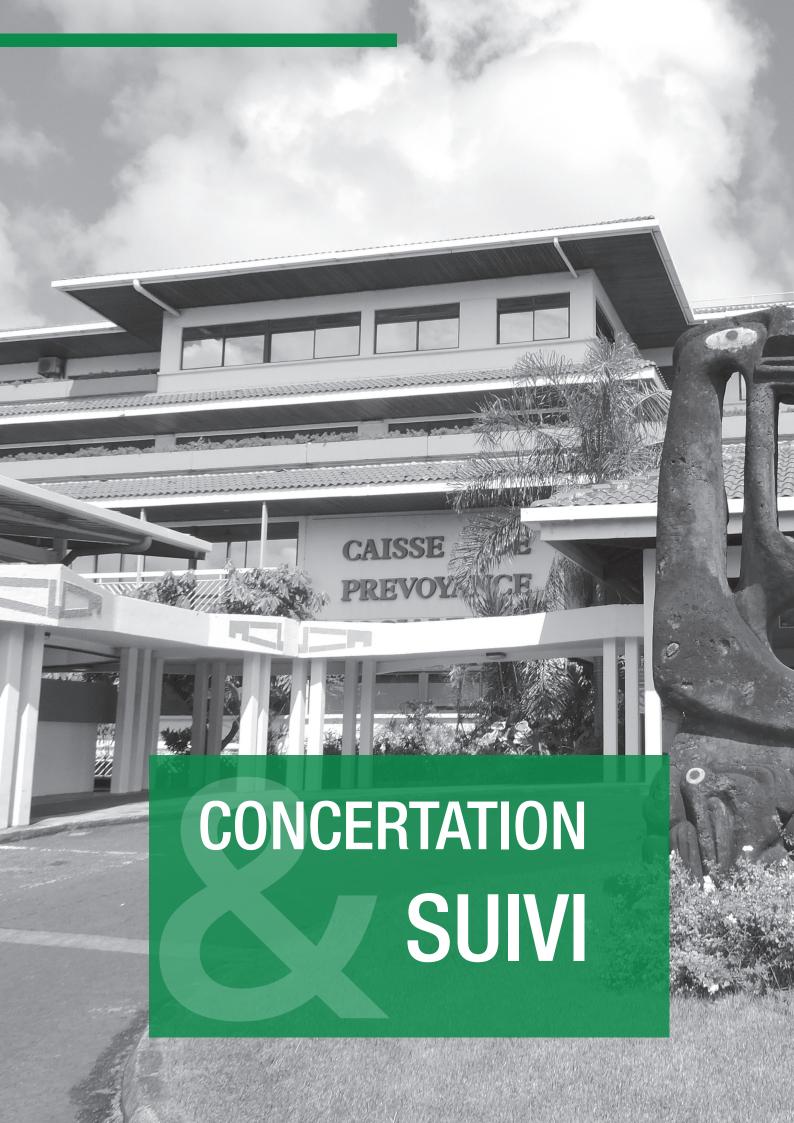
Réactualiser et compléter les guides relatifs aux évacuations sanitaires en France et en Nouvelle Zélande, les traduire en tahitien et prévoir leur dématérialisation

# PRÉCONISATION 24

Doter le guichet unique d'information de la CPS d'un recueil des aides sociales disponibles et des modalités d'obtention, le remettre aux Polynésiens concernés et en faire la publicité

# PRÉCONISATION 25

Mettre en place des campagnes d'information médiatisée sur les dispositions existantes lors d'une évacuation sanitaire internationale



# UNE PLUS LARGE CONCERTATION AU SERVICE D'UN MEILLEUR SUIVI

### 4.1 La simplification et la sécurisation du partage des données médicales

Le nombre croissant des évasans et le poids économique qu'elles font peser sur les dépenses de maladies, la logistique et la préparation qu'elles imposent, les difficultés psychologiques et matérielles à vivre cet éloignement pour les patients et leurs accompagnateurs poussent à l'amélioration du dispositif notamment par un meilleur partage des données médicales.

Mieux informer le patient au départ en Polynésie française, sur place en métropole ou en Nouvelle Zélande, mais également au retour de son voyage nécessitent de mettre en place des procédures claires et bien définies.

Les professionnels de la santé considèrent qu'il est indispensable de disposer aujourd'hui d'une organisation médicale globale visant une gestion coordonnée, centralisée et surtout informatisée des transferts sanitaires incluant toute l'information nécessaire au

suivi personnalisé, médical et social de chaque malade. Ces informations devront être obligatoirement renseignées à toutes les étapes du dispositif et consultables par chacun des intervenants médicaux du processus.

Dans le cadre de la convention liant la CPS et l'entreprise Europ Assistance Océanie, il est prévu la mise en place d'un logiciel de gestion des données des évacuations sanitaires à la disposition des partenaires. Pour chaque évasan, le recueil des données devrait s'attacher à définir les caractéristiques de la demande (origine, motif, établissement receveur, solutions adoptées, ...); les indications médicales (type de spécialité, état du patient, motif de transfert, nom du médecin, ...); les données quantitatives permettant d'évaluer la rapidité d'intervention, les coûts par dossier et le type de destination ; les données qualitatives permettant de vérifier l'adéquation entre la situation et la réponse apportée ; les données aéronautiques (évènements, incidents, décès, pertes ou dommages matériels, ...). En outre, le prestataire se chargera de saisir les informations fournies par la CPS, lui transmettra en retour les données informatiques, assurera la maintenance du logiciel et s'engagera même à dispenser les formations adéquates pour l'utilisation du logiciel. Cette base

de données, à dominante logistique, serait consultable par tous les intervenants du dispositif. A noter qu'il conviendrait d'envisager une automatisation du transfert des données entre la CPS et EAO, dans un souci d'efficacité.

La Caisse devrait étudier la faisabilité de l'élargissement de cette base de données aux informations médicales spécifiques à chaque patient

### **PRÉCONISATION**

Rendre opérationnel et partageable le dossier médical individuel informatisé ainsi que l'ouverture des droits de consultation de cette base aux professionnels. Ceci aiderait à répondre au besoin formulé par les praticiens de disposer d'informations numérisées permettant le suivi global des malades et de connaître le projet individualisé des soins, particulièrement lors du retour en Polynésie française y compris dans l'île d'origine. Par ailleurs, cela permettrait

PRÉCONISATION 27

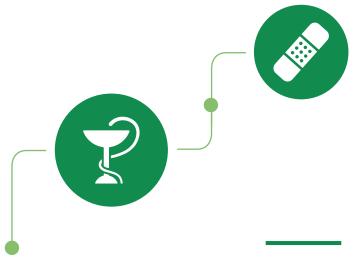
Éclairer la réflexion prospective en matière d'évacuation sanitaire internationale à l'aune de la révolution technologique médicale en cours Cette adaptation à l'environnement numérique dans lequel nous vivons aujourd'hui est une réponse adaptée et urgente à la révolution digitale actuelle du monde médical, à l'éloignement et à la dispersion géographique intrinsèque de notre Pays et au déploiement généralisé de l'e-santé (télémédecine, téléexpertise, téléassistance etc).

aux médecins prescripteurs d'être également un relais d'information auprès des patients et de leurs familles.

Devrait aussi être envisagée la création d'un secrétariat médical centralisateur qui veillera à rassembler les informations, organiser et coordonner le séjour médical, assurer une continuité dans les soins, officialiser les réseaux médicaux existants et professionnaliser les rapports entre praticiens. Le suivi des patients au retour en Polynésie française pourrait aussi s'améliorer dans le cadre du développement d'un réseau d'hospitalisation à domicile et l'organisation d'une filière de soignants formés.

En outre et en matière de soins, le retour des informations médicales nous a été souligné comme actuellement problématique. Le volume et le nombre de données digitales (images radio, scanner, etc.) est conséquent et l'usage actuel des mails non professionnels est éthiquement dangereux. Par ailleurs, l'utilisation de supports numériques portables privés (CD, clé USB) nous apparaît peu sécurisée et inadaptée.

Il conviendra impérativement de veiller à la bonne compatibilité de cet outil avec le chantier informatique évoqué supra et mené contractuellement par la société EAO. En effet dans un processus organisationnel, la maîtrise des conditions d'élaboration, d'utilisation et de partage de l'information collective est essentielle à une prise en charge coordonnée et efficace du processus, en raison même de la nature intrinsèque de l'évasan.





### 4.2 Le partage des informations pour améliorer le suivi et réduire l'isolement

Le cadre d'une évacuation sanitaire internationale est paradoxal. Les patients se retrouvent proches de personnes inconnues et loin des personnes connues. En outre, le changement d'environnement est profond et source d'anxiété.

Ce paradoxe génère de la tension qui se traduit par de l'inconfort psychologique.

Pour le minimiser, il faut « rapprocher » les gens, réduire l'isolement, minimiser les occasions de dépaysement et redonner de l'humanité à leur prise en charge.

Le partage des informations entre l'ensemble des acteurs impliqués dans l'accompagnement des bénéficiaires du dispositif est un préalable indispensable.

Pour cela et toujours en respectant la liberté de choix de la personne, les futurs bénéficiaires doivent être vivement encouragés à accepter que leur situation soit communiquée aux différents intervenants, en particulier au monde associatif de terrain, afin que puisse se mettre en œuvre une prise en charge complémentaire et organisée.

### PRÉCONISATION 5

28

Établir un planning commun sectorisé et partagé de visites des Polynésiens en centres de soins ou d'hébergement (une visite systématique le lendemain de l'arrivée)

A titre d'exemple concret, la CPS pourrait établir un planning commun sectorisé et partagé des visites, au profit des patients qui le souhaitent, au sein des structures de soins ou d'hébergement. Il tiendrait compte de la répartition géographique des patients, de la disponibilité des bénévoles des associations, y compris estudiantines si elles le souhaitaient, et du déroulement médical des séjours hospitaliers.

### 4.3 Une évaluation commune pour un meilleur pilotage

Le cadre d'évaluation des évacuations sanitaires internationales (objectifs et comité ad hoc) est déjà règlementairement prévu depuis 2001 de manière expresse.

Ainsi et tel que le stipule l'article 3 de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 « la mission d'organisation, de suivi et de gestion de l'ensemble du dispositif médical, administratif et social des évacuations sanitaires, par la Caisse de prévoyance sociale, a pour but :

- de faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessités par une évacuation sanitaire;
- d'améliorer la qualité de soins et de services aux usagers ;
- de centraliser les données nécessaires à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires;
- d'informer les pouvoirs publics sur l'évolution de la prestation. »

Pour cela, il est prévu dans son article 18 que « l'analyse des objectifs fixés à l'article 3 de la délibération est effectuée par un comité d'évaluation dont la composition est fixée par arrêté pris en conseil des ministres ».

C'est à ce titre qu'a été instauré par arrêté n° 1058 CM du 29 novembre 2005 modifié, un comité d'évaluation des évacuations sanitaires dont la présidence actuelle est assurée par le ministre en

charge de la santé et son secrétariat par la Caisse de prévoyance sociale.

Il est indiqué dans le règlement intérieur de ce comité qu'il doit se réunir « au moins deux fois par an sur convocation de son Président ou à la demande d'un tiers des membres » (annexe 26).

Si le dispositif d'évaluation existe dans les textes, on peut regretter que sa mise en œuvre dans la pratique ne soit pas une réalité puisque la dernière réunion du comité d'évaluation des évacuations sanitaires hors territoire date de juin 2008 (annexe 27).

Comment optimiser et améliorer un tel dispositif aussi sensible et complexe que les évacuations sanitaires internationales sans un pilotage régulier? Difficile, voire impossible à priori.

Aussi, il est fort probable que l'essentiel des ajustements préconisés dans le cadre de la présente mission d'information, représente des points d'amélioration qui auraient pu, dû, être identifiés dans le cadre des travaux annuels de ce comité et qui relèvent de la bonne gestion du dispositif.

Il serait nécessaire de réactiver ce comité en lui redonnant un souffle nouveau à travers un cadre de réflexion réorienté à court terme sur les risques de ruptures psychosociales et à moyen et long terme,

> sur l'appréhension des révolutions technologiques médicales actuelles et leurs impacts futurs en matière d'évacuations sanitaires internationales.

> Des améliorations pratiques sur son fonctionnement seraient aussi souhaitables comme sa présidence. Elle mérite d'être confiée au service administratif de pilotage de l'action sanitaire et sociale

qu'est par essence l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS). Les rapporteurs ont noté que très récemment, l'arrêté n° 123 CM du 1er février 2018 a effectivement confié la responsabilité de ce comité à cette dernière. Une représentation associative active pourrait néanmoins y être pertinente.

# PRÉCONISATION 2

Réactiver rapidement le comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales et y intégrer une représentation associative locale dynamique





### CONCLUSION

Nous le rappelons avec force, le dispositif relatif aux évacuations sanitaires internationales est performant, en particulier dans sa dimension médicale qui en est l'objectif premier.

Le principe de mutabilité du service public sous-tend néanmoins une adaptation permanente des acteurs concernés, en premier lieu la Caisse de prévoyance sociale, en matière de prise en charge sociale et humaine de ses bénéficiaires.

Nous sommes convaincus qu'un renforcement professionnel en compétences dédiées (assistants sociaux, psychologues et visiteurs au sein de l'antenne de la Caisse de prévoyance sociale de Paris), une plus grande coordination et une meilleure communication des intervenants, permettront une amélioration durable de l'accueil et de la prise en charge des patients bénéficiant d'une évacuation sanitaire en France et en Nouvelle Zélande, ainsi que de leurs accompagnateurs.

La puissance publique devra également s'inscrire à nouveau dans une démarche régulière d'évaluation car un tel dispositif se pilote finement et impose un haut niveau de réactivité pour gérer avec plus d'humanité des situations individuelles toujours délicates.

Par ailleurs, comme pour tous les sujets humains, les raisons des évacuations sanitaires internationales sont multi-causales et l'enjeu socio-économique principal en pratique sur ce sujet demeure son optimisation.

« Plus d'humanité sans efficacité ne serait que belles paroles ». (E. Macron)

Aussi, pour donner les moyens aux responsables de faire les meilleurs choix possibles, il est essentiel que la réalisation d'études médico-économiques, à l'instar de celle en cours sur la question du PET SCAN, soit systématisée.

Ces études alimenteront la réflexion de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale et permettront d'orienter au mieux l'évolution de l'offre de soins locale à travers le double prisme de l'efficacité médicale et de sa soutenabilité financière, dans le souci constant et premier de l'amélioration des conditions de prise en charge psychosociales des bénéficiaires.

Enfin et tel qu'annoncé, nous n'avons pas approfondi dans ce rapport de mission d'information la dimension financière des évacuations sanitaires et en particulier ses modalités de financement.

Néanmoins, il est de notre responsabilité de souligner que le coût global (frais médicaux et de transports, accompagnateurs, hébergements...) de ce service public n'est pas marginal, environ 4 milliards de F CFP annuels (soit près de 5% des dépenses de santé), d'autant que certaines tendances démographiques et médicales (vieillissement de la population et prédominance des maladies chroniques) pourraient renforcer le nombre d'évasans à l'avenir.

Dans son rapport de juin 2014 intitulé « La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République », la Cour des comptes indique que :

« La République est une. Si les collectivités d'outre-mer ont un statut qui, aux termes de l'article 74 de la Constitution « tient compte des intérêts propres de chacune d'elles au sein de la République », l'article 72-3 affirme que « la République reconnaît, au sein du peuple français, les populations d'outre-mer, dans un idéal commun de liberté, d'égalité et de fraternité ». À ce titre, s'applique le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui dispose que la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère (...) la protection de la santé ». Quelles que puissent être les organisations politiques et administratives, il appartient en dernier ressort à l'État d'en être l'ultime garant et de veiller à ce que soit assurée l'égalité de chacun dans le domaine de la santé, où qu'il vive, en métropole ou dans les outre-mer. »

Au regard des écrits de la juridiction administrative, nous nous demandons si les évacuations sanitaires internationales ne devraient pas être considérées comme un acte médical de « dernier ressort », dont la prise en



charge financière relèverait alors de la responsabilité de la République, sachant qu'en amont et conformément à l'autonomie statutaire en matière de santé, le Pays aurait pris à sa charge l'accès à une offre de soins locale déjà conséquente (prévention, offre de soins primaire, CHPF équipé et optimisé par la venue de missions d'experts) pour en minimiser le recours.

A noter que la systématisation de l'agrément des accompagnateurs pour l'ensemble des patients évasanés avait été évaluée en 2016 à environ 500 millions de F CFP (1/3 à ce jour en bénéficie seulement).

Ainsi, de manière constructive et respectueuse, il conviendrait d'étudier la possibilité que le coût de la prise en charge médicale des évacuations sanitaires internationales, incluant le transport avec la mobilisation à nouveau d'un dispositif tel que celui de la continuité territoriale, soit assuré par l'Etat. La collectivité, à travers la Caisse de prévoyance sociale, s'occuperait alors de celui lié à la prise en charge psychosociale du dispositif.





# LISTE DES ANNEXES

- **1** Délibération n° 2016-31 APF du 18 avril 2016 portant modification de la délibération n° 2005-59 APF du 13 mai 2005 modifiée portant règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française
- 2 Liste des personnes auditionnées
- 3 Corpus réglementaire relatif aux évacuations sanitaires
- **4** Délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 modifiée relative aux évacuations sanitaires hors du territoire
- 5 Arrêté n° 1058 CM du 29 novembre 2005 modifié portant application des dispositions de la délibération de 2001
- 6 Délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifié instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés et son arrêté d'exécution
- 7 Délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées et son arrêté d'exécution
- 8 Délibération n° 95-262 du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial et son arrêté d'exécution
- 9 Composition du dossier d'évacuation sanitaire internationale
- Projet de délibération relative à la convention entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et Europ Assistance Océanie portant organisation des évacuations sanitaires internationales
- **11** Délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale
- Décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale
- Délibération n° 3-2011/CA du conseil d'administration de la CPS du 3 février 2011 relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés s
- Délibération n° 2-2011/CA.RNS relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés
- **15** Délibération n° 2-2011/CG.RSPF relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés
- Délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale
- 17 Les données des évacuations sanitaires extraterritoriales en Nouvelle Calédonie
- Projet de délibération relative à la convention type « transport sanitaire terrestre » destinée à organiser les rapports entre la CPS et les transporteurs sanitaires terrestres
- **19** Arrêté n° 2598 CM du 21 décembre 2017 rendant exécutoire la délibération n° 9-2017/CA.RNS relative au programme du Fonds d'action sociale (FAS) du Régime de Non-Salariés pour l'exercice 2018
- Arrêté n° 2603 CM du 21 décembre 2017 rendant exécutoire la délibération n° 55-2017/CG.RSPF relative au budget du Fonds d'action sociale du Régime de Solidarité de la Polynésie française pour l'exercice 2018
- Arrêté n° 2582 CM du 21 décembre 2017 portant règlement d'office du programme du Fonds d'action sanitaire, sociale et familiale (FASS) pour l'exercice 2018
- Arrêté n° 980 CM du 24 juillet 2015 relatif à la dénomination, aux missions et à l'organisation de la délégation de la Polynésie française
- Avenant n° 1 à la convention pour l'organisation du « Noël des patients » à Paris et à Auckland entre la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française et la Fédération A Tauturu la Na
- **24** Guide de la CPS sur l'évacuation sanitaire en Nouvelle Zélande, édition 2011
- **25** Guide de la CPS sur l'évacuation sanitaire en France, édition 2012
- 26 Règlement intérieur du comité d'évaluation des évacuations sanitaires
- 27 Compte rendu du comité d'évaluation des évacuations sanitaires internationales du 24 juin 2008

DÉLIBÉRATION N° 2016-31 APF DU 18 AVRIL 2016 PORTANT MODIFICATION DE LA DÉLIBÉRATION N° 2005-59 APF DU 13 MAI 2005 MODIFIÉE PORTANT REGLEMENT INTÉRIEUR DE L'ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

### PARTIE OFFICIELLE

### ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

#### ACTES DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

DELIBERATIONS DE L'ASSEMBLEE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE OU DE SA COMMISSION PERMANENTE

DELIBERATION n° 2016-31 APF du 18 avril 2016 portant modification de la délibération n° 2005-59 APF du 13 mai 2005 modifiée portant règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française.

L'assemblée de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 modifiée complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française;

Vu la délibération n° 2005-59 APF du 13 mai 2005 modifiée portant règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la proposition de délibération déposée par M. Marcel Tuihani, président de l'assemblée de la Polynésie française, et enregistrée au secrétariat général de l'assemblée de la Polynésie française sous le numéro 3441 du 22 mars 2016;

Vu la lettre n° 964-2016 APF/SG du 6 avril 2016 portant convocation en séance des représentants à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu le rapport n° 43-2016 du 8 avril 2016 de la commission des institutions, des affaires internationales et européennes, de la solidarité, de l'emploi et des relations avec les communes ;

Dans sa séance du 18 avril 2016,

#### Adopte:

Article 1er. — L'article 7 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié :

I - Le huitième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

"Les questeurs sont chargés, sous l'autorité du président, de la préparation et du suivi du budget de l'assemblée de la Polynésie française. Ils peuvent, à cette occasion, appeler l'attention du président de l'assemblée sur les éventuelles améliorations à apporter au fonctionnement de l'assemblée et lui proposer toute réforme leur paraissant utile. Ils peuvent également demander, par écrit, au président de l'assemblée la transmission d'un état des dépenses supérieures à 1 000 000 F CFP effectuées sur une période donnée. Les demandes des questeurs et les réponses du président de l'assemblée sont diffusées aux membres du bureau.

Lorsque les questeurs reçoivent délégation des pouvoirs d'ordonnateur du président, l'arrêté de délégation, qui doit être publié au Journal officiel de la Polynésie française, n'est valable que s'il énumère précisément la liste des décisions pouvant être prises par le délégataire. Le président de l'assemblée ne peut, en aucun cas, consentir une délégation totale de son pouvoir d'ordonnateur."

#### II - Le neuvième alinéa est ainsi rédigé :

"En cas de vacance d'un poste de vice-président, de secrétaire ou de questeur, l'assemblée procède à une nouvelle désignation en respectant la représentation proportionnelle des groupes."

- Art. 2.- L'article 15 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié :
  - I La troisième phrase du point 1 est supprimée.
- II Après le troisième alinéa du point 4, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

"Un groupe peut transférer une partie de son temps de parole à un autre groupe."

Art. 3.— Le deuxième alinéa de l'article 28 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi rédigé :

"L'auteur d'une proposition de délibération en est de droit le rapporteur, sauf s'il en décide autrement et en informe le président de la commission."

- Art. 4. L'article 28-1 de la délibération du 13 mai 2005 sus visée est abrogé.
- Art. 5.— L'article 32 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié :
  - I La deuxième phrase du point 1 est supprimée.
  - II Le point 2 est complété par une phrase ainsi rédigée :

"Le rapporteur parle de sa place ou à la tribune."

- III Au dernier alinéa du point 6, les mots : "l'article 16" sont remplacés par les mots : "l'alinéa 1 de l'article 16".
- Art. 6.— L'article 34 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi rédigé :
- "Art. 34.— De l'examen, de l'adoption et du suivi du budget de la Polynésie française
- 1 Le projet de budget de la Polynésie française, accompagné du rapport du Président de la Polynésie française, est enregistré au secrétariat général de l'assemblée au plus tard le 15 novembre, puis transmis par le président de l'assemblée à la commission des finances.
- 2 Le président de la commission des finances est de droit le rapporteur général du budget. Il peut désigner un ou des rapporteurs spéciaux.
  - Le projet de budget est examiné, débattu, amendé en tant que de besoin, puis transmis, accompagné du rapport de la commission, à la conférence des présidents pour proposition d'inscription à l'ordre du jour d'une séance.
  - Le rapport de la commission est enregistré au secrétariat général de l'assemblée, imprimé puis diffusé aux représentants quatre jours au moins avant la séance.
- 3 La première réunion de l'assemblée consacrée à l'examen du projet de budget de la Polynésie française a lieu dans les deux mois suivant le débat d'orientation budgétaire organisé selon les modalités prévues à l'article 34-1 et au plus tôt 12 jours après le dépôt dudit projet par le Président de la Polynésie française.
  - La discussion générale est organisée selon les modalités prévues aux points 3 et 4 de l'article 15.
  - Le budget de la Polynésie française est débattu et voté par chapitre. Il peut être voté par article pour certaines dépenses de participations ou de subventions si l'assemblée en décide ainsi. La délibération est close par un vote d'ensemble.
- 4 La commission des finances suit l'exécution du budget de la Polynésie française. Cette mission est confiée au rapporteur général et aux rapporteurs spéciaux.

A cet effet, ils peuvent solliciter en tant que de besoin l'audition :

- des ministres concernés ou de leurs représentants ;
- des directeurs d'établissements publics de la Polynésie française après information des ministres concernés;
- de techniciens ou de personnalités qualifiées."
- Art. 7.— L'article 34-1 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi rédigé :
  - "Art. 34-1. Du débat d'orientation budgétaire
- Le débat d'orientation budgétaire visé à l'article 144-1 de la loi statutaire doit avoir lieu au plus tard le 31 octobre.
   Il ne donne pas lieu à délibération, mais est enregistré au procès-verbal de la séance.
- 2 Le rapport transmis à l'assemblée au moins quinze jours avant la tenue du débat comporte notamment des données sur le contexte budgétaire, le bilan sur l'exécution budgétaire, une synthèse sur la dette, les orientations budgétaires, la liste des engagements pluriannuels, le recours à l'emprunt et l'évolution de la fiscalité.
- 3 Dans les huit jours suivant cette transmission, la commission des finances organise un débat sur le rapport et désigne un rapporteur chargé de présenter les observations de la commission en séance plénière.
  - Dans leur domaine de compétence, les autres commissions législatives peuvent organiser un débat sur le rapport.
- 4 Le débat en séance est organisé selon les modalités prévues aux points 3 et 4 de l'article 15.
  - Pour ouvrir le débat, le président de l'assemblée invite le gouvernement à présenter le rapport. Il invite ensuite le rapporteur à présenter les observations de la commission des finances.
  - Après les interventions des représentants, le président de l'assemblée invite le gouvernement à prendre la parole afin de répondre aux interventions des orateurs."
- Art. 8.— L'article 36 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié :
- I Le point 2 est complété par deux phrases ainsi rédigées :

"Les amendements peuvent être transmis par voie électronique au secrétariat général de l'assemblée. Dans ce cas, la transmission fait l'objet d'un accusé de réception électronique mentionnant la date et l'heure de réception."

- II Le premier alinéa du point 4 est ainsi rédigé :
- " 4 A peine d'irrecevabilité, les amendements doivent être transmis par leurs auteurs au plus tard à midi le jour précédant l'examen du texte en séance plénière ou en commission."
- Art. 9.— Le troisième alinéa de l'article 37 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est complété par deux phrases ainsi rédigées :

"Les questions écrites peuvent être transmises par voie électronique au secrétariat général de l'assemblée. Dans ce cas, la transmission fait l'objet d'un accusé de réception électronique mentionnant la date et l'heure de réception."

4389

- Art. 10. L'article 38 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié:
- I Après le second alinéa du point 3, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

"Les questions orales peuvent être transmises par voie électronique au secrétariat général de l'assemblée. Dans ce cas, la transmission fait l'objet d'un accusé de réception électronique mentionnant la date et l'heure de réception."

- II A la première phrase du point 4, les mots : "L'orateur" sont remplacés par les mots : "L'auteur de la question ou le représentant à qui il a donné procuration en séance plénière".
- Art. 11.- L'article 52 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié:
- I Au septième alinéa, les mots : "inférieur à cinq minutes et" sont supprimés.
  - II Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

"Les représentants qui ne sont pas membres de la commission permanente peuvent assister à ses travaux et, au cours de ceux-ci, demander la parole au président."

- Art. 12. Après l'article 52 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée, il est inséré un article 52-1 ainsi rédigé :
- "Art. 52-1. De la présentation des rapports et de l'adoption des actes par la commission permanente
- 1 Le président de la commission permanente, s'il s'agit d'un projet de délibération, invite le gouvernement à exposer l'économie générale du projet, puis invite le rapporteur à présenter son rapport.

S'il s'agit d'une proposition de texte, le président de la commission permanente invite le rapporteur à présenter son rapport.

Lorsqu'une commission conclut par son rapport au rejet d'un projet ou d'une proposition de délibération ou de résolution, ou ne présente pas de conclusions, le président appelle la commission permanente à se prononcer sur la question préalable d'avoir à débattre du projet ou de la proposition.

- 2 Sauf adoption d'une procédure d'examen simplifiée, tout projet ou proposition de délibération subit deux examens successifs par la commission permanente :
  - chaque article est débattu séparément, puis soumis, amendé ou non, au vote de la commission perma-
  - lorsque chaque article a été débattu séparément, le texte définitif tel qu'il ressort des débats est mis aux

Lors de l'examen par article, l'orateur doit cantonner ses observations à l'objet de l'article mis en discussion et limiter son intervention à une durée de trois minutes au plus, sauf dans l'intérêt du débat, à être autorisé par le président à poursuivre au-delà du temps attribué.

S'il s'en écarte, le président de la commission permanente peut faire application de l'alinéa 1 de l'article 16.

- 3 Le président de la commission permanente ou un membre du gouvernement peut demander, en cours de séance, qu'un projet ou une proposition de délibération soit examiné selon la procédure d'examen simplifiée.
  - Dans ce cas, l'examen du texte soumis à la procédure d'examen simplifiée débute, s'il s'agit d'un projet, par une intervention du ministre concerné suivie de celle du rapporteur.
  - Après les interventions sur l'économie générale du texte, le président de la commission permanente appelle uniquement les articles faisant l'objet d'amendement. Lorsque le texte ne fait l'objet d'aucun amendement, le

président met aux voix l'ensemble du texte.

- 4 S'agissant des résolutions et des avis, la commission permanente, après avoir examiné les éventuelles demandes de modification, se prononce par un vote d'ensemble sur la proposition de résolution ou d'avis."
- Art. 13.— L'article 59 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est modifié comme suit :
  - I Le 1) est ainsi rédigé :
- "1) Commission des institutions, des affaires internationales et européennes et des relations avec les communes
- statut de la Polynésie française;
- règlement intérieur de l'assemblée de la Polynésie française;
- fonctionnement du Conseil économique, social et culturel:
- affaires internationales et européennes ;
- relations avec les communes;
- questions ne relevant d'aucune autre commission."
  - II Le 6) est ainsi rédigé :
- "6) Commission de la santé, de la solidarité, du travail et de l'emploi
- santé:
- lutte contre la toxicomanie,
- protection sociale généralisée;
- solidarité;
- lutte contre la pauvreté et l'exclusion;
- personnes âgées;
- famille:
- droits de la femme ;
- travail;
- emploi;
- formation professionnelle;
- dialogue social."

Art. 14.— L'article 59-1 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié:

- I A l'intitulé, les mots : "et du contrôle" sont supprimés. II - Au premier alinéa, les mots : "et le contrôle" sont supprimés.
  - III Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

"A l'issue d'un délai de 12 mois suivant l'entrée en vigueur d'une loi du pays ou d'une délibération dont la mise en œuvre nécessite l'adoption de mesures réglementaires par le gouvernement, la commission compétente rend un rapport sur l'état d'avancement de ces mesures."

Art. 15.— Après l'article 59-1 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée, il est inséré un article 59-2 ainsi rédigé :

#### "Art. 59-2. — Des missions d'information

- 1 A la demande du président de l'assemblée ou de leur propre initiative, les commissions législatives peuvent confier à plusieurs de leurs membres une mission d'information temporaire sur les questions relevant de leurs compétences. Ces missions peuvent être communes à plusieurs commissions.
- 2 Le président de l'assemblée est informé par tout moyen écrit de la création d'une mission d'information, de son objet, de sa durée, des noms des rapporteurs et, le cas échéant, de l'estimation des dépenses. A sa demande, le président de l'assemblée prend part à la mission d'information.
- 3 Lorsque pour l'accomplissement de ses travaux, une mission nécessite l'ouverture de crédits budgétaires, elle doit recueillir préalablement l'avis favorable du bureau de l'assemblée.
- 4 Les représentants à l'assemblée et les membres du gouvernement sont informés par le président de l'assemblée de la création des missions d'information.
- 5 A l'issue de la mission, un rapport d'information est présenté par les rapporteurs devant la ou les commissions législatives compétentes. Il est enregistré au secrétariat général de l'assemblée et diffusé à tous les représentants et aux membres du gouvernement.
- 6 Un rapport d'information peut donner lieu, sur proposition de la conférence des présidents, à un débat sans vote en séance plénière organisé selon les modalités prévues aux points 3 et 4 de l'article 15.
  Pour ouvrir le débat, le président de l'assemblée invite l'un des rapporteurs à présenter ce rapport à la tribune.

Après les interventions des représentants, le président de l'assemblée invite le gouvernement à prendre la parole afin de répondre aux interventions des orateurs.

7 - Les rapports d'information sont rendus accessibles au public sur le site internet de l'assemblée à l'adresse http://www.assemblee.pf."

Art. 16.— L'article 62 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié :

- I Au début du premier alinéa, il est inséré le chiffre : "1."
   II Après le sixième alinéa, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :
- "2 Peuvent assister aux réunions des commissions les collaborateurs de l'assemblée, dans la limite des places disponibles. Ils doivent être munis de leur badge et ne peuvent, sauf sur demande du président de la commission, prendre la parole.
- 3 Les personnes, non élues, participant aux réunions des commissions sont tenues au secret quant au contenu des débats et des décisions prises par la commission.
- 4 Le président de la commission est chargé de l'organisation et du bon fonctionnement des réunions. Il peut demander le huis clos si les travaux de la commission l'exigent. La décision est prise par un vote de la commission, à la majorité des membres présents ou représentés. Seuls peuvent alors rester présents dans la salle de réunion les représentants, les membres du gouvernement, ainsi que les personnes autorisées par le président de la commission."

- II Au début du septième alinéa, il est inséré le chiffre : "5."
- Art. 17.- Le premier alinéa du point 1 de l'article 63 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- "1 Les commissions sont convoquées à la diligence de leur président, ou en cas d'empêchement, de leur vice-président, soixante-douze heures au moins avant leur réunion. Ce délai est porté à cinq jours hors session.

Les commissions peuvent être exceptionnellement réunies dans un délai plus bref si les circonstances l'exigent.

Au plus tard quarante-huit heures avant la réunion d'une commission, son report peut être décidé par son président, ou en cas d'empêchement, par son vice-président, si les circonstances l'exigent. Les membres sont immédiatement informés de ce report et de la date de la nouvelle réunion."

Art. 18.— Le premier alinéa de l'article 67-1 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi rédigé :

"La commission de contrôle budgétaire et financier prévue par l'article 129-1 de la loi statutaire se compose de 9 membres titulaires et autant de membres suppléants."

Art. 19.— L'article 67-7 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi rédigé :

### "Art. 67-7. — Réunions de la commission

- 1 L'article 63 à l'exception du point 6 et du deuxième alinéa du point 7, l'article 64 et l'article 65 du présent règlement intérieur sont applicables à la commission de contrôle budgétaire et financier.
  - En cas d'absence du titulaire, la désignation du suppléant est effectuée par le groupe auquel il appartient.
  - Les membres suppléants siègent avec voix délibérative en l'absence des membres titulaires.
- 2 Le président de la commission peut inviter toute personne qualifiée à participer aux réunions pour éclairer les débats de la commission. Les personnes assistant aux réunions sont tenues au secret quant au contenu des débats et des décisions prises par la commission.
- 3 Le président de la commission est chargé de l'organisation et du bon fonctionnement des réunions,
  - Il peut demander le huis clos si les travaux de la commission l'exigent. La décision est prise par un vote de la commission, à la majorité des membres présents ou représentés.
- 4 Un compte rendu de chaque réunion de la commission est établi. Il est signé par le président de la commission et communiqué au représentant qui en fait la demande."

Art. 20.— Le point 1 de l'article 68 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

"Elles sont formées pour recueillir des éléments d'information soit sur des faits déterminés, soit sur la gestion des services publics." Art. 21.— L'article 73 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi modifié :

#### I - Le premier alinéa est ainsi rédigé :

"La conférence des présidents décide de la répartition des emplacements des groupes politiques et des représentants non inscrits au sein de l'hémicycle, conformément aux dispositions de l'article 8 alinéa 3."

#### II - Le troisième alinéa est supprimé.

Art. 22.— L'article 75 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

"Chaque représentant est responsable de l'activité de son ou ses collaborateurs et tient informé le président de groupe parlementaire dont il est membre du contenu des missions exercées par eux."

Art. 23.— Après l'article 78 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée, il est inséré un article 78-1 ainsi rédigé :

"Art. 78-1. — De la diffusion de l'information

L'assemblée de la Polynésie française assure la diffusion de l'information auprès de ses membres par voie électronique ou, à défaut, par tout moyen.

Les rapports visés à l'article 130 de la loi statutaire sont distribués, par voie électronique, sur le site intranet de l'assemblée auquel les représentants ont accès de manière sécurisée. Ils font obligatoirement l'objet d'un avis adressé par tout moyen à chacun des représentants.

Sont également mis à la disposition des représentants sur le site intranet de l'assemblée :

- les projets ou propositions de texte déposés sur le bureau de l'assemblée, ainsi que les exposés des motifs y afférents;
- les demandes d'avis de l'Etat;
- les projets de décision soumis à l'avis de la commission de contrôle budgétaire et financier;
- les convocations et projets d'ordre du jour des séances de l'assemblée, de la commission permanente et des commissions intérieures ;
- les rapports des commissions intérieures ;
- les rapports d'observations définitives de la Chambre territoriale des comptes ;
- les rapports transmis par le Président de la Polynésie française dans le cadre du débat d'orientation budgétaire;
- le relevé de la correspondance et des décisions mentionné à l'article 13;
- les questions au gouvernement et leurs réponses ;
- les avis de la commission de contrôle budgétaire et financier
- les avis du Conseil économique, social et culturel ;
- et tout autre document lié à l'activité de l'assemblée de la Polynésie française.

Outre leur diffusion sous forme numérique, font l'objet d'une diffusion aux représentants sous format papier :

- le projet de budget primitif de la Polynésie française et ses annexes :
- le compte administratif de la Polynésie française ;
- les projets ou propositions de délibération portant modification du budget de la Polynésie française et leurs annexes."

Art. 24.— L'article 79 de la délibération du 13 mai 2005 susvisée est ainsi rédigé :

#### "Art. 79. - Des absences

- I Les travaux de l'assemblée s'entendent de ceux qui se déroulent en séances plénières, en commission permanente et en commissions intérieures.
  - La présence des représentants aux séances plénières et lorsqu'ils en sont membres, aux séances de la commission permanente et des commissions intérieures, est obligatoire.
- II Tout représentant qui, pendant l'année civile écoulée, a manqué à plus de 1/10e de son obligation de présence fixée au I du présent article se voit appliquer une réduction de 1/120e de son indemnité mensuelle pour chaque absence constatée.
- III Les absences liées à l'un des motifs énumérés ci-après ne donnent lieu à aucune réduction d'indemnité :
  - maladie, accident ou hospitalisation du représentant ;
  - grossesse de la représentante;
  - décès, maladie, accident ou hospitalisation d'un proche, dans la limite de 5 jours et au-delà, sur dérogation du bureau;
  - événement familial dans les conditions prévues par la réglementation du travail;
  - congé de l'assemblée dans la limite de 15 jours par an :
  - présence au même moment dans une autre commission intérieure de l'assemblée ou dans une commission ou un organisme extérieur ;
  - remplacement d'un membre titulaire de la commission de contrôle budgétaire et financier par un suppléant;
  - participation à un événement lié à l'exercice du mandat de représentant;
  - missions officielles ou d'intérêt général ;
  - obligation liée à l'exercice d'un mandat parlementaire ou municipal ;
  - empêchement insurmontable.
    - Ces absences doivent faire l'objet d'une déclaration écrite, motivée et adressée par tout moyen au président de l'assemblée au plus tard 72 heures après la tenue de la séance ou réunion, y compris lorsqu'il a été établi une procuration.
- IV Le bureau est chargé de préparer les décisions de réduction d'indemnité. Il peut demander toutes pièces justificatives aux fins de contrôle des absences.
  - Le bureau est saisi des contestations. Tout représentant qui le demande est entendu par le bureau préalablement à la décision de réduction d'indemnité.
- V Une circulaire du président de l'assemblée, prise après avis du bureau, vient, en tant que de besoin, préciser les modalités de mise en œuvre du présent article."

Art. 25.— Le président de l'assemblée de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

La secrétaire, Lois SALMON-AMARU. La présidente de séance, Vaiata PERRY-FRIEDMAN. LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

### **LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES**

### Que nous tenons à remercier

Mme Maina SAGE, députée de la Polynésie française et sa collaboratrice ;

M. Frédérix TERIIATETOOFA, maire de Tikehau;

### Pour la Direction de la santé:

- Mme Merehau MERVIN, directrice adjointe;
- M. Philippe BIAREZ, responsable de l'antenne médicale de Moorea;

#### Pour la Direction des affaires sociales :

- Mme Valérie HONG KIOU, conseillère technique chargée des relations avec la CPS;

### Pour la Caisse de Prévoyance Sociale :

- Dr Tuterai TUMAHAI, médecin conseil;
- M. Cyril CONREUX, responsable juridique de la CPS;
- Mme Vanina LEFOC, responsable de la cellule des évacuations sanitaires ;
- Mme Julia CHING, responsable du service social;

### <u>Pour le Centre Hospitalier de la Polynésie française</u> :

- Dr. Philippe DUPIRE, président de la Commission Médicale d'Etablissement;

#### Pour l'Agence de régulation de l'Action Sanitaire et Sociale :

- M. Pierre FREBAULT, directeur;
- Dr Pascal GOUEZEL, professionnel;

### Pour le secteur médical privé;

- Dr Pablo FERRER, pneumologue;

### Pour les associations:

- Mme Patricia GRAND, présidente de l'association « La ligue contre le cancer » ;
- M. Patrice JAMET, ex président de la fédération « A Tauturu Ia Na » ;
- Mme Ida TEIHOTU, membre de la fédération « A Tauturu Ia Na » ;

### Au titre des personnes « évasanées » ou des accompagnateurs : 5 particuliers ;

Pour la société <u>Europ Assistance Océanie</u> entendue dans le cadre d'une réunion de travail par le service des études et des évaluations :

- M. François DELCROIX, directeur général adjoint ;
- M. François-Xavier RABY, directeur médical.

### CORPUS RÉGLEMENTAIRE RELATIF AUX ÉVACUATIONS SANITAIRES

### Liste des dispositions réglementaires relatives à l'organisation et à la prise en charge des évacuations sanitaires hors Polynésie, par la Caisse de prévoyance sociale

### I.- Cadre réglementaire général de l'organisation des évacuations sanitaires hors territoire

- Pour mémoire: Décision n° 936 S du 24 septembre 1982 portant création d'une commission des évacuations sanitaires JOPF 1982 NS 1034 (abrogée)
  Décision n° 5299 S du 24 septembre 1982 portant création d'une commission des évacuations sanitaires JOPF 1982 1054 (abrogée)
  Délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992 portant création d'une commission des évacuations sanitaires JOPF 1992 p.498 (abrogée)
- **1.1** Délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 modifiée relative aux évacuations sanitaires hors du territoire, JOPF 2001 p.162
- **1.2** Arrêté n° 1058 CM du 29 novembre 2005 modifié portant application des dispositions de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire (composition du comité d'évaluation), JOPF 2005 p.3837 Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS), JOPF 2017 p.15277

### II.- Cadre réglementaire de la prise en charge des EVASAN hors territoire par les régimes d'assurance maladie dans le cadre de la Protection Sociale Généralisée.

- **2.1**.-Protection sociale généralisée : régimes de protection sociale polynésiens et sécurité sociale
- Délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française, JOPF 1994 p.274

#### 2.2- Accords de coordination

- Délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale. JOPF 1994 2336
- Décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale JOPF 1995 110.

#### 2.3.- Contrôle médical

→ Délibération n°2002-98 du 4 juillet 2002 portant modification de la délibération n° 2000-39 APF du 30 mars 2000 portant adoption du statut du contrôle médical de la Caisse de prévoyance sociale. (JOPF 2002 p.1749)

### 2.4-Régimes d'assurance maladie

- ➡ Délibération n°74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés, JOPF 1974 p.284, notamment articles 5-1, 13, 13 ter et 39 ter
- Délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées, JOPF1995 p. 59, notamment articles 16, 19, 20 et 21

- ♣ Délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 modifiée instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial JOPF 1995 p.2652, notamment articles 19- 20-21 et 23
- Arrêté n° 518 CM du 15 avril 2011 approuvant et rendant exécutoire la délibération n° 02/2011/CG.RSPF du comité de gestion du 22 février 2011 relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés. JOPF 2011 p.1798
- Arrêté n° 610 CM du 9 mai 2011 approuvant et rendant exécutoire la délibération n° 3-2011/CA du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale du 3 février 2011 relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés. JOPF 2011 p.2466
- Arrêté n° 602 CM du 6 mai 2011 approuvant et rendant exécutoire la délibération n° 2-2011/CA.RNS du conseil d'administration du régime des non-salariés de la caisse de prévoyance sociale du 11 février 2011 relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés, JOPF 2011 p.2113.

## DÉLIBÉRATION N° 2001-6 APF DU 11 JANVIER 2001 MODIFIÉE RELATIVE AUX ÉVACUATIONS SANITAIRES HORS DU TERRITOIRE

# DELIBERATION n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire.

NOR: CPS0002180DL (JOPF du 18 janvier 2001, n° 3, p. 162)

#### Modifiée par :

- Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 ; JOPF du 1er août 2017, n° 61, p. 9974 (1)
- Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 ; JOPF du 20 octobre 2017, n° 84, p. 15277 (2)

#### **SOMMAIRE**

TITRE Ier - Généralités	2
TITRE II - Procédures	
TITRE III - Contrôle médical	
TITRE IV - Décisions et recours	
TITRE V - Accompagnement social	
TITRE VI - Guichet unique des évasans	
TITRE VII - Dispositions finales	

#### L'assemblée de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 96-312 du 12 avril 1996 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 96-313 du 12 avril 1996 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 90-85 AT du 30 août 1990 modifiée portant règlement de l'assemblée territoriale ;

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation et fonctionnement de la Caisse de compensation des prestations familiales du territoire des Etablissements français d'Océanie ;

Vu la délibération n° 99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent ;

Vu l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la Caisse de compensation des prestations familiales du territoire des Etablissements français d'Océanie ;

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

Vu la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie-invalidité des personnes non salariées ;

Vu la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial ;

Vu la délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 relative aux mesures destinées à prévenir l'augmentation des dépenses de santé ;

Vu la délibération n° 2000-39 APF du 30 mars 2000 portant adoption du statut du contrôle médical ;

Vu l'avis exprimé par le conseil d'administration de la Caisse de prévoyance sociale en séance du 29 septembre 2000 ;

Vu l'avis exprimé par le conseil d'administration du régime des non-salariés en sa séance du 18 août 2000 ;

Vu l'avis exprimé par le comité de gestion du régime de solidarité territorial en sa séance du 6 octobre 2000 ;

Vu l'avis exprimé par la commission territoriale de santé publique en séance du 24 novembre 2000 ;

Vu l'arrêté n° 1797 CM du 26 décembre 2000 soumettant un projet de délibération à l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 46-2000 APF/SG du 28 décembre 2000 portant ouverture de la session extraordinaire de l'assemblée de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 1502-2000 APF/SG du 28 décembre 2000 portant convocation en séance des conseillers territoriaux ;

Vu le rapport n° 97 du 9 janvier 2001 de la commission des affaires sociales ;

Vu le rapport n° 6-2001 du 11 janvier 2001 de l'assemblée de la Polynésie française ;

Dans sa séance du 11 janvier 2001,

#### Adopte:

#### TITRE Ier - Généralités

Article 1er.— L'évacuation sanitaire à l'extérieur de la Polynésie française constitue une offre de soins proposée au patient lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables sur le territoire par manque d'infrastructure, de service et/ou de moyens adaptés à sa pathologie.

A ce titre, elle est soumise à l'évolution de l'organisation sanitaire ainsi qu'aux dispositifs de prévention de l'augmentation des dépenses de santé.

Les nécessités de prise en charge globale des patients soumis à cette offre de soins, confèrent par ailleurs à la prestation médicale une dimension humaine non négligeable dans l'organisation sanitaire et sociale du territoire.

Dans ce contexte, la Polynésie française décide de poursuivre l'amélioration de la prise en charge des évacuations sanitaires en confiant cette mission de service public, à la Caisse de prévoyance sociale.

Art. 2.— Cette mission est organisée par la Caisse de prévoyance sociale.

Les frais afférents à cette organisation sont imputables à la Caisse de prévoyance sociale.

- Art. 3.— La mission d'organisation, de suivi et de gestion de l'ensemble du dispositif médical, administratif et social des évacuations sanitaires, par la Caisse de prévoyance sociale, a pour but :
- de faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessités par une évacuation sanitaire ;
- d'améliorer la qualité de soins et de service aux usagers ;
- de centraliser les données nécessaires à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires :
- d'informer les pouvoirs publics sur l'évolution de la prestation.

### **TITRE II - Procédures**

- Art. 4.— L'évacuation sanitaire est effectuée sous la responsabilité conjointe des médecin-prescripteur, médecin(s)-convoyeur(s) et médecin-receveur chargés, chacun pour ce qui le concerne, d'effectuer tous les actes nécessaires et de veiller à la qualité des soins ainsi qu'au suivi thérapeutique pendant toute la période d'évacuation.
- Art. 5.— Le dossier d'évacuation sanitaire est ouvert dès la demande d'évacuation par le médecin-prescripteur.

La période d'évacuation court de la date de départ au retour en Polynésie française sauf situation particulière dûment agréée par le service du contrôle médical.

Art. 6.— La demande d'évacuation sanitaire est formulée par le médecin-prescripteur, après avis le cas échéant, de spécialistes compétents.

Cette demande est précédée de l'information du malade, elle est accompagnée d'un protocole de soins et de traitement explicite ; elle définit la prise en charge, notamment la nécessité ou non d'un accompagnement sanitaire et/ou familial ainsi que les conditions de transport et le degré d'urgence du transfert sanitaire

A cette fin, un dossier type est mis à la disposition du médecin-prescripteur par la Caisse de prévoyance sociale. Il comprend :

- une partie administrative devant permettre d'organiser le départ, le séjour et le retour du patient ;
- une partie sociale de nature à recenser les besoins sociaux du patient ;
- une partie médicale confidentielle faisant apparaître les motifs médicaux de l'évacuation : raisons de la non-faisabilité en Polynésie française des soins programmés, objectifs attendus de l'évacuation, motivation médicale de la destination envisagée et de l'accompagnement sanitaire, nécessité d'une prise en charge psychologique ;
- le consentement du malade ou de son représentant légal.
- Art. 7.— Conformément à la réglementation internationale, le convoyage médical des patients est assuré par des organismes de régulation qualifiés, selon des modalités fixées par voie de convention.

Le médecin-convoyeur assure l'accompagnement sanitaire jusqu'au ou depuis le centre de soins et décide de l'équipement médical nécessaire au transport du malade.

Il peut avoir à assurer l'accompagnement de plusieurs transferts sanitaires concomitants.

L'organisme de régulation coordonne la mise en œuvre du transport du patient en liaison avec le médecin-prescripteur, le médecin de la compagnie aérienne et le médecin-receveur tant au départ de Polynésie française que du pays de destination.

Art. 8.— Le médecin-receveur est en liaison directe avec le médecin-prescripteur, le médecin-convoyeur et le médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale.

Sauf cas de pathologie particulière ou convenance familiale du malade, le médecin ou centre hospitalier-receveur compte parmi ceux agréés préférentiellement par la Polynésie française, par voie de convention ou accords spécifiques d'orientation.

Une liste des centres de soins ainsi sélectionnés est mise à la disposition des médecins prescripteurs par la Caisse de prévoyance sociale.

Art. 9.— Le médecin de la compagnie aérienne intervient dans le cadre des règles de sécurité édictées par l'I.A.T.A.

### TITRE III - Contrôle médical

Art. 10.— Les demandes d'évacuation sanitaire sont instruites par le service du contrôle médical de la Caisse de prévoyance sociale.

Le médecin-conseil a pour mission de :

- décider de l'opportunité de l'évacuation sanitaire sollicitée, des conditions de transport ainsi que de la demande éventuelle d'un accompagnement sanitaire;
- connaître le suivi médical des évacuations sanitaires y compris le retour en Polynésie française ainsi que des filières de soins extra-territoriales.

A cette fin, le service du contrôle médical recueille les informations médicales sur les actes médicaux qui ont été délivrés aux patients, auprès du médecin-prescripteur, du médecin-convoyeur et/ou directement auprès du médecin-receveur.

#### TITRE IV - Décisions et recours

Art. 11.— La décision d'évacuation sanitaire est prise dans les meilleurs délais par le médecinconseil de la Caisse de prévoyance sociale. Le service du contrôle médical notifie au malade et au médecin-prescripteur la décision par tout moyen de transmission.

En cas de rejet de tout ou partie de la demande d'évacuation sanitaire, la décision est dûment motivée auprès du médecin-prescripteur.

Art. 12.— Le patient peut former recours dans le délai d'un mois de sa notification, devant une commission des recours des évacuations sanitaires.

La commission est composée des membres suivants ou de leurs suppléants :

- un médecin désigné par le (remplacé, Ar n° 1822 CM du 12/10/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale », en qualité de président ;
- le président de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier territorial ;
- un médecin désigné par le malade ou à défaut par le conseil de l'ordre ;
- un médecin-conseil de la Caisse de prévoyance sociale autre que le médecin ayant instruit le dossier examiné par la commission ;
- un médecin représentant des compagnies aériennes.

La commission statue dans un délai de 15 jours à compter de sa saisine et en cas d'urgence dans les délais les plus brefs. La commission peut également être saisie sur la demande d'accompagnement sanitaire du patient.

La décision de la commission s'impose à la Caisse de prévoyance sociale et aux parties.

La commission ne peut valablement délibérer qu'en présence de l'ensemble de ses membres.

Ses avis sont acquis à la majorité des membres ; en cas de partage des voix, celle du président est prépondérante.

La commission peut entendre à titre consultatif un expert de la spécialité concernée, en tant que de besoin. Le médecin-prescripteur est entendu par la commission s'il le demande. Dans tous les cas, il peut faire parvenir ses observations écrites à la commission.

Le secrétariat et la convocation de la commission sont assurés par la Caisse de prévoyance sociale.

### TITRE V - Accompagnement social

- Art. 13.— L'organisation de l'évacuation sanitaire est accompagnée de mesures sociales spécifiquement adaptées à l'accompagnement et aux besoins du patient durant toute la période d'évacuation sanitaire.
- Art. 14.— Mises en œuvre par les travailleurs sociaux de la Caisse de prévoyance sociale, ces mesures incluent l'information relative aux droits et obligations des assurés sociaux et aux spécificités des pays d'accueil ainsi que l'attribution des aides sociales liées à la situation personnelle des patients.

### TITRE VI - Guichet unique des évasans

Art. 15.— La Caisse de prévoyance sociale constitue le guichet unique de prestations médicales, administratives et sociales du patient ; elle est le référent de l'ensemble des intervenants dans le processus de transferts, séjour et retour sanitaire dont elle assure la logistique et la coordination.

Elle est relayée dans ses attributions et missions par des antennes extérieures mises en place à cet effet et dont elle est l'unique correspondant.

### **TITRE VII - Dispositions finales**

- Art. 16.— La Caisse de prévoyance sociale prendra les mesures nécessaires pour assurer la mission de service public en dehors de ses heures d'ouverture et en cas d'urgence.
- Art. 17.— La Caisse de prévoyance sociale établit en tant que de besoin les partenariats nécessaires à l'exercice de la mission de service public définie par la présente délibération.

Art. 18.— L'analyse des objectifs fixés à l'article 3 de la délibération est effectuée par un comité d'évaluation dont la composition est fixée par arrêté pris en conseil des ministres.

La Caisse de prévoyance sociale tient à la disposition du comité les données nécessaires à cette évaluation.

- Art. 19.— La délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992 portant création d'une commission des évacuations sanitaires est abrogée.
  - Art. 20.— La présente délibération entre en vigueur à compter du 1er février 2001.
- Art. 21.— Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

*La secrétaire,* Hilda CHALMONT.

*Le président,*Justin ARAPARI.

#### (1) Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 :

Art. 16.— Entrée en vigueur

Les dispositions du présent arrêté prennent effet à compter du 1er septembre 2017.

#### (2) Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 :

Art. 16.— Le présent arrêté abroge l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 modifié portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).

### ARRETÉ N° 1058 CM DU 29 NOVEMBRE 2005 MODIFIÉ PORTANT APPLICATION DES DISPOSITIONS DE LA DÉLIBÉRATION DE 2001

# ARRETE n° 1058 CM du 29 novembre 2005 portant application des dispositions de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire.

NOR : MSP0502473AC (JOPF du 8 décembre 2005, n° 49, p. 3837)

#### Modifié par :

- Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 ; JOPF du 1er août 2017, n° 61, p. 9974 (1)
- Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 ; JOPF du 20 octobre 2017, n° 84, p. 15277 (2)
- Arrêté n° 123 CM du 1er février 2018 ; JOPF du 6 février 2018, n° 11, p. 3175

#### Le Président de la Polynésie française,

Sur le rapport du ministre de la santé, chargé de la prévention, de la sécurité alimentaire et de la médecine traditionnelle,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 2 PR du 7 mars 2005 modifié portant nomination du vice-président et des autres ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;

Vu la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du territoire ;

Vu l'inspection générale de l'administration de la Polynésie française consultée le 9 novembre 2005 ;

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 23 novembre 2005,

#### Arrête :

Article 1er.— Le présent arrêté fixe les conditions d'application de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du pays.

- Art.~2. (remplacé, Ar n° 123 CM du 1er/02/2018, article 1er) La composition du comité d'évaluation des évacuations sanitaires institué par l'article 18 de la délibération n° 2001-6 APF du 11 janvier 2001 est fixée comme suit :
- le directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale ou son représentant, président ;
- le directeur de la Caisse de prévoyance sociale ou son représentant, *vice-président* ;
- le directeur du Centre hospitalier de Polynésie française ou son représentant ;
- le médecin coordinateur de la Caisse de prévoyance sociale ou son représentant ;
- un représentant des usagers désigné par le Président de la Polynésie française, sur proposition du ministre en charge de la santé.
- Art. 3.— L'arrêté n° 160 CM du 8 février 2001 fixant la composition et le fonctionnement du comité d'évaluation des évacuations sanitaires hors du pays est abrogé.

Art.4.— Le ministre de la santé, chargé de la prévention, de la sécurité alimentaire et de la médecine traditionnelle, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié aux intéressés et publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 29 novembre 2005. Oscar Manutahi TEMARU.

Par le Président de la Polynésie française : *Le ministre de la santé*, Pia HIRO.

(1) Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 :

Art. 16.— Entrée en vigueur

Les dispositions du présent arrêté prennent effet à compter du 1er septembre 2017.

#### (2) Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 :

Art. 16.— Le présent arrêté abroge l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 modifié portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).

DÉLIBÉRATION N° 74-22 DU 14 FÉVRIER 1974 MODIFIÉ INSTITUANT UN RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ AU PROFIT DESTRAVAILLEURS SALARIÉS ET SON ARRETÉ D'EXÉCUTION

# Délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés

(rendue exécutoire par arrêté n° 1515 AA du 24 avril 1974) (JOPF du 30 avril 1974, n° 10, p. 284)

#### Modifiée par :

- Délibération n° 75-38 du 13 février 1975 ; JOPF du 15 avril 1975, n° 7, p. 259 (1)
- Délibération n° 76-105 du 11 août 1976 ; JOPF du 15 octobre 1976, n° 21, p. 762 (2)
- Délibération n° 76-139 du 7 octobre 1976 ; JOPF du 31 octobre 1976, n° 22, p. 803 (3)
- Délibération n° 76-142 du 7 octobre 1976 ; JOPF du 31 octobre 1976, n° 22, p. 800 (4)
- Délibération n° 77-2 du 20 janvier 1977 ; JOPF du 28 février 1977, n° 4, p. 185 (5)
- Délibération n° 78-12 du 26 janvier 1978 ; JOPF du 28 février 1978, n° 6, p. 173 (6)
- Délibération n° 78-30 du 23 février 1978 ; JOPF du 31 mars 1978, n° 11, p. 333
- Délibération n° 79-6 du 19 janvier 1979 ; JOPF du 28 février 1979, n° 7, p. 165
- Décision n° 1613 TLS du 21 août 1979 ; JOPF du 31 août 1979, n° 29, p. 750
- Délibération n° 80-5 du 10 janvier 1980 ; JOPF du 15 février 1980, n° 6, p. 189 (7)
- Délibération n° 82-18 du 23 février 1982 ; JOPF du 15 avril 1982, n° 10, p. 455
- Délibération n° 83-47 du 28 mars 1983 ; JOPF du 15 mai 1983, n° 16, p. 504
- Délibération n° 83-49 du 28 mars 1983 ; JOPF du 15 mai 1983, n° 16, p. 505
- Délibération n° 83-203 du 22 décembre 1983 ; JOPF du 15 mars 1984, n° 7, p. 279
- Délibération n° 84-51 du 26 avril 1984 ; JOPF du 15 juillet 1984, n° 31, p. 984
- Délibération n° 84-61 du 10 mai 1984 ; JOPF du 31 juillet 1984, n° 34, p. 1080
- Délibération n° 84-65 du 7 juin 1984 ; JOPF du 31 juillet 1984, n° 34, p. 1082
- Délibération n° 84-80 du 17 juillet 1984 ; JOPF du 15 septembre 1984, n° 43, p. 1321
- Délibération n° 84-84 du 17 juillet 1984 ; JOPF du 15 septembre 1984, n° 43, p. 1322
- Délibération n° 85-1065 AT du 16 juillet 1985 ; JOPF du 1er août 1985, n° 22, p. 966
- Délibération n° 86-53 AT du 20 août 1986 ; JOPF du 27 août 1986, n° 27 NS, p. 263
- Délibération n° 87-8 AT du 29 janvier 1987 ; JOPF du 12 février 1987, n° 7, p. 237 (8)
- Délibération n° 87-103 AT du 22 octobre 1987 ; JOPF du 5 novembre 1987, n° 45, p. 1715 (9)
- Délibération n° 88-174 AT du 8 décembre 1988 ; JOPF du 22 décembre 1988, n° 51, p. 2348
- Délibération n° 88-175 AT du 8 décembre 1988 ; JOPF du 22 décembre 1988, n° 51, p. 2348
- Délibération n° 89-143 AT du 21 décembre 1989 ; JOPF du 28 décembre 1989, n° 52, p. 2142
- Délibération n° 91-43 AT du 14 février 1991 ; JOPF du 28 février 1991, n° 9, p. 371
- Délibération n° 91-59 AT du 18 avril 1991 ; JOPF du 25 avril 1991, n° 17, p. 775
- Délibération n° 92-25 AT du 27 février 1992 ; JOPF du 12 mars1992, n° 11, p. 518 (10)
- Délibération n° 92-57 AT du 31 mars 1992 ; JOPF du 9 avril 1992, n° 15, p. 702 (11)
- Délibération n° 94-63 AT du 9 juin 1994 ; JOPF du 23 juin 1994, n° 25, p. 1156
- Délibération n° 94-101 AT du 5 août 1994 ; JOPF du 18 août 1994, n° 33, p. 1537
- Délibération n° 94-130 AT du 2 décembre 1994 ; JOPF du 15 décembre 1994, n° 50, p. 2331
- Délibération n° 94-150 AT du 8 décembre 1994 ; JOFF du 13 décembre 1994, n° 51, p. 2402
- Délibération n° 94-152 AT du 8 décembre 1994 ; JOPF du 22 décembre 1994, n° 51, p. 2404
- Délibération n° 95-39 AT du 9 février 1995 ; JOPF du 23 février 1995, n° 8, p. 431
- Délibération n° 95-170 AT du 26 octobre 1995 ; JOPF du 9 novembre 1995, n° 45, p. 2207
- Délibération n° 96-36 AT du 29 février 1996 ; JOPF du 21 mars 1996, n° 12, p. 462
- Délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996 ; JOPF du 26 septembre 1996, n° 39, p. 1672 (12)
- Délibération n° 97-217 APF du 27 novembre 1997 ; JOPF du 11 décembre 1997, n° 50, p. 2548
- Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 ; JOPF du 29 octobre 1998, n° 44, p. 2256 (13)
- Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 ; JOPF du 29 octobre 1998, n° 44, p. 2258 (14)
- Délibération n° 99-62 APF du 22 avril 1999 ; JOPF du 29 avril 1999, n° 17, p. 915
- Délibération n° 99-64 APF du 22 avril 1999 ; JOPF du 29 avril 1999, n° 17, p. 917
- Délibération n° 2000-110 APF du 28 septembre 2000 ; JOPF du 12 octobre 2000, n° 41, p. 2424
- Délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002 ; JOPF du 11 avril 2002, n° 15, p. 850

- Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 ; JOPF du 4 septembre 2003, n° 36, p. 2262
- Délibération n° 2003-164 APF du 9 octobre 2003 ; JOPF du 23 octobre 2003, n° 43, p. 2875
- Délibération n° 2003-202 APF du 18 décembre 2003 ; JOPF du 1er janvier 2004, n° 1, p. 19
- Loi du pays n° 2006-4 du 25 janvier 2006 ; JOPF du 26 janvier 2006, n° 7 NS, p. 55
- Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010 ; JOPF du 31 décembre 2010, n° 50 NS, p. 929
- Loi du pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 ; JOPF du 11 juillet 2011, n° 39 NS, p. 1444 (15)
- Loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 ; JOPF du 14 janvier 2013, n° 1 NS, p. 3
- Loi du pays n° 2013-2 du 14 janvier 2013 ; JOPF du 14 janvier 2013, n° 1 NS, p.11
- Loi du pays n° 2016-16 du 11 mai 2016 ; JOPF du 11 mai 2016, n° 25 NS, p.1965
- Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 ; JOPF du 1er août 2017, n° 61, p. 9974 (16)

THAMD DUADDI ICATION

#### **SOMMAIRE**

ITINE I.— CHAMI D'ALLECATION	9
TITRE II. — PRESTATIONS	
CHAPITRE 1: ASSURANCE MALADIE – LONGUE MALADIE – MATERNITE – SOINS	
DENTAIRES	8
SECTION I – PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE – CONDITIONS PARTICULIER	RES
	12
SECTION II – PRESTATIONS ASSURANCE MATERNITE	13
SECTION III – PRESTATIONS ASSURANCE LONGUE MALADIE – CONDITIONS	
PARTICULIERES	13
SECTION IV – PRESTATIONS ASSURANCES CHIRURGIE – CONDITIONS	
PARTICULIERES	15
SECTION V - PRISE EN CHARGE - ENTENTE PREALABLE- NOTIFICATION	15
CHAPITRE II : ASSURANCE INVIDALITE	15
CHAPITRE III : DISPOSITIONS COMMUNES	
SECTION I – LIBRE CHOIX DES MEDECINS ET SOINS	
SECTION II – OBLIGATIONS DES BENEFICIAIRES	
SECTION III – OBLIGATIONS DES MEDECINS ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES	
SECTION IV – CONTRÔLE	18
SECTION V – AGRÉMENTSECTION VI – AVERTISSEMENT – BLÂME – RETRAIT D'AGRÉMENT	18
SECTION VII – EXPERTISE	
SECTION VIII — FRAIS FUNERAIRES	20
TITRE III. – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES	
TITRE IV. – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS	21
SECTION I – RECOURS DE LA CAISSE	21
SECTION II – PRESCRIPTION	22
SECTION III – PÉNALITÉS	22
TITRE V – DISPOSITIONS FINALES	23

#### L'assemblée territoriale de la Polynésie française,

Vu le décret n° 46-2379 du 25 octobre 1946 portant création d'une assemblée représentative dans les Etablissements français de l'Océanie, modifié par les lois n° 52-1175 et n° 57-836 des 21 octobre 1952 et 26 juillet 1957, relatives à la composition et à la formation de l'assemblée territoriale;

Vu le décret n° 57-812 du 22 juillet 1957 portant institution d'un conseil de gouvernement et extension des attributions de l'assemblée territoriale dans la Polynésie française, modifié par l'ordonnance n° 58-1337 du 23 décembre 1958 ;

Vu la loi n° 56-619 autorisant le gouvernement à mettre en œuvre les réformes et à prendre les mesures propres à assurer l'évolution des territoires relevant du ministère de la France d'outre-mer, notamment dans son article 2 ;

Vu la loi n° 52-1322 du 15 décembre 1952 instituant un code du travail dans les territoires d'outre-mer;

Vu les textes organiques de la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail, notamment les arrêtés n° 1335 et n° 1336 IT du 28 septembre 1956 ;

Vu l'arrêté n° 506 TLS du 25 février 1965 portant organisation de la surveillance médicale des travailleurs de la Polynésie française ;

Vu l'avis émis par la commission consultative du travail en ses séances des 13, 23 novembre et 4 décembre 1973 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la caisse de compensation des prestations familiales et des accidents du travail, du 14 décembre 1973 ;

Vu la lettre n° 1016 TLS en date du 15 janvier 1974, de M. le gouverneur de la Polynésie française, chef du territoire, approuvée en conseil de gouvernement le 8 janvier 1974 ;

Vu l'arrêté n° 326 AA en date du 23 janvier 1974 convoquant l'assemblée territoriale en session extraordinaire ;

Vu le rapport n° 17-74 en date du 12 février 1974 de la commission des affaires financières, économiques et sociales ;

Dans sa séance du 14 février 1974,

#### Adopte:

#### TITRE I.— CHAMP D'APPLICATION

Article 1er.— Il est institué au profit des travailleurs exerçant en Polynésie française une activité salariée, un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :

- l'assurance maladie,
- l'assurance maternité,
- l'assurance longue maladie,
- l'assurance chirurgie,
- l'assurance invalidité

- Art. 2. (remplacé, Dél n° 82-18 du 23/02/1982, article 1er) Sont assurés au titre de la présente délibération :
- a) (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, article 1er) « Les travailleurs tels que définis à l'article premier de la loi n° 86-845 du 17 juillet 1986 relative aux principes généraux du droit du travail et à l'organisation et au fonctionnement de l'inspection du travail et des lois sociales et des tribunaux du travail en Polynésie française. »
- b) Les personnes bénéficiant de la réparation des accidents du travail au titre des dispositions de l'article 3 (alinéa 1, 2,3 et 4) du décret modifié n° 57-425 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer ;
- c) (remplacé, Dél n° 88-174 AT du 8/12/1988, article 1er) « Toutes personnes suivant des stages ou des cycles de formation professionnelle à temps plein dans des organismes dont la liste est établie par arrêté en conseil des ministres, et dont le budget est supporté pour les 2/3 au moins sur fonds publics, ainsi que les élèves âgés de moins de 26 ans des établissements d'enseignement supérieur agréés par le ministre chargé de l'éducation, dès lors qu'ils ne sont bénéficiaires dudit régime à un titre différent. »

(remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, article 1er) « Le bénéfice des prestations prévues par le présent régime se limite aux seules prestations en nature à l'exclusion des prestations en espèces.

Un arrêté en conseil des ministres déterminera à qui incombent les obligations de l'employeur et précisera les taux de cotisations et les conditions d'application du présent régime à cette catégorie d'assurés. »

d) (remplacé, Dél n° 94-152 AT du 8/12/1994, article 1er) « Les retraités du régime général visés par les dispositions de la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987, sous réserve que leurs pensions aient été acquises par l'exercice de cinq années au moins d'activité professionnelle sur le territoire. Les prestations auxquelles auront droit ces assurés bénéficiaires sont limitées aux seules prestations en nature. »

(inséré, Dél n° 94-63 AT du 9/06/1994, art. 2) « En outre, s'ils relevaient également du régime de la protection sociale en milieu rural (R.P.S.M.R.) ou d'un autre régime, la charge de ces prestations incombera aux deux régimes.

Un arrêté en conseil des ministres fixera les modalités de répartition. »

e) (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, article LP. 1er) « Les titulaires d'une pension de réversion, établie par délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les retraités principaux et leurs ayants-droit

Ceux-ci bénéficient des seules prestations en nature. »

- Art. 2.1. (remplacé, Dél n° 82-18 du 23/02/1982, article 1er) Ont droit aux seuls avantages en nature des assurances maladie, longue maladie et chirurgicale, sans être astreints à cotisation et (supprimé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, article 1er).
- a) Le conjoint de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2 sous réserve qu'il ne soit ni patenté, ni inscrit au registre du commerce, ni exerçant une profession libérale ou une activité professionnelle salariée ou non, ne motivant pas son affiliation au présent régime. Il en est de même lorsque ce conjoint est bénéficiaire ou susceptible de l'être d'un avantage de même nature au titre du régime de sécurité sociale ou d'un statut particulier de la fonction publique ;

- b) (remplacé, Dél n° 91-59 AT du 18/04/1991, article 1er) « Les enfants à charge de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2, la notion juridique d'enfant à charge étant celle retenue par la réglementation en vigueur dans le territoire pour les allocations familiales, ainsi que les enfants de 14 à 18 ans non scolarisés ; »
- c) Les ayants droit des victimes d'accidents mortels du travail titulaires d'une rente liquidée sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un revenu professionnel, salarial ou non ;
- d) Le conjoint et les enfants à charge de l'assuré ou du bénéficiaire visé à l'article 2.2, autres que les ayants droit visés à l'alinéa précédent, pendant l'année qui suit le décès de l'assuré ou du bénéficiaire de l'article 2.2. Cette durée est prolongée jusqu'à ce que le dernier enfant à charge ait atteint l'âge de 6 ans ou ait été scolarisé s'il s'agit d'un enfant handicapé.
- e) (remplacé, Lp n° 2016-16 du 11/05/2016, art. 5) « la personne liée par un pacte civil de solidarité avec l'assuré, ou vivant depuis au moins un an en situation de concubinage non adultérin avec l'assuré, dans les conditions énoncées aux alinéas a) et d) ci-dessus.

Toutefois, la condition de durée de concubinage prévue à l'alinéa précédent n'est pas requise lorsque les concubins justifient de la filiation commune d'un enfant né ou à naître. »

(inséré, Lp n° 2016-16 du 11/05/2016, art. 6) « En cas de changement de situation affectant la vie de couple, les bénéficiaires en informent l'organisme de gestion dans les conditions fixées par voie réglementaire. »

- Art. 2.2. (remplacé, Dél n° 94-152 AT du 8/12/1994, article 1er) Bénéficient des seuls avantages en nature des assurances maladie, longue maladie et chirurgicale, sans être astreints à cotisation.
- a) le titulaire d'une pension (supprimé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 2) d'orphelin, établie par délibération n° 87-8 AT du 29 janvier 1987, dans les mêmes conditions que celles prévues pour les retraités principaux et leurs ayant droit ;
- b) (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 2) « Le titulaire de l'allocation dite "Aide aux vieux travailleurs salariés", à condition qu'il réside dans le territoire, sauf en ce qui est dit aux articles 5-1 et 5-2 ; »
  - c) le titulaire d'une rente d'accident du travail quand le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 66,66 %;
  - d) le titulaire d'une pension d'invalidité instituée par le présent régime.
- Art. 2.3. (remplacé, Dél n° 94-152 AT du 8/12/1994, article 1er) Ne sont pas visés par la présente délibération les travailleurs français ou étrangers bénéficiaires de l'un des régimes métropolitains visés par les textes de coordination entre les régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale.
- Art. 3. (remplacé, Dél n° 94-150 AT du 8/12/1994, art. 2) Le bénéfice des diverses assurances est acquis dans les conditions définies par la présente délibération au travailleur salarié et ouvert de son chef, sauf restrictions, aux personnes définies à l'article 2-1, dès lors qu'il est déclaré à la Caisse de prévoyance sociale et justifie avoir effectué, au cours des 30 jours précédant le début de l'incapacité ou de la maladie, un minimum de 80 heures de travail ou perçu une rémunération mensuelle au moins équivalente à 169 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti horaire.

(ajouté, Lp n° 2013-2 du 14/01/2013, art. LP. 13) « Par dérogation au principe énoncé à l'alinéa premier, le bénéfice des diverses assurances est acquis au marin-pêcheur dans les conditions définies par la présente « loi du pays » dès lors qu'il est déclaré à la Caisse de prévoyance sociale et qu'il justifie avoir effectué 10 jours de mer ou perçu une rémunération au moins équivalente au salaire plancher pêche visé à l'article LP 7525-4 du code du travail. »

Art. 3.1. (remplacé, Dél n° 94-150 AT du 8/12/1994, art. 3) — Toutefois :

- a) pour les salariées mères d'handicapés reconnus par les organismes territoriaux agréés, et les salariées mères de trois enfants et plus, âgés de moins de quatorze (14) ans, le minimum d'heures de travail sera abaissé à 25 heures ;
- b) en ce qui concerne les jeunes travailleurs, aucune condition relative à la durée du travail n'est exigée si le délai entre la fin de la scolarité et le début de l'incapacité ou de la maladie ne dépasse pas trois mois ;
- c) en ce qui concerne les personnes ayant acquis le bénéfice de l'assurance du régime public des non-salariés, la condition d'activité ou de salaire minimum pour l'ouverture du droit à prestations en nature ne sera pas exigée si le délai entre la fin de l'affiliation audit régime et le début de l'activité salariée ne dépasse pas trente (30) jours.
- Art. 3.2. (remplacé, Dél n° 82-18 du 23/02/1982, art. 2) Pour la réalisation de la condition relative à la durée du travail, seront assimilées à des périodes de travail, celles indemnisées au titre du présent régime, et l'incapacité permanente lorsque son taux est au moins égal à 66,66 %.
- Art. 3.3. (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 4) Le droit aux prestations en espèces est supprimé à la date à laquelle l'assuré cesse de remplir les conditions d'assujettissement.

(remplacé, Dél n° 94-150 AT du 8/12/1994, art. 4) « Le droit à prestations en nature au titre du présent régime est supprimé à la fin du mois suivant celui où l'assuré cesse de remplir les conditions d'assujettissement, sauf dans les cas suivants :

- 1) lorsqu'il justifie pendant les douze mois précédant la rupture du contrat de travail, avoir mensuellement effectué 80 heures de travail ou perçu une rémunération équivalente au salaire minimum interprofessionnel garanti pour un mois (remplacé, Dél n° 96-109 APF du 12/09/1996, article 1er) « à la somme de 87.346 F CFP », les droits aux prestations en nature pour lui-même et ses ayants-droit leur seront conservés pendant les 90 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement.
- (ajouté, Lp n° 2013-2 du 14/01/2013, art. LP. 14) « Par dérogation au principe énoncé à l'alinéa 1er, lorsque l'assuré est un marin pêcheur et qu'il justifie pendant les douze mois précédant la rupture du contrat de travail avoir mensuellement effectué 10 jours de mer ou perçu une rémunération au moins équivalente au salaire plancher pêche visé à l'article LP. 7525-4 du code du travail, les droits aux prestations en nature pour lui-même et ses ayants droit lui sont conservés pendant les 90 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement. »
- 2) pour les salariés licenciés pour cause économique attestée par l'inspecteur du travail, le maintien du droit aux prestations en nature reste acquis à l'assuré et à ses ayants-droit pendant les 180 jours suivant la cessation des conditions d'assujettissement.

Le maintien de ce droit est cependant subordonné à l'inscription du salarié à (remplacé, Dél n° 2003-202 APF du 18/12/2003, article 1er) « au service de l'emploi, de la formation et de l'insertion professionnelles » dans le but d'une recherche active d'un nouvel emploi.

L'intéressé perd le bénéfice de ce droit en cas de refus d'un emploi proposé dans sa qualification.

Un arrêté en conseil des ministres définira les modalités d'application de ces dispositions, notamment en ce qui concerne les procédures d'information à mettre en œuvre entre le service de l'inspection du travail, la Caisse de prévoyance sociale et (remplacé, Dél n° 2003-202 APF du 18/12/2003, article 1er) « au service de l'emploi, de la formation et de l'insertion professionnelles ».

3) dans tous les cas prévus dans le présent article, le droit aux prestations en nature est maintenu à l'assuré et à ses ayants-droit jusqu'à la fin du traitement prescrit dès l'instant qu'il remplit les conditions d'ouverture de ses droits à la date à laquelle a été effectué l'acte médical initial. »

- Art. 3.4. (remplacé, Dél n° 82-18 du 23/02/1982, art. 2) Un arrêté d'application pris par le chef du territoire en conseil de gouvernement déterminera les pièces nécessaires pour l'obtention des différentes prestations.
- Art. 4. (créé, Dél n° 2003-202 APF du 18/12/2003, art. 2) Sans préjudice de l'application de l'article 3.3, le droit aux prestations en nature est présumé ouvert, pour une période d'un an de date à date suivant immédiatement la période de référence, lorsque l'assuré justifie de 12 mois continus de cotisations à raison de 80 heures par mois ou avoir perçu une rémunération mensuelle au moins équivalente à 169 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel garanti horaire au cours de ladite période.

Pour l'assuré qui ne justifie pas des conditions susvisées, ce droit est présumé ouvert pour une période de 3 mois.

Art. 4-1. (créé, Dél n° 2003-202 APF du 18/12/2003, art. 2) — Durant la période de droits présumés, le constat d'une cessation des conditions d'assujettissement ou d'ouverture des droits au cours de cette période entraîne une réimputation des charges avancées par le présent régime au nouveau régime d'assurance de l'assuré ou un remboursement par l'assuré.

En cas de rétablissement des conditions d'assujettissement au présent régime ou d'ouverture des droits, et pour l'ouverture présumée du droit aux prestations en nature, l'assuré devra justifier de sa demande d'affiliation au régime précédent.

- Art. 5. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux assurés et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes des assurances instituées par la présente délibération sont servies aux conditions définies aux articles suivants.
- Art. 5-1. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) La prise en charge par tiers payant des soins dispensés hors du territoire est acquise de plein droit pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée sur avis de la commission *ad hoc*.
- Art. 5-2. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) Hors les cas visés aux articles 5-1, 5-5 et 5-6, les soins dispensés hors du territoire sont remboursés dans le cadre de l'article 9-1, alinéa a) ou b).

La prise en charge s'effectuera par tiers payant lorsque les soins sont dispensés en métropole ou dans un département ou territoire d'outre-mer, sur accord préalable ou exceptionnellement *a posteriori* de l'organisme de gestion.

Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.

- Art. 5-3. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) Le droit aux prestations en espèces de l'assurance maladie et longue maladie est acquis à l'assuré dans les cas ci-après :
- lorsque l'arrêt de travail est consécutif à une évacuation sanitaire visée à l'article 5-1 ou à une hospitalisation de l'assuré ;
- sur accord préalable de l'organisme de gestion après avis du médecin-conseil ;
- exceptionnellement, sur accord a posteriori de l'organisme de gestion, après avis du médecin-conseil. Il appartient à l'assuré de produire si nécessaire les justificatifs (compte-rendu ou certificat médical en langue française).

- Art. 5-4. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) Le droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité (congés de maternité) est maintenu à l'assurée en déplacement hors du territoire.
- Art. 5-5. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) Les travailleurs détachés temporairement à l'étranger par leur employeur pour y exercer une activité salariée ou assimilée, rémunérée par cet employeur et qui ne sont pas soumis à une autre réglementation en vertu de la législation nationale de sécurité sociale ou de convention, restent soumis à la réglementation du présent régime.

Ils pourront être admis au bénéfice de cette réglementation pour une durée maximale de trois ans, renouvelable une fois, sur leur demande écrite à la Caisse accompagnée de l'engagement de l'employeur de s'acquitter de l'intégralité des sommes dues.

Art. 5-6. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3) — Les travailleurs, détachés temporairement en métropole ou dans un département ou territoire d'outre-mer pour la durée maximale mentionnée à l'article 5-5 précédent, peuvent demander dans les mêmes formes à rester affiliés au présent régime. Les dispositions de l'article précité leur seront applicables dès la notification de l'accord de la Caisse.

Art. 5-7. à 5-9.— (abrogés, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 3)

#### TITRE II. — PRESTATIONS

CHAPITRE 1: ASSURANCE MALADIE - LONGUE MALADIE - MATERNITE - SOINS DENTAIRES

Art. 6. (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 23/02/1987, art. 5) —

- a) Les assurances maladie, maternité, longue maladie, chirurgie et invalidité comportent des prestations en espèces et des prestations en nature, les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ciaprès et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance déterminée dans les sections I, II, III, IV et V.
- b) Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières à l'assuré qui a été contraint de cesser le travail pour raison médicale.
- c) Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel des frais engagés, par l'assuré ou "les personnes visées aux articles 2.1 et 2.2", chez un praticien (médecin, chirurgien, spécialiste chirurgien-dentiste...), un auxiliaire médical (infirmier, kinésithérapeute, orthophoniste...), un pharmacien, un fournisseur d'appareillage, ainsi que des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de transport.

Les prestations en nature comprennent également les soins et la surveillance par des personnes qualifiées et conventionnées, des invalides au sens de la réglementation sur l'invalidité, ou handicapés gravement touchés à plus de 70 % et des malades aigus.

Un arrêté en conseil des ministres établit la liste des maladies aiguës donnant droit aux prestations visées à l'alinéa précédent.

La prise en charge des frais de traitement concernant les personnes handicapées soignées dans les établissements agréés du territoire se réalise par le paiement d'un forfait journalier comprenant la totalité des frais liés aux actes médicaux et paramédicaux effectués au bénéfice des ressortissants du régime d'assurance maladie, les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement faisant l'objet de convention entre la caisse de prévoyance sociale et chaque établissement concerné. Le montant du forfait journalier est soumis pour avis au conseil du handicap.

(inséré, Dél n° 99-62 APF du 22/04/1999, article 1er) « Les frais de surveillance visés à l'alinéa précédent sont pris en charge dans la limite du montant de référence fixé par la délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996 portant désindexation des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations et révisables dans les conditions prévues par cette délibération. »

- Art. 7. (remplacé, Dél n° 99-64 APF du 22/04/1999, article 1er) Les indemnités journalières prévues par le présent régime, autres que celles prévues en cas de maternité ou d'invalidité, sont versées à partir du quatrième jour qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après:
- a) du 4e au 30e jour d'arrêt de travail : 100 % du salaire réel dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie ;
- b) à partir du 31e jour d'arrêt de travail et sous réserve des dispositions de l'article 16 : 75 % du salaire réel dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie.

Cette indemnité, dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie, est portée à :

- 80 % en présence d'un enfant à charge;
- 85 % en présence de deux enfants à charge ;
- 90 % en présence de trois enfants et plus à charge au sens de la réglementation en matière de prestations familiales.

Le versement des indemnités journalières ci-dessus est assuré dès la conclusion du contrat de travail et sans condition de durée minimum d'activité.

Art. 7 bis. (créé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 7) — Pour compenser les effets d'une rupture de revenu pour le salarié malade, l'employeur verse pendant le premier mois d'hospitalisation et d'arrêt maladie dûment constaté par certificat médical, l'indemnisation journalière prévue par le régime d'assurance maladie.

La caisse de prévoyance sociale rembourse à l'employeur, à jour de ses cotisations et dans un délai maximum de trente jours, les prestations ainsi avancées.

A l'issue du premier mois, et en cas de poursuite de l'arrêt ou de l'hospitalisation, la caisse de prévoyance sociale verse directement à l'assuré les indemnités journalières.

Art. 8. (remplacé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 62) — Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prises en charge totalement ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge de l'assuré.

```
Art. 8-1.— (abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 63)
```

Art. 9. (remplacé, Dél n° 82-18 du 23/02/1982, art. 5) — Pour les établissements hospitaliers publics, les remboursements se feront sur la base du tarif de la deuxième catégorie.

Ce tarif couvre à la fois les frais de séjour et de traitement (médicaments, examens de laboratoire, prestations d'électroradiologie, d'électrothérapie, de massokinésithérapie). Les frais de transfusion feront l'objet d'un remboursement distinct.

Il en est de même, sauf convention particulière entre eux et la caisse de prévoyance sociale, pour les établissements hospitaliers privés.

- Art. 9.1. (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 4) En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :
- a) sur la base des tarifs homologués par la sécurité sociale, si ces soins sont administrés en métropole ou dans un département d'outre-mer : les factures devront être visées par la Caisse primaire la plus proche du lieu des soins ;
- b) au maximum sur la base des frais engagés :
  - dans la limite des tarifs couramment pratiqués dans la région, lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre des dispositions des articles 5-1, 5-5 et 5-6;
  - et dans la limite des tarifs réglementaires en vigueur sur le territoire, lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre de l'article 5-2.
- Art. 10.— (remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 5; remplacé, Dél n° 2003-125 APF du 28/08/2003, art. 3) « Les actes professionnels exécutés par les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux agréés sont cotés conformément à une codification arrêtée par le conseil des ministres et remboursés suivant leur valeur fixée par convention entre les praticiens et la Caisse de prévoyance sociale (tarif conventionnel) ou éventuellement par arrêté (tarif d'autorité). »

(remplacé, Dél n° 97-217 APF du 27/11/1997, article 1er) « Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100 % du tarif de responsabilité de l'assurance maladie. »

(inséré, Dél n° 2002-56 APF du 28/03/2002, article 1er) « La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse est effectuée en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres. »

Sont pris en charge en tiers payant, à (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30/12/2010, art. 2) « 70 % » du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec la fécondation in vitro pratiqués dans un centre agréé par (remplacée, Ar n° 1206 CM du 26/07/2017, art. 15) « l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale » et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives. »

Art. 10 bis. (créé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 6) — Sont exclus de la prise en charge :

- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil ;
- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas de stages validés d'au moins un an.
- Art. LP. 11. (créé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 3) Sont pris en charge les frais d'hébergement et de transport terrestre des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extra hospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

Art. LP. 11-1. (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 4) — La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

- Art. LP. 11-2. (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 4) Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.
- Art. 12.— Les soins dentaires courants autres que ceux prodigués dans le cadre de la prévention et de l'action entreprise par le service d'hygiène dentaire seront remboursés après accord du médecin-conseil de l'organisme de gestion et avis éventuel du médecin consultant en stomatologie.

(ajouté, Dél n° 76-142 du 07/10/1976, article 1er) « Il en est de même pour les appareillages d'orthodontie prévus au chapitre 5, article 6 de la nomenclature des actes professionnels et toutes les prothèses autres que dentaires. »

Art. 13. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) — *Transports.*- Les prestations accordées aux bénéficiaires du présent régime comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, quel que soit le moyen d'acheminement et par la voie la plus directe, sur la base de tarifs homologués par la caisse de prévoyance sociale.

Ces frais de transport comprennent également le retour de l'intéressé vers sa résidence habituelle après guérison ou décès.

En cas d'évacuation sanitaire, la prise en charge des frais de transport aller-retour s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues au premier alinéa du présent article.

Article 13 bis. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) — La prise en charge par le régime assurance maladie-invalidité des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française et au titre des évacuations, sanitaires, est possible, sous réserve que l'autorité ayant décidé l'évacuation fournisse à la caisse de prévoyance sociale le dossier d'assurance maladie constitué et les documents médicaux et administratifs réunis par l'intéressé

Seront également pris en charge au titre du régime assurance maladie-invalidité, les déplacements allerretour entre les archipels du territoire et Tahiti nécessités par les contrôles périodiques auxquels doivent se soumettre certains malades.

Article 13 ter. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) — La prise en charge des frais de transport aller-retour effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française au titre du régime assurance maladie-invalidité, est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires instituée par la décision n° 936 S du 24 septembre 1982, et qui comprend

- le (remplacé, Ar n° 1206 CM du 26/07/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale » ou un médecin le représentant,
- un médecin contrôleur de la caisse de prévoyance sociale,
- le médecin contrôleur des compagnies aériennes,
- une assistante sociale de la caisse de prévoyance sociale, à titre consultatif.

(remplacé, Dél n° 2000-110 APF du 28/09/2000, article 1er) « La prise en charge des frais de transport aller-retour visés à l'article 13 *bis* et au présent article concerne l'assuré ou l'ayant droit et, sur prescription du service de santé et accord de la Caisse de prévoyance sociale, le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par la Caisse de prévoyance sociale. »

(ajouté, Dél n° 92-25 AT du 27/02/1992, article 1er) « Par dérogation aux dispositions de l'article 13 *in fine*, la prise en charge du rapatriement des dépouilles mortelles des évacués sanitaires hors du territoire se fera sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens. »

#### SECTION I – PRESTATIONS ASSURANCE MALADIE – CONDITIONS PARTICULIERES

(remplacée, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er)

- Art. 14. (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 8) Outre les conditions d'application prévues aux articles 3, 3.1, l'assuré et ses ayants droit peuvent prétendre aux prestations en nature dès le premier jour de l'hospitalisation ou de soins (y compris les examens complémentaires) dans les conditions prévues aux articles 5 et 13, 15 et 16 du présent texte.
- Art. 14-1. (remplacé, Dél n° 95-39 AT du 9/02/1995, article 1er) En cas d'hospitalisation et quelle que soit la durée de celle-ci, la prise en charge des prestations en nature prévues à la présente délibération s'effectue à 100 % du tarif de responsabilité de la Caisse de prévoyance sociale.
- Art. 15. (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 9) Le remboursement des prestations en nature s'effectue à (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30/12/2010, art. 2) « 70 % » du tarif de responsabilité de la caisse de prévoyance sociale sauf :
  - 1) pour les cas figurant à l'article 14.1;
  - 2) pour les cas cités ci-après, le remboursement s'effectue à 100 % :
- titulaires d'une rente accidents du travail correspondant à un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66 %;
  - titulaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse substituée à une pension d'invalidité ;
  - titulaires de l'aide aux vieux travailleurs salariés ;
  - titulaires d'une pension de retraite anticipée pour inaptitude de médicale ;
  - enfants de la naissance à la fin de la scolarité obligatoire :
  - \* enfants prématurés élevés en couveuse ;
- \* (remplacé, Dél n° 96-36 AT du 29/02/1996, art. 4) « nouveau-nés hospitalisés pendant les trente premiers jours suivant la date d'accouchement ; »
  - les travailleurs salariés avant un arrêt de travail supérieur aux 30 jours après avis du médecin conseil ;
- 3) pour tout examen ou autre intervention et acte prescrit par le service médical de la caisse de prévoyance sociale dans le cadre strict de sa mission.
- Art. 16. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) Les prestations en nature de l'assurance maladie sont attribuées suivant la réglementation en vigueur.

La couverture sociale du risque ne peut assurer plus de dix-huit mois de prestations en espèces par personne pour une période de trois années consécutives.

En cas d'affectation de longue durée entraînant une cessation de travail de plus de dix huit mois, en plus des prestations légales, une aide pourra être accordée sur le fonds d'action sanitaire et sociale.

#### SECTION II – PRESTATIONS ASSURANCE MATERNITE

Art. 17. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) — Les articles 3, 4, 5. 6, 7, 8 et 13 (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 10) « de l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 modifié » ainsi que les articles 41 et 46 inclus de l'arrêté n° 1385 IT du 10 octobre 1956 sont validés par le présent régime en ce qui concerne les prestations en espèces dues à la femme salariée en état de grossesse. (complété, LP n° 2006-4 du 25/01/2006, art. 3) « Toutefois, la prise en charge par la branche assurance maladie des indemnités journalières versées à la femme salariée en état de grossesse est limitée à 60 % de la moyenne de la rémunération des trois derniers mois effectivement travaillés, telle que définie à l'article 19 de l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance-maladie. »

En ce qui concerne les prestations en nature, les actes éventuels en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches sont remboursables à 100 % à toutes les femmes salariées ou ayant droit, depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin du congé post-natal ou une période équivalente pour les femmes non salariées.

En cas de licenciement, individuel ou collectif, dû à une cause économique et sous réserve que le salarié licencié soit inscrit comme demandeur d'emploi à (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 10) « l'agence territoriale de l'emploi et de la formation professionnelle », la femme salariée ou l'ayant droit du salarié, enceinte de trois mois, au moins, continuera à bénéficier, au titre des prestations en nature, nonobstant l'article 3-3 de la présente délibération des avantages accordés par celle-ci.

# SECTION III – PRESTATIONS ASSURANCE LONGUE MALADIE – CONDITIONS PARTICULIERES

Art. 18. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) — 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.

Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections suivantes :

- 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;
- infractus du myocarde ;
- hypertension maligne;
- néphrites et syndromes néphrotiques subaigus ou chroniques graves ;
- spondvlite ankvlosante :
- polyarthrite chronique évolutive ;
- troubles neuro-musculaires (myopatie, amyotrophie congénitale);
- fibrose kystique: (mucoviscidose);
- malformations cardiaques à caractère congénital;

- épilepsie ;
- maladie de Bouillaud (R.A.A.) et ses complications ;
- insuffisance respiratoire chronique grave ;
- artériopaties chroniques ;
- psoriasis.

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.

Les bénéficiaires du régime de prévoyance sociale sont transférés au présent régime jusqu'à la fin de l'affection prise en charge.

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.

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.

(remplacé, Dél n° 76-142 du 07/10/1976, article 1er) « Des prolongations exceptionnelles pourront être accordées sur avis du médecin-conseil de la caisse de prévoyance sociale. »

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.

Les maladies mentales devront être traitées par le centre d'hygiène mentale.

La maladie de Hansen devra être traitée par le service spécialisé.

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.

Lorsque les sommes dues ne pourraient être versées directement à l'intéressé en raison de son état, cellesci seront versées au conjoint ou toute autre personne désignée, soit par procuration, soit par le juge des tutelles. Art. LP. 20. (modifié, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 5) — 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.

#### SECTION IV – PRESTATIONS ASSURANCES CHIRURGIE – CONDITIONS PARTICULIERES

- Art. 21. (remplacé, Dél n° 84-61 du 10/05/1984, article 1er) Les interventions chirurgicales sont remboursées à un taux de :
- (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30/12/2010, art. 2) « 70 % » pour un acte inférieur à K 40;
- 100 % pour un acte supérieur ou égal à K 40.

#### SECTION V – PRISE EN CHARGE – ENTENTE PREALABLE- NOTIFICATION

Art. 22. (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 11) — Tiers payant : Dans tous les services médicaux hospitaliers relevant de la direction de la santé publique et centre hospitalier territorial, comme dans tous les établissements de soins privés qui ont passé une convention avec la caisse prévoyance sociale, les remboursements dus par la caisse de prévoyance sociale pour ses bénéficiaires s'effectuent sous la forme du tiers payant.

Il en sera de même pour tous les actes de spécialités onéreux dont la nomenclature fera l'objet d'un arrêté en conseil des ministres pris sur proposition du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale et sous réserve de convention passée entre la caisse de prévoyance et les prestataires de soins privés.

Art. 23. (remplacé, Dél n° 75-38 du 13/02/1975, article 1er) — Les actes précisés à l'article 7 des dispositions générales de la nomenclature UNCSS, sauf l'alinéa c en particulier et, en général, toute prescription contraire aux textes légaux ou réglementaires en Polynésie française, sont soumis à entente préalable.

Dès réception de la demande de prise en charge, l'assuré ou le bénéficiaire est examiné, le cas échéant, par le médecin-conseil de l'organisme de gestion, en vue de réaliser cette entente préalable.

En cas de désaccord entre les deux praticiens, il est procédé à un nouvel examen par un expert désigné par le (remplacé, Ar n° 1206 CM du 26/07/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale ».

Art. 24. (abrogé, Dél n° 78-12 du 26/01/1978, art. 2)

#### CHAPITRE II: ASSURANCE INVIDALITE

Art. 25. (remplacé, Dél n° 78-12 du 26/01/1978, article 1er) — L'assurance invalidité est instituée au profit de tous les assurés visés à l'article I er de la présente délibération atteints d'une incapacité de travail au moins égale à 70 %.

- Art. 26.— L'assuré doit déposer une demande de pension d'invalidité qui, pour être recevable, doit être présentée dans le délai de douze mois,
- soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues par les assurances longue maladie, chirurgie ou maladie du présent régime ;
- soit après stabilisation de son état dans les cas de maladie n'ayant pas donné lieu à prestations ;
- soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

L'état d'invalidité est apprécié par le médecin-conseil de l'organisme de gestion en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physique et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle. Cet état d'invalidité est soumis à contrôle et éventuellement à révision. L'assuré seul peut être admis au bénéfice de l'assurance d'invalidité.

Art. 27.— La pension est toujours concédée à titre temporaire. Elle a effet à compter de la réception de la demande.

Les pensions d'invalidité sont payables mensuellement à terme échu.

- Art. 28.— En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés en deux groupes :
  - 1°) Invalides incapables d'exercer une activité professionnelle ;
- 2°) Invalides incapables d'exercer une activité professionnelle et qui sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
- Art. 29.— (remplacé, Dél n° 99-64 APF du 22/04/1999, art. 3) « Pour les invalides du premier groupe, la pension mensuelle de base est égale à 50 % du salaire effectivement perçu, dans la limite du plafond soumis à cotisations pour l'assurance maladie, pendant les 12 mois ayant précédé l'interruption du travail suivie d'invalidité, sans pour autant être inférieure au minimum vieillesse. »

Pour les invalides du deuxième groupe, la pension annuelle, calculée comme indiquée ci-dessus, est majorée du salaire minimum annuel garanti. Cette majoration n'est pas versée pendant les mois complets d'hospitalisation.

Sont exclus du bénéfice de l'assurance invalidité, les états pathologiques couverts par les accidents du travail et maladies professionnelles. Mais si l'état du créditentier se trouve aggravé jusqu'à l'incapacité totale, du fait d'éléments nouveaux non imputables au traumatisme ou à l'affection indemnisée, il peut prétendre à une pension d'invalidité cumulable avec toute autre rente, dans la limite du salaire perçu par un travailleur valide de la même catégorie professionnelle.

Art. 30. (remplacé, Dél n° 75-38 du 13/02/1975, article 1er) — La pension d'invalidité prend fin à l'âge de cinquante ans. Elle est remplacée à partir du trimestre suivant cet âge par la pension vieillesse allouée en cas d'inaptitude au travail.

La pension vieillesse ne peut être inférieure à la pension d'invalidité dont bénéficiait l'invalide.

Les assujettis qui ne pourraient après application de l'article 18 prétendre à retraite, pourront bénéficier d'une aide égale à celle résultant du régime de l'aide aux vieux travailleurs ou d'un régime de remplacement.

#### Art. 31.— Revalorisation de pensions

Le conseil d'administration de l'organisme de gestion fixe chaque année, d'après le rapport de l'indice annuel moyen de cherté de vie de l'année écoulée et de l'année considérée, les coefficients de revalorisation applicables aux pensions déjà liquidées.

# CHAPITRE III : DISPOSITIONS COMMUNES SECTION I – LIBRE CHOIX DES MEDECINS ET SOINS

Art. 32.— Le malade choisit librement son praticien sous réserve que celui-ci n'ait pas fait l'objet d'un retrait d'agrément.

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien sauf lorsque le malade ne peut se déplacer.

(remplacé, Dél n° 95-170 AT du 26/10/1995, art. 7) « Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire, les prestations en nature des assurances maladie, longue maladie et maternité sont servies conformément aux dispositions des articles 5 à 5-6. »

#### SECTION II – OBLIGATIONS DES BENEFICIAIRES

- Art. 33.— L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré ou le bénéficiaire du régime :
- 1°) de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;
- 2°) de se soumettre aux visites médicales et contrôles administratifs effectués par l'organisme de gestion ;
- 3°) de s'abstenir de toute activité ou de toute sortie non autorisée par le médecin traitant. Les malades ne peuvent quitter leur domicile que si le médecin le prescrit dans un but thérapeutique ou en cas de nécessité.

En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

(ajouté, Dél n° 78-12 du 26/01/1978, article 1er) « Les diverses prestations seront maintenues en tout ou en partie, en cas de reprise d'un travail léger autorisé par le médecin-traitant, si cette reprise est de nature à favoriser la guérison du travailleur. En aucun cas, le montant total des prestations maintenues et du salaire perçu ne pourra dépasser le salaire servant au décompte des prestations en espèces. »

Art. 34.— (remplacé, Dél n° 76-142 du 07/10/1976, article 1er ; remplacé, Dél n° 83-47 du 28/03/1983, article 1er) « Ne donnent lieu à aucune prestation en espèces les maladies, les blessures ou l'invalidité résultant de la faute inexcusable ou intentionnelle de l'assuré ».

En cas de faute intentionnelle de l'assuré ou du bénéficiaire tout service de prestations est supprimé.

#### SECTION III – OBLIGATIONS DES MEDECINS ET DES CHIRURGIENS-DENTISTES

Art. 35. (remplacé, Dél n° 88-175 AT du 08/12/1988, article 1er) — Les médecins et les chirurgiensdentistes sont tenus, dans toutes leurs prescriptions; d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Ils doivent également respecter les formalités administratives, et notamment les délais de prise en charge, afin d'assurer le bon fonctionnement du régime et donner toutes facilités à l'exercice des contrôles.

En cas d'inobservation de ces dispositions ou d'abus constatés au cours des contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourront être prononcés à leur encontre.

#### SECTION IV - CONTRÔLE

Art. 36. (remplacé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 2) — Contrôle administratif

La Caisse confie à ses agents ou à ceux du service des affaires sociales le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et l'observation des traitements ordonnés par le praticien.

Art. 36 bis. (créé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 3) — Contrôle médical

La Caisse doit également organiser un contrôle médical qui, assuré par un médecin qu'elle rétribue, porte notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus éventuels en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires, sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation fonctionnelle.

Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.

Il est interdit à tous les médecins de la C.P.S. de pratiquer en clientèle privée.

#### SECTION V – AGRÉMENT

(insérée, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 4)

Art. 37. (remplacé, Dél n° 91-43 AT du 14/02/1991, article 1er) — Les docteurs en médecine et les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et les docteurs en chirurgie dentaire, inscrits au Conseil de l'ordre ou servant au titre de la santé publique, sont agréés *ipso facto* par le directeur de l'organisme de gestion, à condition toutefois que le praticien ne fasse pas l'objet d'une sanction temporaire en cours, ou définitive, d'interdiction de donner ses soins aux assurés sociaux, prononcée par une juridiction ordinale.

Les demandes d'agrément formulées par les auxiliaires médicaux et les directeurs de clinique font l'objet d'un examen particulier et sont prononcées par le conseil d'administration, sur avis motivé du médecin-conseil.

# SECTION VI – AVERTISSEMENT – BLÂME – RETRAIT D'AGRÉMENT (insérée, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 6)

- Art. 38. (remplacé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 7) Les fautes, abus et fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins et chirurgiens-dentistes à l'occasion des soins dispensés aux assurés et aux bénéficiaires de la C.P.S., pourront être soumis pour avis de la commission mixte paritaire.
- Art. 38-1. (remplacé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 7) La commission mixte paritaire se réunit sur saisine de la Caisse de prévoyance sociale et doit rendre son avis, au plus tard, dans un délai de trois mois de sa saisine.

Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale adresse à chacun des membres une convocation par écrit, huit jours au moins à l'avance.

La commission mixte paritaire est composée de deux sections : une section médicale et une section dentaire.

Chacune des sections comprend huit membres :

- pour la section médicale : 4 médecins de la C.P.S. désignés par le directeur de cet organisme, un représentant du conseil de l'ordre des médecins, le (remplacé, Ar n° 1206 CM du 26/07/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale » ou son représentant et 2 médecins désignés par le syndicat des médecins.

- pour la section dentaire : 4 médecins ou dentistes de la C.P.S. désignés par le directeur de cet organisme, 2 dentistes désignés par le syndicat des chirurgiens-dentistes, un dentiste représentant le conseil de l'ordre des dentistes et le (remplacé, Ar n° 1206 CM du 26/07/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale ».

Chacune des sections est présidée par l'un des médecins ou dentistes de la C.P.S.

La commission peut faire appel à des experts.

Elle peut valablement délibérer lorsque la moitié des membres qui la composent est réunie.

Toutes les décisions sont prises à la majorité simple. Le président a voix prépondérante en cas de partage.

Les moyens de fonctionnement de la commission mixte paritaire sont mis en place par la C.P.S.

Art. 38-2. (créé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 7) — La commission mixte paritaire peut proposer à la C.P.S. les sanctions suivantes :

- l'avertissement.
- le retrait d'agrément et, dans ce dernier cas, la commission donne son avis sur la durée de la sanction.

Aucune hiérarchisation des sanctions n'est imposée aux membres de la commission qui décident de la mesure à proposer, selon la gravité des faits reprochés.

Art. 38-3. (créé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 7) — L'avertissement ou la demande de retrait d'agrément ne pourront être prononcés qu'après que le médecin ou le dentiste à qui des fautes ou des abus ont été reprochés, aient été mis en mesure de présenter leur défense oralement ou par écrit.

Ils peuvent se faire assister ou se faire représenter par toutes personnes de leur choix.

Ils sont convoqués par lettre recommandée avec accusé de réception. S'ils ne se présentent pas à la convocation et s'ils ne justifient pas d'un empêchement excusable, la commission peut statuer sur dossier.

Art. 38-4. (créé, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 7) — Le directeur de la Caisse de prévoyance sociale peut, après avis de la commission mixte paritaire, prononcer l'avertissement ou le retrait d'agrément.

La sanction prononcée sera notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le retrait d'agrément peut être temporaire ou définitif. Il devra faire l'objet d'une publication.

Le retrait d'agrément temporaire ne peut être prononcé que pour une durée maximale d'un an.

Le retrait d'agrément définitif ne peut être prononcé que si le médecin ou le dentiste incriminé ont déjà fait l'objet d'une sanction.

Le retrait d'agrément aura pour effet d'interdire le remboursement des actes médicaux réalisés ainsi que la prise en charge des prescriptions ordonnées par le praticien sanctionné.

#### SECTION VII – EXPERTISE

(insérée, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 8)

Art. 39 (modifié, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 8).— Expertise médicale.

Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état de l'assuré ou du bénéficiaire entre le médecin conseil de la caisse et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert agréé choisi sur une liste dressée par le chef du territoire en conseil de gouvernement.

L'expert ne peut être ni un médecin de la caisse, ni le médecin traitant, ni le médecin attaché à l'entreprise.

Faute d'accord du médecin traitant et du médecin conseil sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par l'inspecteur du travail et des lois sociales, après avis du (remplacé, Ar n° 1206 CM du 26/07/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale ».

L'expert convoque sans délai le malade ou se rend à son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à la caisse et au médecin traitant dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier, faute de quoi il est pourvu à son remplacement, sauf le cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai.

L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours.

#### SECTION VIII — FRAIS FUNERAIRES

(modifiée, Dél n° 88-175 AT du 8/12/1988, art. 9)

Art. 39 bis. (remplacé, Dél n° 99-64 APF du 22/04/1999, art. 4) — En cas de décès d'un bénéficiaire de l'assurance maladie, la Caisse supporte les frais funéraires dans la limite d'un montant fixé par le conseil d'administration. Une délibération du conseil d'administration définit également la liste des frais funéraires.

La Caisse supporte en outre, les frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, du lieu du décès au lieu de résidence sur la base des tarifs homologués par la Caisse de prévoyance sociale. Dans les cas d'évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

En cas de décès d'un ouvrant-droit à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, la Caisse supporte les frais de rapatriement des restes mortels, par le moyen le plus économique.

Art. 39 ter. (remplacé, Dél n° 99-64 APF du 22/04/1999, art. 4) — Dans le cas des bénéficiaires de l'assurance maladie qui, à la suite d'une évacuation sanitaire viendraient à décéder hors du territoire, la Caisse prend en charge par tiers payant tous les frais liés au rapatriement du corps sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens, sans préjudice des frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, jusqu'au lieu de résidence de la personne décédée.

#### TITRE III. – DISPOSITIONS ADMINISTRATIVES ET FINANCIERES

Art. 40.— La gestion administrative et financière du présent régime d'assurance maladie invalidité est assurée par la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.

Les statuts de ladite caisse et son règlement intérieur seront complétés et modifiés de manière à tenir compte des nouvelles attributions qui lui sont confiées.

Les règles de fonctionnement du régime d'assurance maladie invalidité, objet de la présente délibération, ses dispositions financières et comptables, les conditions de contrôle et de contentieux, de participation au fonds d'action sanitaire et sociale, de recouvrement des cotisations, de tutelle administrative de contrôle financier, sont celles applicables aux autres gestions de la caisse de prévoyance sociale, de même que les dispositions concernant le personnel et notamment l'obligation de discrétion professionnelle. Ce régime de prévoyance est géré en compte distinct.

Les résultats excédentaires seront affectés, chaque année, par délibération du conseil d'administration de l'organisme de gestion, au profit du fonds de réserve de la gestion. Ce fonds de réserve sera éventuellement utilisé selon la même procédure à financer les résultats déficitaires.

Art. 41.— (remplacé, Dél n° 87-8 AT du 29/01/1987, art. 12 ; remplacé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 6) « Le financement du présent régime est assuré par des cotisations à la charge des employeurs, des salariés et des titulaires d'une pension de retraite ou de réversion.

Les cotisations assises sur les rémunérations et gains des travailleurs salariés et assimilés sont réparties entre les employeurs et les salariés.

Cette répartition s'opère à raison de deux tiers (2/3) à la charge des employeurs et d'un tiers (1/3) à la charge des salariés.

L'assiette des cotisations des titulaires d'une pension de retraite ou de réversion servie par la Caisse de prévoyance sociale au titre des régimes de retraite des travailleurs salariés est constituée par le montant de leur pension et bonifications dans la limite du plafond mensuel de rémunérations salariées.

Sont exonérés de cotisations, les titulaires de pension de retraite ou de réversion dont le montant de la pension et ses bonifications est inférieur ou égal au montant du revenu minimum garanti aux personnes âgées.

Les cotisations sur les pensions de retraite et de réversion sont précomptées lors de chaque versement par la Caisse de prévoyance sociale. »

Un arrêté en conseil des ministres, pris après avis du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale détermine pour le 1er janvier de chaque année, les plafonds mensuels de rémunérations salariées et des revenus et les différents taux à retenir pour le calcul de l'ensemble des cotisations.

### TITRE IV. – RECOURS – PRESCRIPTION – PÉNALITÉS SECTION I – RECOURS DE LA CAISSE

Art. 42.— Lorsque sans entrer dans les cas régis par les dispositions législatives applicables aux accidents du travail, l'accident ou la blessure dont l'assuré est victime est imputable à un tiers, l'organisme de gestion est subrogé de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer en tout état de la procédure, la qualité d'assuré social de la victime de l'accident.

La victime ou ses ayants droit doivent appeler la caisse en déclaration de jugement commun ou réciproquement.

A défaut de l'indication de la qualité de l'assuré ou de l'appel en déclaration de jugement commun, la nullité du jugement sur le fonds pourra être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme de gestion.

L'assuré ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de la caisse.

Le règlement amiable pouvant intervenir entre le tiers et l'assuré ne peut être opposé à l'organisme de gestion qu'autant que celui-ci a été invité à y participer par lettre recommandée, et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Lorsque le tiers responsable ou sa compagnie d'assurances a versé l'indemnité à sa charge et lorsque les droits ont été ouverts, l'assuré est considéré comme ayant bénéficié des prestations, même si l'organisme de gestion ne les a pas versées effectivement.

Art. 42-1. (ajouté, Dél n° 79-6 du 19/01/1979, article 1er) — Le bénéfice de l'assistance judiciaire est accordé de plein droit à la victime ou à ses ayants droit, tant en première instance qu'en appel.

Le bénéfice de l'assistance judiciaire s'étend de plein droit à tous les actes d'exécution mobilière ou immobilière et à toute contestation relative à l'exécution des décisions judiciaires.

#### **SECTION II – PRESCRIPTION**

Art. 43. (remplacé, Dél n° 94-63 AT du 9/06/1994, art. 6) — L'action de l'assuré pour le paiement des prestations prévues au présent régime se prescrit par année à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.

Toutefois, des dérogations pourront être rapportées à ce délai sur décision de l'organisme de gestion.

#### SECTION III – PÉNALITÉS

- Art. 44.— Sera puni d'une amende de 361 à 1000 francs métropolitains et de 11 jours à 1 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir les prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.
- Art. 45.— Sera puni d'une amende de 361 à 1000 francs métropolitains et de 11 jours à 1 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.

En cas de récidive dans le délai d'une année, l'emprisonnement sera toujours prononcé.

- Art. 46.— Sera puni d'une amende de 1001 à 2000 francs métropolitains et de 1 mois et 1 jour à 2 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, quiconque soit par menace ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté d'attirer ou de retenir les assurés, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.
- Art. 47.— Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction.
- Art. 48.— En cas de fausses déclarations intentionnelles ou s'ils sont coupables de collusion avec les assurés, les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et auxiliaires médicaux sont passibles d'une amende de 2000 à 3000 francs métropolitains et de 2 mois et 1 jour à 3 mois d'emprisonnement, ou de l'une de ces deux peines seulement, sans préjudice de plus fortes peines s'il y échet.

#### TITRE V – DISPOSITIONS FINALES

#### Art. 49.— Prestations familiales et retraites

Pendant les périodes d'arrêt de travail médicalement justifiées, l'assuré bénéficiaire du présent régime conservera ses droits aux prestations familiales. Il pourra bénéficier de l'attribution de points de retraite gratuits sur la base du dernier salaire déclaré.

- Art. 50.— Les dispositions de la présente délibération, qui annulent toutes dispositions antérieures contraires ou moins favorables, sont applicables pour compter du 1er mai 1974.
  - Art. 51.— La présente délibération est prise pour servir et valoir ce que de droit.

*Un Secrétaire,*Mme Tuianu LE GAYIC.

*Le Président,*Gaston FLOSSE.

#### (1) Délibération n° 75-38 du 13 février 1975 :

Art. 2.— Les dispositions de la présente délibération sont applicables pour compter du 1er février 1975.

#### (2) Délibération n° 76-105 du 11 août 1976 :

Art. 2.— Les dispositions de la présente délibération sont applicables pour compter du premier jour du mois suivant sa publication au *Journal officiel* de la Polynésie française.

#### (3) Délibération n° 76-139 du 7 octobre 1976 :

Article 1er.— Le taux de la cotisation patronale pour le financement du régime d'assurance maladie invalidité est ramené à 2,50 % du salaire indiqué dans la limite du plafond retenu en matière de régime de prévoyance sociale.

Art. 2.— Les dispositions de la présente délibération qui annulent toutes dispositions antérieures moins favorables, sont applicables pour compter du 1er janvier 1977.

#### (4) Délibération n° 76-142 du 07 octobre 1976 :

Art. 2.— Les dispositions de la présente délibération sont applicables pour compter du premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de la Polynésie française, de l'arrêté la rendant exécutoire.

#### (5) Délibération n° 77-2 du 20 janvier 1977 :

Art. 2.— Les dispositions de la présente délibération sont applicables pour compter du premier jour du mois suivant sa publication au *Journal officiel* de la Polynésie française.

#### (6) Délibération n° 78-12 du 26 janvier 1978 :

Art. 3.— Les dispositions de la présente délibération sont applicables pour compter du premier jour du mois suivant la publication au *Journal officiel* de la Polynésie française de l'arrêté la rendant exécutoire.

#### (7) Délibération n° 80-5 du 10 janvier 1980 :

Art. 2.— L'inspecteur du travail et des lois sociales de la Polynésie française est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française et prendra effet le premier jour du mois suivant sa parution.

#### (8) Délibération n° 87-8 AT du 29 janvier 1987 :

- Art. 13.— Les prestations prévues par la présente délibération seront servies à compter du 1er janvier 1987.
- Art. 14.— Les dispositions de la présente délibération ne s'appliquent pas au R.P.S.M.R. (Régime de protection sociale en milieu rural).
- Art. 15.— Un arrêté en conseil des ministres pris après avis du conseil d'administration de la caisse de prévoyance sociale déterminera les professions et activités pour lesquelles la protection sociale prévue au présent régime est assurée aux salariés concernés dont l'horaire de travail est inférieur à 80 heures par mois. Cet arrêté précisera en tant que de besoin les modalités d'application du présent régime à cette catégorie d'assurés.

#### (9) Délibération n° 87-103 AT du 22 octobre 1987 :

Art. 2.— Les dispositions de la délibération seront applicables à compter du 1er juin 1987.

#### (10) Délibération n° 92-25 AT du 27 février 1992 :

Art. 2.— La présente délibération prend effet à compter du 1er janvier 1992.

#### (11) Délibération n° 92-57 AT du 31 mars 1992 :

Art. 2.— La présente délibération prend effet à compter du 16 janvier 1992 ;

#### (12) Délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996 :

Article 1er.— La référence au salaire minimum interprofessionnel garanti (S.M.I.G.), définie dans tous les actes fixant le montant des primes, indemnités, allocations diverses et autres rémunérations ainsi que celui des prestations sociales ou des revenus permettant de bénéficier de l'admission à des régimes sociaux, est remplacée par la référence à la somme de 87.346 F CFP.

Art. 2.— Le montant de référence défini à l'article 1er ci-dessus peut être révisé, par arrêté pris en conseil des ministres, en tenant compte notamment des variations de l'indice des prix de détail à la consommation familiale.

#### (13) Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 :

Art. 9.— *Dispositions finales* 

Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération :

[...]

 la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 modifiée instituant un régime d'assurance maladie-invalidité au profit des travailleurs salariés de la Polynésie française;
 [...]

#### (14) Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 :

Art. 7.— *Dispositions finales* 

Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération :

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

#### (15) Loi du pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 :

Art. LP. 18.— Les dispositions des articles LP. 3, LP. 4, LP. 8, LP. 9, LP. 12 et LP. 13 entreront en vigueur à compter du 1er juillet 2011.

#### (16) Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 :

Art. 16.— Entrée en vigueur

Les dispositions du présent arrêté prennent effet à compter du 1er septembre 2017.

DÉLIBÉRATION N° 94-170 AT DU 29 DÉCEMBRE 1994 INSTITUANT LE RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DES PERSONNES NON SALARIÉES ET SON ARRETÉ D'EXÉCUTION

## DELIBERATION n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non-salariées.

NOR: TLS9401727DL (JOPF du 12 janvier 1995, n° 2, p. 59)

#### Modifiée par :

- Délibération n° 96-109 APF du 12 septembre 1996 ; JOPF du 26 septembre 1996, n° 39, p. 1672
- Délibération n° 96-129 APF du 24 octobre 1996 ; JOPF du 7 novembre 1996, n° 45, p. 1943
- Délibération n° 97-51 APF du 20 mars 1997 ; JOPF du 10 avril 1997, n° 15, p. 686
- Délibération n° 97-219 APF du 27 novembre 1997 ; JOPF du 11 décembre 1997, n° 50, p. 2548
- Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 ; JOPF du 29 octobre 1998, n° 44, p. 2256 (1)
- Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 ; JOPF du 29 octobre 1998, n° 44, p. 2258 (2)
- Délibération n° 99-156 APF du 9 septembre 1999 ; JOPF du 16 septembre 1999, n° 37, p. 2039
- Délibération n° 99-157 APF du 9 septembre 1999 ; JOPF du 16 septembre 1999, n° 37, p. 2040
- Délibération n° 99-158 APF du 9 septembre 1999 ; JOPF du 16 septembre 1999, n° 37, p. 2040
- Délibération n° 99-159 APF du 9 septembre 1999 ; JOPF du 16 septembre 1999, n° 37, p. 2041
- Délibération n° 99-215 APF du 2 décembre 1999 ; JOPF du 16 décembre 1999, n° 50, p. 2809
- Délibération n° 99-216 APF du 2 décembre 1999 ; JOPF du 16 décembre 1999, n° 50, p. 2810
- Délibération n° 2000-109 APF du 28 septembre 2000 ; JOPF du 12 octobre 2000, n° 41, p. 2424
- Délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002 ; JOPF du 11 avril 2002, n° 15, p. 850
- Délibération n° 2002-70 APF du 13 juin 2002 ; JOPF du 20 juin 2002, n° 25, p. 1458 (3)
- Délibération n° 2002-106 APF du 1er août 2002 ; JOPF du 8 août 2002, n° 32, p. 1924 (4)
- Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 ; JOPF du 4 septembre 2003, n° 36, p. 2262
- Délibération n° 2003-164 APF du 9 octobre 2003 ; JOPF du 23 octobre 2003, n° 43, p. 2875
- Délibération n° 2003-202 APF du 18 décembre 2003 ; JOPF du 1er janvier 2004, n° 1, p. 19
- Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010 ; JOPF du 31 décembre 2010, n° 50 NS, p. 929 (5)
- Loi du pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 ; JOPF du 11 juillet 2011, n° 39 NS, p. 1444 (6)
- Loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 ; JOPF du 14 janvier 2013, n° 1 NS, p. 3
- Arrêté n° 2106 CM du 23 décembre 2015 ; JOPF du 29 décembre 2015, n° 104 NC, p. 14292 (7)
- Loi du pays n° 2016-16 du 11 mai 2016 ; JOPF du 11 mai 2016, n° 25 NS, p. 1965

#### **SOMMAIRE**

TITRE I - CHAMP D'APPLICATION	3
CHAPITRE I - ASSUJETTISSEMENT	3
CHAPITRE II - DROITS AUX PRESTATIONS	
TITRE II - PRESTATIONS	5
CHAPITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES	5
CHAPITRE II – DES PRESTATIONS EN NATURE	5
CHAPITRE III – DES PRESTATIONS EN ESPECES	9
CHAPITRE « IV »- CONDITIONS PARTICULIERES	9
CHAPITRE « V » - PRISE EN CHARGE – ENTENTE PREALABLE – NOTIFICATION	10
TITRE III - DISPOSITIONS GENERALES	11

L'assemblée territoriale de la Polynésie française,

Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut du territoire de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-19 AT du 10 mars 1994 portant institution du conseil d'administration du régime des non-salariés ;

Vu l'arrêté n° 19-94 AT du 22 décembre 1994 portant ouverture de la session extraordinaire de l'assemblée territoriale ;

Vu l'arrêté n° 1328 CM du 22 décembre 1994 soumettant trois projets de délibération à l'assemblée territoriale de la Polynésie française ;

Vu la lettre n° 728 AT du 22 décembre 1994 du président de l'assemblée territoriale ;

Vu le rapport n° 197-94 du 27 décembre 1994 de la commission des affaires sociales ;

Dans sa séance du 29 décembre 1994,

#### Adopte:

#### TITRE I - CHAMP D'APPLICATION

#### **CHAPITRE I - ASSUJETTISSEMENT**

Article 1er. (remplacé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 1<sup>er</sup>) — Il est institué au profit des personnes non-salariées un régime de prévoyance qui, dans les conditions définies par la présente délibération, comprend :

- l'assurance maladie (prestations en nature et prestations en espèces) ;
- l'assurance longue maladie ;
- l'assurance maternité.
- Art. 2. (remplacé, Lp n° 2016-16 du 11/05/2016, art. 3) Sont assurées obligatoirement les personnes non salariées dont le revenu moyen brut mensuel individuel ou du couple, déclaré sur une base annuelle, est supérieur aux plafonds des revenus considérés pour l'admission au régime de solidarité (ci-après dénommé RST), lorsqu'elles résident en Polynésie française d'une façon continue depuis au moins six mois et ne sont pas susceptibles de relever d'un autre régime de protection sociale obligatoire.
- Art. 2-1. (inséré, Del n° 2002-70 APF du 13/06/2002, art. 6) L'affiliation au régime des non-salariés peut être demandée par la personne non salariée qui ne remplit pas la condition de résidence visée à l'article précédent.

Dans ce cas, l'affiliation prend effet au jour de la réception de la demande d'affiliation par l'organisme de gestion.

- Art. 3. (remplacé, Lp n° 2016-16 du 11/05/2016, art. 4) « Sont ayants droit de l'assuré pour les avantages en nature, sans être astreints à cotisation, sous réserve qu'ils ne soient pas couverts à titre personnel par un régime obligatoire d'assurance maladie-maternité :
- a) le conjoint, la personne liée par un pacte civil de solidarité, ou vivant depuis au moins un an en situation de concubinage non adultérin avec l'assuré.

Toutefois, la condition de durée de concubinage prévue à l'alinéa précédent n'est pas requise lorsque les concubins justifient de la filiation commune d'un enfant né ou à naître.

En cas de changement de situation affectant la vie de couple des bénéficiaires, ces derniers en informent l'organisme de gestion dans les conditions fixées par voie réglementaire. »

b) Les enfants à charge de l'assuré ne relevant pas d'un autre régime. Sont considérés comme enfants à charge les enfants jusqu'à la majorité civile ou jusqu'à 21 ans s'ils poursuivent des études, lorsque leur logement, la nourriture, l'habillement et l'éducation sont assurés par les ressortissants du régime.

#### **CHAPITRE II - DROITS AUX PRESTATIONS**

Art. 4.— (remplacé, Del n° 2002-70 APF du 13/06/2002, art. 5) « Le droit aux prestations est ouvert à la date d'effet de l'affiliation. Toutefois, pour l'assuré visé à l'article 2-1, il n'est ouvert qu'à l'expiration d'un délai de trois mois, sauf dérogation de l'organisme de gestion. »

(remplacé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 2) « Les conditions d'ouverture du droit aux prestations sont appréciées :

- à la date des soins (prestations en nature) ;
- à la date de l'arrêt de travail (prestations en espèces). »

(alinéa abrogé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 2)

Lorsque le tribunal arrête un plan de continuation en application de l'article 69 de la loi n° 85-98 du 25 janvier 1985 relative au redressement et à la liquidation judiciaire des entreprises, ou lorsque l'organisme de gestion du régime accorde à l'assuré un étalement du paiement des cotisations, ce dernier est rétabli dans ses droits aux prestations à compter du prononcé du jugement ou de la décision de l'organisme de gestion, dès lors qu'il s'acquitte régulièrement des cotisations dues selon l'échéancier prévu ainsi que des cotisations en cours.

L'assuré dont l'entreprise a fait l'objet d'un plan de cession ou d'une liquidation judiciaire, peut relever du régime des non-salariés sans qu'il lui soit opposé le non-paiement des cotisations antérieures au jugement de redressement judiciaire. »

- Art. 4-1. (ajouté, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 3) L'action de l'assuré pour le paiement des prestations se prescrit après une année à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.
  - Art. 5. (remplacé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 4) Droit aux prestations en nature

L'assuré doit, pour pouvoir bénéficier du règlement des prestations, être à jour de ses cotisations. Le défaut de versement des cotisations ne suspend le service des prestations qu'à l'expiration d'un délai de 90 jours à compter de la date d'échéance de la dernière cotisation payée. Cependant, en cas de délai plus tardif, il peut faire valoir des droits aux prestations mais le règlement ne peut intervenir que si la totalité des cotisations dues a été acquittée dans le délai de douze mois à compter de la date d'échéance de la dernière cotisation payée.

Art. 5-1. (ajouté, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 5) — Le droit aux prestations est supprimé lorsque l'assuré ne remplit plus les conditions d'assujettissement à l'expiration du délai de 90 jours à compter de la date d'échéance de la dernière cotisation payée. Il est en de même pour ses ayants droit. Toutefois, si pendant cette période, l'intéressé vient à remplir en qualité d'assuré ou d'ayant droit les conditions pour bénéficier d'un autre régime obligatoire d'assurance maladie et maternité, à l'exception du régime de solidarité territorial, le droit aux prestations du présent régime est supprimé.

Ce droit est toutefois maintenu à l'assuré et à ses ayants droit jusqu'à la fin du traitement prescrit, dès l'instant qu'il remplit les conditions d'ouverture de ses droits à la date à laquelle a été effectué l'acte médical initial.

- Art. 5-2. (ajouté, Del n° 2003-202 APF du 18/12/2003, art. 3) Sans préjudice de l'application de l'article 5-1, le droit aux prestations en nature est présumé ouvert pour une période d'un an de date à date suivant immédiatement la période de référence lorsque l'assuré justifie de douze mois continus de cotisations payées au présent régime au cours de ladite période.
- Art. 5-3. (ajouté, Del n° 2003-202 APF du 18/12/2003, art. 3) Durant la période de droits présumés, le constat d'une cessation des conditions d'assujettissement au cours de cette période entraîne une réimputation des charges avancées par le présent régime au nouveau régime d'assurance de l'assuré ou, un remboursement par l'assuré.

En cas de rétablissement des conditions d'assujettissement au présent régime et pour l'ouverture présumée du droit aux prestations en nature, l'assuré devra justifier de sa demande d'affiliation au régime précédent.

Art. 6. (remplacé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 6) — Droit aux prestations en espèces

Pour avoir droit aux indemnités journalières, l'assuré doit être à jour de ses cotisations.

- Art. 6-1. (ajouté, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 7) Par ailleurs, l'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour l'assuré :
- d'apporter la preuve de la perte de revenus professionnels prévue à l'article 21-1 ;
- de s'abstenir de toute activité ou de toute sortie non autorisée par le médecin traitant. Les malades ne peuvent quitter leur domicile que si le médecin le prescrit dans un but thérapeutique ou en cas de nécessité, après avis du médecin-conseil ;
- d'informer l'organisme de gestion dans les quarante-huit heures qui suivent le point de départ de l'arrêt de travail, sauf en cas de maladie survenue hors du territoire, auquel cas le délai est porté à huit jours.
- Art. 6-2. (ajouté, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 7) Ces obligations peuvent faire l'objet de vérifications par les agents de contrôle de l'organisme de gestion.

#### **TITRE II - PRESTATIONS**

#### **CHAPITRE I - DISPOSITIONS COMMUNES**

Art. 7.— (modifié, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 8) « Les assurances maladie, maternité et longue maladie offrent des prestations en nature aux bénéficiaires et des prestations en espèces aux seuls ouvrants droit.

Les dispositions communes à ces diverses assurances sont définies ci-après et complétées par des dispositions particulières à chaque assurance. »

Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel :

- des frais engagés par le bénéficiaire chez un praticien, un auxiliaire médical, un pharmacien, un fournisseur d'appareillage ;
- des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de transport.

Les prestations en nature comprennent également les soins et la surveillance, par des personnes qualifiées et conventionnées, des personnes atteintes d'une incapacité de travail et qui sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, sur décision de la caisse, après avis du médecin-conseil.

La prise en charge des frais de traitement concernant les personnes handicapées, soignées dans les établissements agréés du territoire, se réalise par le paiement d'un forfait journalier comprenant la totalité des frais liés aux actes médicaux et paramédicaux effectués au bénéfice des ressortissants du présent régime, les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement faisant l'objet de convention entre l'organisme de gestion et chaque établissement concerné.

Donnent lieu également à prise en charge les articles figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.).

#### CHAPITRE II – DES PRESTATIONS EN NATURE

(créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 9)

Art. 7-1. (créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 9) — Les prestations en nature sont constituées par le remboursement total ou partiel :

- des frais engagés par le bénéficiaire chez un praticien, un auxiliaire médical, un pharmacien, un fournisseur d'appareillage ;
- des frais de laboratoire, d'hospitalisation, de traitement et de transport.

Les prestations en nature comprennent également les soins et la surveillance, par des personnes qualifiées et conventionnées, des personne atteintes d'une incapacité de travail et qui sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, sur décision de la caisse, après avis du médecin-conseil.

La prise en charge des frais de traitement concernant les personnes handicapées, soignées dans les établissements agréés du territoire, se réalise par le paiement d'un forfait journalier comprenant la totalité des frais liés aux actes médicaux et paramédicaux effectués au bénéfice des ressortissants du présent régime, les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement faisant l'objet de convention entre l'organisme de gestion et chaque établissement concerné.

Donnent lieu également à prise en charge, les articles figurant au tarif interministériel des prestations sanitaires (T.I.P.S.).

```
Art. 8.— (alinéa abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 64) (alinéa abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 64) (alinéa abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 64)
```

Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires seront prises en charge à 100 % du tarif de responsabilité ; dans les autres cas, elles restent entièrement à la charge des assurés

```
Art. 9.— (abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 65)
```

Art. 10.— Les soins dentaires courants, autres que ceux prodigués dans le cadre de la prévention et de l'action entreprise par le service d'hygiène dentaire, donnent lieu à remboursement.

L'orthopédie dento-faciale prévue au chapitre 6 -article 5- de la nomenclature des actes professionnels est prise en charge dans les mêmes conditions lorsque le traitement est commencé chez un enfant avant le douzième anniversaire

Art. 11.— Donnent lieu également à remboursement :

- les circoncisions rituelles sur la base d'un tarif forfaitaire égal à K10;
- (remplacé, Del n° 97-219 APF du 27/11/1997, art. 1<sup>er</sup>) « en tiers payant à 100% du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues »
- (inséré, Del n° 2002-56 APF du 28/03/2002, art. 2) « en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres, les interruptions volontaires de grossesse »
- (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 8) « en tiers payant à 70 % du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec la fécondation in vitro pratiquée dans un centre agréé et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives. »

```
Art. 12. (remplacé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 9) — Sont exclus :
```

- les soins esthétiques ;
- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas d'un stage valide d'au moins un an.
- Art. 13. (remplacé, Del n° 2003-125 APF du 28/08/2003, art. 4) Les actes professionnels exécutés par les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux agréés, sont cotés conformément à une codification arrêtée par le conseil des ministres et remboursés suivant leur valeur fixée par convention entre les praticiens et la Caisse de prévoyance sociale (tarif conventionnel) ou éventuellement par arrêté (tarif d'autorité).
- Art. LP. 14. (créé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 10) Sont pris en charge les frais d'hébergement et de transport terrestre des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extra-hospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

Art. LP. 14.1 (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 11) — La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

- Art. LP. 14.2 (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 11) Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.
- Art. 15.— Lorsque les soins sont dispensés hors du territoire aux bénéficiaires, les prestations en nature des assurances instituées par la présente délibération sont servies.

La caisse pourra, pour l'exercice de son contrôle, demander le concours des organismes de sécurité sociale du pays ou territoire dans lequel les soins auront été dispensés, ou des autorités consulaires françaises.

Art. 16.— En fonction du taux de prise en charge du régime, il sera procédé au remboursement des soins hors du territoire dans la limite des tarifs homologués sur le territoire et sans que le remboursement puisse excéder le montant des frais réellement engagés.

Toutefois, il sera procédé, sous forme de tiers payant, à la prise en charge à 100 % du tarif homologué des soins dispensés hors du territoire pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée après avis de la commission des évacuations sanitaires.

(Ajouté, Del n° 97-51 APF du 20/03/1997, art. 1<sup>er</sup>) « Lorsque les soins sont dispensés en France métropolitaine, dans un département ou dans un territoire d'outre-mer, leur prise en charge peut être effectuée selon les modalités du tiers payant sur accord préalable ou, exceptionnellement, sur accord a posteriori de l'organisme de gestion.

Dans tous les cas, à l'exception de l'évacuation sanitaire, les frais de transport sont à la charge du bénéficiaire des soins. »

- Art. 17.— Les frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, sont à sa charge sous réserve des dérogations des articles 18, 19 et 20.
- Art. 18.— La prise en charge par le régime assurance maladie des frais de transport aller-retour, effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française, est assurée en cas d'urgence médicalement justifiée. L'autorité ayant décidé du transport devra fournir à l'organisme de gestion les documents administratifs et médicaux qu'elle aura réunis.

(remplacé, Del n° 96-129 APF du 24/10/1996, art. 6) « Les déplacements interinsulaires non urgents, nécessaires pour raison médicale, sont pris en charge par le régime après accord préalable de l'organisme de gestion. » Toutefois, ceux en rapport avec les séances de dialyse peuvent faire l'objet d'une prise en charge mensuelle sur entente préalable.

- Art. 19.— La prise en charge des frais de transport aller-retour effectué à l'extérieur du territoire de la Polynésie française est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires.
- Art. 20.— (modifié, Del n° 99-158 APF du 09/09/1999, art. 1<sup>er</sup>) La prise en charge des frais de transport aller-retour concerne le bénéficiaire et, sur prescription du service de santé et accord de l'organisme de gestion, le convoyeur médical et l'accompagnateur non médical du malade âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par l'organisme de gestion.
- Art. 21. (remplacé, Del n° 99-159 APF du 09/09/1999, art. 1<sup>er</sup>) En cas de décès d'un bénéficiaire de l'assurance maladie, la Caisse supporte les frais funéraires dans la limite d'un montant fixé par le conseil d'administration. Une délibération du conseil d'administration définit également la liste des frais funéraires.

La Caisse supporte en outre les frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, du lieu du décès au lieu de résidence sur la base des tarifs homologués par la C.P.S. Dans les cas d'évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

Dans le cas des bénéficiaires de l'assurance maladie qui, à la suite d'une évacuation sanitaire viendraient à décéder hors du territoire, la Caisse prend en charge par tiers payant tous les frais liés au rapatriement du corps sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens, sans préjudice des frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, jusqu'au lieu de résidence de la personne décédée.

(Inséré, Del n° 2000-109 APF du 28/09/2000, art. 1<sup>er</sup>) « En cas de décès d'un ouvrant droit à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, le régime supporte les frais de rapatriement des restes mortels, par le moyen le plus économique. »

#### CHAPITRE III – DES PRESTATIONS EN ESPECES

(créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 10)

- Art. 21-1. (créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 10) Les prestations en espèces sont constituées par le paiement d'indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenus professionnels à l'assuré qui a été contraint de cesser son activité pour raison médicale. L'interruption de l'activité professionnelle de l'assuré est dénommée « arrêt de travail ».
- Art. 21-2. (créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 10) Les indemnités journalières prévues par le présent régime sont versées à partir du quinzième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail dans les conditions ci-après :
- pour les 2 premiers arrêts maladie dans l'année civile ;
- en cas d'arrêt pour les maladies issues de la liste des longues maladies telles que définies par l'article 24 de la présente délibération ;
- en cas d'hospitalisation de l'assuré.

A compter du troisième arrêt maladie, l'indemnisation est versée à partir du trentième jour d'arrêt qui suit le point de départ de l'incapacité de travail.

La couverture sociale du risque ne peut assurer plus de dix-huit mois de prestations en espèces par personne pour une période de trois années consécutives.

- Art. 21-3. (créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 10) Le montant des indemnités journalières est fixé comme suit :
- 50 % du revenu professionnel soumis à cotisation, pour l'assurance maladie ;
- le gain journalier servant de base au calcul de cette indemnité journalière est égal au 30<sup>e</sup> du revenu professionnel soumis à cotisation.

Toutefois, lorsque les revenus professionnels sont inférieurs au plancher de l'assiette servant de base au calcul des cotisations, le montant des indemnités journalières s'élève à 50 % du revenu professionnel déclaré. Dans ce cas, le gain journalier servant de base au calcul de cette indemnité journalière est égal au 30<sup>e</sup> du revenu professionnel déclaré.

- Art. 21-4. (créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 10) Pendant les périodes d'arrêt de travail, la cotisation à la charge de l'assuré, prévue à l'article 5 de la présente délibération, reste due.
- Art. 21-5. (créé, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 10) Les prestations instituées par la présente délibération sont incessibles et insaisissables, sauf pour le paiement des cotisations.

#### **CHAPITRE « IV »- CONDITIONS PARTICULIERES**

(renuméroté, Del n° 2002-106 APF du 01/08/2002, art. 11)

Section 1 - Prestations assurance maladie

Art. 22.— Le régime procède au remboursement des prestations en nature à (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30/12/2010, art. 4) « 70% » de son tarif de responsabilité.

Le régime prend en charge les hospitalisations à 100 % dudit tarif.

#### Section 2 - Prestations assurance maternité

Art. 23.— Les prestations dues à la femme en état de grossesse sont des prestations en nature.

Le bénéfice des prestations en nature est accordé à la femme qui justifie de son état de grossesse, par un certificat établi par un médecin ou une sage-femme, et de sa qualité de bénéficiaire.

Les actes en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et ses suites, sont remboursables à 100 % depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin de la période de dix semaines suivant l'accouchement, ou une période équivalente.

#### Section 3 - Prestations assurance longue maladie

Art. 24.— L'assurance longue maladie garantit aux bénéficiaires l'attribution de prestations en nature.

Le bénéfice des prestations longue maladie est réservé aux malades atteints d'une des affections prévues au régime des salariés.

Pourront également être considérées comme longues maladies, sur proposition du médecinconseil, certaines affections nécessitant des soins continus 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.

Art. LP. 25. (remplacé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 12) — 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.

## CHAPITRE « V » - PRISE EN CHARGE – ENTENTE PREALABLE – NOTIFICATION

(renuméroté, Del n° 2002-106 apf du 01/08/2002, art. 12)

Art. 26.— Dans tous les services médicaux et hospitaliers relevant de la direction de la santé et du centre hospitalier territorial, comme dans tous les établissements de soins privés qui ont passé une convention avec l'organisme de gestion, les remboursements dus par le régime pour ses bénéficiaires s'effectuent sous la forme du tiers-payant.

Il en sera de même pour tous les actes de spécialités onéreuses proposés par le conseil d'administration du régime des non-salariés et approuvés par le conseil des ministres, et sous réserve de convention passée entre l'organisme de gestion et les prestataires de soins privés.

Art. 27.— Les actes précisés à l'article 7 des dispositions générales de la nomenclature de l'Union nationale des caisses de sécurité sociale (U.N.C.S.S.), excepté l'alinéa C, et les frais d'appareillage sont soumis à entente préalable.

Dès réception de la demande de prise en charge, l'assuré ou le bénéficiaire est examiné, le cas échéant, par le médecin-conseil de l'organisme de gestion en vue de réaliser cette entente préalable.

#### TITRE III - DISPOSITIONS GENERALES

Section 1 - Libre choix des médecins et soins

Art. 28.— Le malade choisit librement son praticien sous réserve que celui-ci n'ait pas fait l'objet d'un retrait d'agrément.

Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque le malade ne peut se déplacer.

#### Section 2 - Obligations des bénéficiaires

Art. 29.— L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant, et de se soumettre aux visites médicales et contrôles administratifs effectués par l'organisme de gestion.

En cas d'inobservation de ces obligations, le directeur de l'organisme de gestion peut suspendre, réduire ou supprimer le service des prestations.

Ne donnent lieu à aucune prestation les maladies, les blessures ou l'invalidité résultant de la faute inexcusable ou intentionnelle de l'assuré.

Afin de permettre les recours éventuels de l'organisme de gestion, en cas d'accident laissant entrevoir la responsabilité d'un tiers et sauf cas d'impossibilité absolue, l'identité de ce dernier ou tous éléments de son identification devront être fournis, nonobstant les différents rapports officiels qui pourraient exister au dossier.

## Section 3 - Obligations des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

Art. 30.— Les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Ils doivent également respecter les formalités administratives, et notamment les délais de prise en charge, afin d'assurer le bon fonctionnement du régime et donner toutes facilités à l'exercice des contrôles.

En cas d'inobservation de ces dispositions, ou d'abus constatés au cours de ces contrôles, l'avertissement ou le retrait d'agrément pourra être prononcé à leur encontre.

(alinéa abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 66)

#### Section 4 - Contrôle

Art. 31.— La caisse doit organiser un contrôle médical qui, assuré par un médecin qu'elle rétribue, porte notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et de sa capacité de travail, sur la constatation des abus éventuels en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires.

Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.

#### Section 5 - Agrément, sanctions et expertise médicale

Art. 32.— Les dispositions relatives à l'agrément, aux sanctions et à l'expertise médicale prévues aux sections 5, 6 et 7 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974, modifiée, instituant un régime d'assurance maladie au profit des travailleurs salariés sont applicables au présent régime.

#### Section 6 - Recours et pénalités

Art. 33.— Les dispositions relatives aux recours de l'organisme de gestion et aux pénalités prévues au titre IV, sections 1 et 3 de la délibération n° 74-22 du 14 février 1974, modifiée, sont applicables au présent régime.

« Section 7 – Dispositions transitoires » (créée, Del n° 99-215 APF du 02/12/1999, art. 1<sup>er</sup>)

Art. 34. (créé, Del n° 99-215 APF du 02/12/1999, art. 1er) — Dans l'attente d'une réglementation portant coordination de l'ensemble des régimes calédoniens et polynésiens de sécurité sociale, les pensionnés dont les conditions de ressources et de résidence les rendent admissibles au régime des non-salariés qui sont titulaires d'une pension de vieillesse, de réversion ou d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail d'un taux d'incapacité au moins égal à 66,66 % servie par la C.A.F.A.T., sont affiliés à la Caisse de prévoyance sociale au régime des non-salariés pour la couverture de leurs dépenses médicales non prises en charge par la C.A.F.A.T., dans les conditions définies par la présente délibération.

Ces dispositions sont applicables aux ayants droits dont la qualité est déterminée par la réglementation de la C.A.F.A.T.

Art. (renuméroté, Del n° 99-215 APF du 02/12/1999, art. 2) « 35 ».— Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Un secrétaire, Hilda CHALMONT. Le président, Jean JUVENTIN.

#### (1) Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 :

Art. 9.— *Dispositions finales* 

Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération :

- (...)
- la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ;
- (...)

#### (2) Délibération n° 98-163 APF du 15 octobre 1998 :

Art. 7.— *Dispositions finales* 

Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération :

- (...)
- la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ;
- (...)

#### (3) Délibération n° 2002-70 APF du 13 juin 2002 :

Art. 8.— *Dispositions transitoires* 

A titre transitoire, les personnes éligibles au régime des non-salariés peuvent demander leur admission dans les conditions définies par le présent article.

Par dérogation à l'article 3 de la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée susvisée, l'affiliation prend effet à compter du jour de la réception de la demande d'affiliation par l'organisme de gestion.

Les dispositions transitoires prévues par le présent article sont applicables pendant une période de six mois à compter de la date de publication de la présente délibération.

#### (4) Délibération n° 2002-106 APF du 1<sup>er</sup> août 2002 :

Art. 13.— La présente délibération prend effet à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2002.

#### (5) Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010 :

Art. 7.— Le présent arrêté prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

#### (6) Loi du pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 :

Art. LP. 18.— Les dispositions des articles LP. 3, LP. 4, LP. 8, LP. 9, LP. 12, et LP. 13 entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2011.

#### (7) Arrêté n° 2106 CM du 23 décembre 2015 :

Art. 28.— Les dispositions du présent arrêté entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

DÉLIBÉRATION N° 95-262 DU 20 DÉCEMBRE 1995 INSTITUANT ET MODIFIANT LES CONDITIONS DU RISQUE MALADIE DES RESSORTISSANTS DU RÉGIME DE SOLIDARITÉ TERRITORIAL ET SON ARRETÉ D'EXÉCUTION

## DELIBERATION n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial.

NOR : CPS9501746DL (JOPF du 28 décembre 1995, n° 52, p. 2652)

#### Modifiée par :

- Délibération n° 97-11 APF du 4 février 1997 ; JOPF du 20 février 1997, n° 8, p. 346
- Délibération n° 97-218 APF du 27 novembre 1997 ; JOPF du 11 décembre 1997, n° 50, p. 2548
- Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 ; JOPF du 29 octobre 1998, n° 44, p. 2256 (1)
- Délibération n° 99-36 APF du 4 mars 1999 ; JOPF du 18 mars 1999, n° 11, p. 561
- Délibération n° 99-37 APF du 4 mars 1999 ; JOPF du 18 mars 1999, n° 11, p. 562
- Délibération n° 99-63 APF du 22 avril 1999 ; JOPF du 29 avril 1999, n° 17, p. 916
- Délibération n° 2002-56 APF du 28 mars 2002 ; JOPF du 11 avril 2002, n° 15, p. 850
- Délibération n° 2003-125 APF du 28 août 2003 ; JOPF du 4 septembre 2003, n° 36, p. 2262 (2)
- Délibération n° 2003-164 APF du 9 octobre 2003 ; JOPF du 23 octobre 2003, n° 43, p. 2875
- Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010 ; JOPF du 31 décembre 2010, n° 50 NS, p. 929 (3)
- Loi du pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 ; JOPF du 11 juillet 2011, n° 39 NS, p. 1444 (4)
- Loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013 ; JOPF du 14 janvier 2013, n° 1 NS, p. 3
- Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 ; JOPF du 1er août 2017, n° 61, p. 9974 (5)
- Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 ; JOPF du 20 octobre 2017, n° 84, p. 15277 (6)

#### **SOMMAIRE**

PRESTATIONS MALADIE DU REGIME DE SOLIDARITE TERRITORIAL	4
TITRE I - CHAMP D'APPLICATION	4
TITRE II - PRINCIPES GENERAUX	4
TITRE III - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE	5
Section 1 - Hospitalisation	5
Section 2 - Soins externes	5
« Section 3 - Hébergement et transport terrestre lors d'évacuations sanitaires inter-île	s »6
« Section 4 - Contraception - Interruption volontaire de grossesse - Fécondation in	
vitro »	
Section 5 - Examens biologiques et imagerie médicale	
Section 6 - Frais d'appareillage	
Section 7 - Frais de lunetterie	
Section 8 - Frais de transport	
Section 9 - Soins à l'extérieur du territoire Evacuations sanitaires	
Section 10 - Actes non pris en charge	
PROCEDURES SPECIFIQUES	
Section 1 - Procédure longue maladie	
Section 2 - Maternité	
Section 3 - Handicap	
Section 4 - Cas particulier d'entente préalable	
TITRE IV - OBLIGATIONS - CONTROLES	10
Section 1 - Obligation des bénéficiaires	10
Section 2 - Obligation des praticiens	11
Section 3 - Contrôles	11
Section 4 - Agrément et sanctions	11
Section 5 - Expertise	11
TITRE V - RECOURS - PRESCRIPTION - PENALITES	12
Section 1 - Recours de l'organisme de gestion	12
Section 2 - Prescription	
Section 3 - Pénalités	12

#### L'assemblée territoriale de la Polynésie française,

Vu la loi  $n^\circ$  84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut du territoire de la Polynésie française ;

Vu la loi d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 portant institution du comité de gestion du régime de solidarité territorial ;

Vu la délibération n° 95-261 AT du 20 décembre 1995 abrogeant et modifiant la délibération n° 94-21 AT du 10 mars 1994 modifiée, relative aux conditions d'admission au régime de solidarité territorial ;

Vu l'arrêté n° 1340 CM du 15 décembre 1995 soumettant un projet de délibération à l'assemblée territoriale de la Polynésie française ;

Vu le caractère d'urgence dudit projet signalé par lettre n° 252 PR/CM du 15 décembre 1995 ;

Vu la lettre n° 1394-95 AT/SG du 15 décembre 1995 de convocation en séance des conseillers territoriaux ;

Vu le rapport n° 207-95 du 19 décembre 1995 de la commission des affaires sociales ;

Dans sa séance du 20 décembre 1995,

#### Adopte:

## PRESTATIONS MALADIE DU REGIME DE SOLIDARITE TERRITORIAL

#### TITRE I - CHAMP D'APPLICATION

Article 1er.— L'objet de la présente délibération est de définir les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial, institué par la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994, afin d'assurer la protection de la santé de la population couverte par ce régime et de garantir ainsi l'accès aux soins pour tous, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé.

Les prestations servies par la présente délibération comprennent :

- la maladie;
- la maternité ;
- la longue maladie.
- Art. 2.— Sont ressortissants, au titre de la présente délibération, les personnes remplissant les conditions d'admission au régime de solidarité territorial prévues par la délibération n° 95-261 AT du 20 décembre 1995 abrogeant et modifiant la délibération n° 94-21 AT du 10 mars 1994 modifiée, relative aux conditions d'admission au régime de solidarité territorial.
- Art. 3.— Le droit aux prestations est supprimé à la date à laquelle le ressortissant acquiert des droits au titre d'un autre régime, soit à titre d'ouvrant droit, soit à titre d'ayant droit.

#### TITRE II - PRINCIPES GENERAUX

- Art. 4.— La présente délibération n'ouvre droit qu'à des prestations en nature à l'exclusion de toute prestation en espèces.
- Art. 5.— Le régime de solidarité territorial est un régime d'aide sociale non contributif. A ce titre, dans le domaine de la couverture du risque maladie, il permet d'instituer une aide médicale au bénéfice des populations défavorisées ressortissantes de ce régime.

#### Dans ce cadre:

- les ressortissants bénéficient de prestations prises en charge intégralement en tiers payant par le régime dans les structures sanitaires publiques dans le cadre de conventions passées entre ces dernières et l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité territorial;
- les ressortissants bénéficient de prestations prises en charge partiellement ou intégralement en tiers payant par le régime dans des structures sanitaires privées ou auprès de praticiens privés dans le cadre de conventions spécifiques passées entre ces derniers et l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité territorial.
- Art. 6.— Les ressortissants peuvent librement choisir d'être soignés dans des structures sanitaires privées ou auprès de praticiens du secteur privé.

Dans ce cas, le régime de solidarité territorial intervient sous forme de prise en charge partielle, sans tiers payant des dépenses engagées, sauf dispositions différentes prises dans le cadre du dernier alinéa de

l'article 5 dans le cadre de conventions liant les prestataires à l'organisme de gestion pour le compte du régime de solidarité territorial.

Art. 7.— Les procédures et modalités de facturation des prestations offertes font l'objet de conventions entre les prestataires publics et privés d'une part, et la C.P.S. pour le compte du régime de solidarité territorial, d'autre part.

Ces conventions sont approuvées par arrêté pris en conseil des ministres.

Elles précisent les enveloppes globales ou les tarifs conventionnels applicables pour le règlement des prestations offertes tant dans le secteur public que dans le secteur privé ainsi que les obligations que les prestataires conventionnés s'engagent à respecter.

En l'absence de tarifs conventionnels, les tarifs de responsabilité ou les tarifs d'autorité fixés par arrêté en conseil des ministres sont applicables.

#### TITRE III - CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

#### Section 1 - Hospitalisation

Art. 8.— Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, l'hospitalisation est prise en charge à 100 % en tiers payant dans les structures sanitaires publiques et privées du territoire suivant des conditions définies par conventions.

A titre transitoire, jusqu'au 30 juin 1995, et à défaut de convention avec chaque établissement hospitalier privé du territoire, l'hospitalisation dans ces établissements est prise en charge à 100 % du tarif d'autorité après accord du directeur de la santé.

#### Section 2 - Soins externes

Art. 9. (remplacé, Dél n° 2003-125 APF du 28/08/2003, art. 5) — « Les actes professionnels exécutés par les docteurs en médecine, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux agréés, sont cotés conformément à une codification arrêtée par le conseil des ministres et remboursés suivant leur valeur fixée par convention entre les praticiens et l'organisme de gestion (tarif conventionnel) ou éventuellement par arrêté du conseil des ministres (tarif d'autorité). »

9-1 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération :

Dans les formations sanitaires publiques territoriales, les soins externes sont pris en charge intégralement en tiers payant suivant les conditions définies par conventions.

9-2 Conformément au cadre prévu à l'article 6 de la présente délibération :

Les soins externes auprès des praticiens privés sont remboursés à hauteur de (remplacé,  $Ar\ n^{\circ}\ 2558\ CM\ du\ 30/12/2010$ , art. 6) « 70 % » du tarif conventionnel ou à défaut du tarif de responsabilité de l'organisme de gestion sauf application du cadre prévu à l'article 5 suivant les conditions définies par conventions.

9-3 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération :

Dans les formations sanitaires privées et auprès des praticiens du secteur privé, les soins externes sont pris en charge partiellement ou intégralement en tiers payant suivant les conditions définies par conventions spécifiques.

Les circoncisions rituelles font l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire égal à K10.

« Section 3 - Hébergement et transport terrestre lors d'évacuations sanitaires inter-îles » (intitulé remplacé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 13)

Art. LP. 10. (remplacé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 14) — Sont pris en charge les frais d'hébergement et de transport terrestre des bénéficiaires d'une évacuation sanitaire inter-îles sur indication médicale à visée thérapeutique ou de diagnostic, qui se trouvent dans l'obligation de séjourner en milieu extra-hospitalier et ceux de leur accompagnateur non médical agréé par l'organisme de gestion. Cette disposition s'applique également aux résidents de la presqu'île dont la pathologie nécessite des soins réguliers et répétitifs dans un établissement de soins de Papeete ou de Pirae.

Cette prise en charge s'effectue sur entente préalable de l'organisme de gestion, sous forme de tiers payant, dans la limite des tarifs homologués par l'organisme de gestion et sans participation de l'assuré ou du bénéficiaire.

Art. LP. 10.1. (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 15) — La durée de l'hébergement pris en charge ne peut excéder trois (3) jours.

Toutefois, la prise en charge d'un hébergement au-delà de 3 jours peut être accordée pour des raisons médicales justifiées ou pour des raisons de force majeure indépendantes du bénéficiaire, après avis du médecin-conseil, par le directeur de l'organisme de gestion.

Art. LP. 10.2. (inséré, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 15) — Les frais de transport terrestre des bénéficiaires et de leur accompagnateur non médical agréé sont ceux qui sont rendus strictement nécessaires dans le cadre du traitement ou des soins.

## « Section 4 - Contraception - Interruption volontaire de grossesse - Fécondation in vitro » (intitulé remplacé, Dél n° 2002-56 APF du 28/03/2002, art. 3)

Art. 11.— Les vaccins obligatoires dans le territoire et les frais de vaccination sont pris en charge à 100 % en tiers payant selon les modalités prévues dans les conventions liant les prestataires publics et privés et l'organisme de gestion.

(remplacé, Dél n° 97-218 APF du 27/11/1997, article 1er) « Les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec les méthodes de contraception médicalement reconnues sont pris en charge en tiers payant, à 100 % du tarif de responsabilité de l'assurance maladie. »

(inséré, Dél n° 2002-56 APF du 28/03/2002, art. 4) « La prise en charge des interruptions volontaires de grossesse est effectuée en tiers payant à 100 % du tarif forfaitaire fixé par arrêté pris en conseil des ministres ».

Sont pris en charge en tiers payant, à (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30/12/2010, art. 6) « 70 % » du tarif de responsabilité de l'assurance maladie, les frais médicaux et pharmaceutiques en rapport avec la

fécondation *in vitro* pratiqués dans un centre agrée par (remplacée, Ar n° 1822 CM du 12/10/2017, art. 15) « l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale » et après entente préalable, dans la limite de cinq tentatives.

#### Section 5 - Examens biologiques et imagerie médicale

- Art. 12.— 12-1 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, les examens biologiques et d'imagerie médicale sont pris en charge totalement en tiers payant dans les formations sanitaires publiques du territoire suivant les conditions définies par conventions.
- 12-2 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, les examens biologiques et d'imagerie médicale pratiqués en dehors d'une hospitalisation sont pris en charge à (remplacé, Ar n° 2558 CM du 30/12/2010, art. 6) « 70 % » sans tiers payant dans les formations sanitaires privées et auprès des praticiens du secteur privé du territoire sauf application du cadre prévu à l'article 5 suivant les conditions définies par conventions.
- 12-3 Conformément au cadre prévu à l'article 5 de la présente délibération, les examens biologiques et d'imagerie médicale pratiqués en dehors d'une hospitalisation sont pris en charge partiellement ou intégralement en tiers pavant dans les formations sanitaires privées et auprès des praticiens du secteur privé suivant les conditions définies par conventions.

#### Section 6 - Frais d'appareillage

Art. 13.— (abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 67)

Pour les malades atteints de rhumatisme articulaire aigu, les prothèses dentaires sont prises en charge sur la base des tarifs homologués par l'organisme de gestion ; dans tous les autres cas, elles restent entièrement à la charge des bénéficiaires.

Section 7 - Frais de lunetterie (remplacée, Dél n° 99-63 APF du 22/04/1999, article 1er)

Art. 14 (nouveau).— (abrogé, Lp n° 2013-1 du 14/01/2013, art. LP. 68)

#### Section 8 - Frais de transport

- Art. 15.— Les frais de transport du ressortissant, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, sont à sa charge, sous réserve des dispositions des articles 16 et 17.
- Art. 16.— La prise en charge par le régime de solidarité territorial des frais de transport aller-retour effectués à l'intérieur du territoire de la Polynésie française est assurée en cas d'urgence médicalement justifiée. L'autorité ayant décidé du transport fournit à l'organisme de gestion les documents administratifs et médicaux qu'elle a réunis.

Les déplacements interinsulaires non urgents nécessaires pour raison médicale sont pris en charge par le régime de solidarité territorial après accord préalable de l'organisme de gestion.

- Art. 17.— La prise en charge des frais de transport aller-retour, effectués à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, est strictement subordonnée à un avis médical donné par la commission des évacuations sanitaires instituée par la délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992.
- Art. 18 (nouveau). (remplacé, Dél n° 99-36 APF du 4/03/1999, article 1er) La prise en charge des frais de transport aller-retour visés aux articles 16 et 17 concerne le ressortissant et, après accord de

l'organisme de gestion, le convoyeur médical et l'accompagnateur du ressortissant âgé de moins de 16 ans. Des dérogations peuvent être accordées par l'organisme de gestion.

Art. 19. (remplacé, Dél n° 99-37 APF du 4/03/1999, article 1er) — En cas de décès d'un bénéficiaire du risque maladie, l'organisme de gestion supporte les frais funéraires dans la limite d'un montant fixé par le comité de gestion. Une délibération du comité de gestion définit également la liste des frais funéraires.

L'organisme de gestion supporte en outre les frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, du lieu du décès au lieu de résidence sur la base des tarifs homologués par la C.P.S. Dans les cas des évacuations sanitaires, la prise en charge peut être effectuée par tiers payant.

En cas de décès d'un ouvrant droit à l'extérieur du territoire de la Polynésie française, l'organisme de gestion supporte les frais de rapatriement des restes mortels, par le moyen le plus économique.

Dans le cas des bénéficiaires du risque maladie qui, à la suite d'une évacuation sanitaire, viendraient à décéder hors du territoire, l'organisme de gestion prend en charge par tiers payant tous les frais liés au rapatriement du corps sur la base des coûts engagés et dans la limite des tarifs aériens, sans préjudice des frais de rapatriement effectué sur le territoire, par le moyen le plus économique, jusqu'au lieu de résidence de la personne décédée.

#### Section 9 - Soins à l'extérieur du territoire Evacuations sanitaires

- Art. 20. (remplacé, Dél n° 97-11 APF du 4/02/1997, article 1er) Lorsque des soins sont dispensés hors du territoire aux ressortissants du régime et à leurs ayants droit, les prestations correspondantes instituées par la présente délibération sont servies aux conditions définies aux articles 21, 22 et 23.
- Art. 21.— Il est procédé de plein droit à la prise en charge des soins dispensés hors du territoire, pendant la durée de l'évacuation sanitaire décidée sur avis de la commission des évacuations sanitaires instituée par la délibération n° 92-21 AT du 20 février 1992.
- Art. 22. (remplacé, Dél n° 97-11 APF du 4/02/1997, article 1er) Hors les cas visés à l'article 21, les soins dispensés hors du territoire sont remboursés dans le cadre de l'article 23. La prise en charge s'effectuera par tiers payant lorsque les soins sont dispensés en métropole ou dans un département et territoire d'outre-mer, sur accord préalable ou exceptionnellement a posteriori de l'organisme de gestion.

Dans tous les cas visés au présent article, les frais de transport resteront à la charge de l'assuré.

- Art. 23. (remplacé, Dél n° 97-11 APF du 4/02/1997, article 1er) En cas de soins administrés hors du territoire, les soins sont pris en charge :
- a sur la base des tarifs homologués par la Sécurité sociale, si ces soins sont administrés en métropole ou dans un département d'outre-mer : les factures devront être visées par la caisse primaire la plus proche du lieu des soins ;
- b au maximum sur la base des tarifs engagés :
  - dans la limite des tarifs couramment pratiqués dans la région, lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre des dispositions de l'article 21 ;
  - dans la limite des tarifs réglementaires en vigueur sur le territoire lorsque les soins sont dispensés à l'étranger dans le cadre de l'article 22.

#### Section 10 - Actes non pris en charge

Art. 24.— Sont exclus de la prise en charge :

- les soins esthétiques, sauf pour les bénéficiaires dont la profession est en rapport direct avec le public et après accord du médecin-conseil ;
- les actes d'échographie exécutés par des praticiens non spécialisés dans ce domaine et par des praticiens ne justifiant pas de stages validés d'au moins un an.

#### PROCEDURES SPECIFIQUES

#### Section 1 - *Procédure longue maladie*

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.

Toutefois, pourront être considérées comme longues maladies, sur proposition motivée du praticienconseil, 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.

Art. LP. 26. (remplacé, Lp n° 2011-18 du 11/07/2011, art. LP. 16) — 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.

Art. 27.— Les prestations prévues aux alinéas précédents sont attribuées pour une durée fixée par le directeur de l'organisme de gestion, après avis du praticien-conseil.

#### Section 2 - Maternité

Art. 28.— Toutes les prestations en rapport direct avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, sont prises en charge intégralement à concurrence du tarif de responsabilité du régime, depuis la première constatation de la grossesse jusqu'à la fin de la 10e semaine suivant la date d'accouchement.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10, alinéa 3, toutes les spécialités pharmaceutiques remboursées par la Sécurité sociale suivant le S.E.M.P.E.X. ou le T.I.P.S., ou inscrites sur une liste fixée par arrêté en conseil des ministres sont prises en charge à 100% pour la maternité, au tarif réglementaire.

La prise en charge s'effectue sous forme de tiers payant dans les conditions définies par conventions tant dans les formations sanitaires publiques qu'avec les structures sanitaires, les pharmaciens et les praticiens privés.

#### Section 3 - Handicap

Art. 29.— La prise en charge des frais de traitement concernant les personnes handicapées, soignées par les prestataires ou dans les établissements agréés dans le territoire se réalise par le paiement d'un forfait journalier comprenant la totalité des frais liés aux actes médicaux et paramédicaux, effectués au bénéfice des ressortissants du régime de solidarité territorial. Les tarifs de prix de journée et les modalités de paiement font l'objet de conventions entre le territoire, l'organisme de gestion et chaque établissement concerné.

Ces conventions sont homologuées par arrêté pris en conseil des ministres.

#### Section 4 - Cas particulier d'entente préalable

Art. 30.— Les actes précisés à l'article 7 des dispositions générales de nomenclature UCANSS, sauf l'alinéa c en particulier, et en général toute prescription non prévue par les textes légaux ou réglementaires applicables en Polynésie française, sont soumis à entente préalable délivrée par l'organisme de gestion.

Dès réception de la demande de prise en charge, le bénéficiaire est examiné, le cas échéant, par le praticien-conseil de l'organisme de gestion, en vue de réaliser cette entente préalable.

#### TITRE IV - OBLIGATIONS - CONTROLES

#### Section 1 - Obligation des bénéficiaires

- Art. 31.— L'attribution des diverses prestations est subordonnée à l'obligation pour le bénéficiaire du régime :
- 1) de se conformer aux traitements, ordonnances et mesures de toute nature prescrits par le médecin traitant ;
- 2) de consulter au cabinet professionnel sauf lorsque son état de santé ne lui permet pas de se déplacer ;
- 3) de se soumettre aux visites médicales demandées par l'organisme de gestion.

Art. 32.— Afin de permettre les recours éventuels de l'organisme de gestion, en cas d'accidents laissant entrevoir la responsabilité d'un tiers et sauf cas d'impossibilité absolue, l'identité de ce dernier ou tous éléments pour son identification, doivent être fournis nonobstant les différents rapports officiels qui pourraient exister au dossier.

#### Section 2 - Obligation des praticiens

Art. 33.— Les praticiens sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Ils doivent également respecter les formalités administratives, et notamment les délais de prise en charge, afin d'assurer le bon fonctionnement du régime et donner toutes facilités à l'exercice des contrôles.

#### Section 3 - Contrôles

#### Art. 34.— Contrôle administratif

L'organisme de gestion confie à ses agents, ou à ceux du service des affaires sociales, le soin de procéder à toutes les vérifications ou enquêtes administratives.

#### Art. 35.— Contrôle médical

L'organisme de gestion doit également organiser un contrôle médical qui, assuré par un praticien qu'elle rétribue, porte notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé du ressortissant, sur la constatation des abus éventuels en matière de soins et d'application de la tarification des honoraires, sur la prévention de l'invalidité et la possibilité de réadaptation fonctionnelle.

Le contrôle médical est également chargé du contrôle de la durée d'hospitalisation.

Il est interdit à tous les médecins de l'organisme de gestion de pratiquer en clientèle privée.

#### Section 4 - Agrément et sanctions

Art. 36.— Les dispositions de la délibération n° 91-43 AT du 14 février 1991 relative à l'agrément des praticiens inscrits au conseil de l'Ordre des médecins et les dispositions de la délibération n° 88-175 AT du 8 décembre 1988 organisant notamment la procédure des sanctions, la composition et le fonctionnement de la commission mixte paritaire, sont applicables au régime de solidarité territorial.

#### Section 5 - Expertise

Art. 37.— Dans tous les cas où il y a désaccord sur l'état du ressortissant entre le praticien-conseil de l'organisme de gestion et le médecin traitant, il est procédé à un nouvel examen par un médecin expert agréé choisi conjointement par le praticien-conseil et le médecin traitant sur une liste dressée par le tribunal de première instance de Papeete.

L'expert ne peut être ni un praticien de l'organisme de gestion, ni le praticien traitant.

Faute d'accord du praticien traitant et du praticien-conseil sur le choix du médecin expert, ce dernier est choisi par une commission comprenant le directeur de l'organisme de gestion, le (remplacé, Ar n° 1822 CM du 12/10/2017, art. 15) « directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale » et le président du conseil de l'Ordre des médecins.

L'expert convoque sans délai le malade ou se rend à son chevet ; il est tenu de remettre son rapport à l'organisme de gestion et au médecin traitant, dans un délai maximum de 15 jours à compter de la date à laquelle il a été saisi du dossier, faute de quoi il est pourvu à son remplacement, sauf en cas de circonstances spéciales justifiant une prolongation de délai. L'avis de l'expert n'est pas susceptible de recours.

#### TITRE V - RECOURS - PRESCRIPTION - PENALITES

#### Section 1 - Recours de l'organisme de gestion

Art. 38.— Lorsque l'accident ou la blessure dont le bénéficiaire est victime est imputable à un tiers, l'organisme de gestion est subrogé de plein droit à l'intéressé ou à ses ayants droit dans leur action contre le tiers responsable pour le remboursement des dépenses que lui occasionne l'accident ou la blessure.

L'intéressé ou ses ayants droit doivent indiquer en tout état de la procédure, la qualité de bénéficiaire de la victime de l'accident. La victime ou ses ayants droit doivent appeler l'organisme de gestion en déclaration de jugement commun ou réciproquement.

A défaut de l'indication de la qualité du bénéficiaire ou de l'appel en déclaration de jugement commun, la nullité du jugement sur le fond pourra être demandée pendant deux ans à compter de la date à partir de laquelle ledit jugement est devenu définitif, soit à la requête du ministère public, soit à la demande de l'organisme de gestion.

Le bénéficiaire ou ses ayants droit conservent contre le tiers responsable tous droits de recours en réparation du préjudice causé, sauf en ce qui concerne les dépenses de l'organisme de gestion.

Le règlement amiable, pouvant intervenir entre le tiers et le bénéficiaire, ne peut être opposé à l'organisme de gestion qu'autant que celui-ci a été invité à y participer par lettre recommandée, et ne devient définitif que quinze jours après l'envoi de cette lettre.

Lorsque le tiers responsable ou sa compagnie d'assurance a versé l'indemnité à sa charge et lorsque les droits ont été ouverts, le bénéficiaire est considéré comme ayant bénéficié des prestations, même si l'organisme de gestion ne les a pas versées effectivement.

#### Section 2 - Prescription

Art. 39.— L'action du bénéficiaire pour le paiement des prestations prévues au présent régime se prescrit par année, à compter du premier jour du mois suivant celui auquel se rapportent lesdites prestations.

#### Section 3 - Pénalités

- Art. 40.— Sera puni d'une amende de 361 à 1.000 francs métropolitains (6.563 FCP à 18.181 FCP), quiconque se rend coupable de fausse déclaration pour obtenir ou tenter de faire obtenir les prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois.
- Art. 41.— Sera puni d'une amende de 361 à 1.000 francs métropolitains (6.563 FCP à 18.181 FCP), tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré en vue de lui faire obtenir des prestations qui peuvent lui être dues.
- Art. 42.— Sera puni d'une amende de 1.001 à 2.000 francs métropolitains (18.200 à 36.363 FCP), quiconque, soit par menace ou abus d'autorité, soit par offre, promesse d'argent, ristourne sur les honoraires médicaux ou fournitures pharmaceutiques faits à des assurés ou à toute autre personne, aura attiré ou tenté

d'attirer ou de retenir les assurés, notamment dans une clinique ou cabinet médical ou officine de pharmacie.

- Art 43.— En cas de fausses déclarations intentionnelles ou s'ils sont coupables de collusion avec les assurés, les médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens et auxiliaires médicaux sont passibles d'une amende de 2.000 à 3.000 francs métropolitains (36.363 à 54.545 FCP).
- Art. 44.— La présente délibération abroge et remplace la délibération n° 95-108 du 3 août 1995 portant abrogation et modification des délibérations n° 94-129 du 1er décembre 1994 et n° 95-40 du 9 février 1995, instituant et modifiant les conditions de couverture du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial.
- Art. 45.— Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au Journal officiel de la Polynésie française.

La secrétaire, Hilda CHALMONT.

Le président, Tinomana EBB.

(1) Délibération n° 98-162 APF du 15 octobre 1998 :

Art. 9.— *Dispositions finales* 

Seront modifiées en conséquence de l'ensemble des dispositions de la présente délibération :

la délibération n° 95-2521 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité territorial.

#### (2) Délibération n° 2003-125 APF du 29 août 2003 :

Art. 6.— *Dispositions transitoires* 

A titre transitoire, dans l'attente d'une codification déterminée localement, la nomenclature générale des actes professionnels (N.G.A.P.) en vigueur en métropole à la date de publication de la présente délibération, s'applique en Polynésie française et les actes sont remboursés suivant la valeur des lettres-clés fixée par convention entre les praticiens et la Caisse de prévoyance sociale (tarif conventionnel) ou par arrêté pris en conseil des ministres (tarif d'autorité).

L'application, en Polynésie française, des modifications ultérieures de la nomenclature métropolitaine est décidée par le conseil des ministres, après avis de la Caisse de prévoyance sociale et des régimes territoriaux de protection sociale et de la direction de la santé, qui fixe leur date d'entrée en vigueur et les éventuelles adaptations à apporter.

Au lieu de la délibération n° 95-252 AT, lire la délibération n° 95-262 AT.

#### (3) Arrêté n° 2558 CM du 30 décembre 2010 :

#### TITRE IV – DISPOSITIONS DIVERSES

- Art. 7.— Le présent arrêté prendra effet au 1er janvier 2011.
- Art. 8.— Restent remboursés ou pris en charge au taux de 80 %:
- les soins et actes isolés dispensés par les médecins et auxiliaires médicaux antérieurement au ler janvier 2011 ;
- les soins dentaires achevés avant le 1er janvier 2011 ;
- les frais pharmaceutiques, d'analyses et d'examens de laboratoires dont la date de prescription est antérieure au 1er janvier 2011 ;
- pour les traitements ou actes en séries en cours, les seuls actes dispensés avant le 1er janvier 2011.

#### (4) Loi du pays n° 2011-18 du 11 juillet 2011 :

Art. LP. 18.— Les dispositions des articles LP. 3, LP. 4, LP. 8, LP. 9, LP. 12 et LP. 13 entreront en vigueur à compter du 1er juillet 2011.

#### (5) Arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 :

Art. 16.— Entrée en vigueur

Les dispositions du présent arrêté prennent effet à compter du 1er septembre 2017.

#### (6) Arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 :

Art. 16.— Le présent arrêté abroge l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 modifié portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).

## COMPOSITION DU DOSSIER D'ÉVACUATION SANITAIRE INTERNATIONALE



# CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE B.P. 1 – PAPEETE - TAHITI N° TAHITI 183707 \*\*\*Www.cps.pf

France

Nouvelle-Zélande

Service EVASAN
@(689) 41 68 50/ 41 68 52
fax: (689) 41 68 51

A remplir par le médecin prescripteur et à faire parvenir au Service des EVASAN de la C.P.S. en deux exemplaires

**DEMANDE D'EVACUATION SANITAIRE INTERNATIONALE** 

e-mail: evasan-inter@cps.pf	dès que la demand	de d'admission dans	s un hôpital receveu	r a été effectuée
Identification du méd	decin prescripteur	ldentifica	tion Etablissement i	receveur
		Nom :		
		Villa .		
			T:	
			oosée :	
			egistrée :	
	Identificat	on du patient		
DN:				
NOM :		Epouse:		
Prénom :			Poids :	
Adresse:				
***************************************	Bur :		Portable:	
Personnes (famille, entouraç	ge) à contacter en cas d'ur	gence (NOM – Prénd	om – Adresse – Télé	phone)
O'lear the second of the secon	D becaute the			
Situation actuelle du patient	☐ hospitalisée	externe		
L'évacuation sanitaire	est urgente	peut être différé	***************************************	
	***************************************	ransport du patient		
1)disposition à l'accueil (déplication de la laccueil (deplication de la laccueil de la laccueil de la laccueil (deplication de la laccueil de laccueil de laccueil de laccueil de laccueil de la laccueil de laccueil		□V.S.L		
besoin de l'élévateur : oui	= ' ' ' '	☐Ambulance ☐Ambulance méd	licalisée	
2)dispositions particulières	_		I - \ Fi	
a) siège	b) Repas spécial □mixé		c) Equipement mé Oxygène :	edical
☐Assis ☐Sur civière	☐sans sel		☐2 litres/mn	continu
☐Sur civiere ☐Semi-allongé	□diabétique		☐4 litres/mn	discontinu discontinu
	☐dialysé ☐autres :		Couveuse 🗌	
Damanda diacasanasan -t	<u> </u>	Cadre réservé	au Médecin-Cor	nseil de la CPS
Demande d'accompagnateu		ou à EUROP	Assistance en c	
Si OU	Ⅱ: ☐médecin ☐infirmier	□ ACCORE		
	☐famille agréée	☐ REFUS		
Date :		Data at Vice		
Visa et cachet du médecin pre	escripteur:	Date et Visa :		

EVA



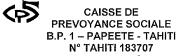
#### **CERTIFICAT MEDICAL**

Service Médical ☎(689) 41 68 20/ 41 68 21 fax : (689) 45 01 34 - 54 58 67

Adresser au Médecin-Conseil de la CPS sous pli confidentiel (enveloppe jointe) avec l'imprimé de demande d'évacuation sanitaire rempli

Remarque préliminaire : Toute demande d'évacuation sanitaire internationale doit être accompagnée <u>d'un protocole de soins et de traitement explicite.</u>

	accompagne	e <u>a un protocoi</u>	e de soins et de	<u>e traitement exp</u>	iicite.
1000		ldenti	fication du patient		
DN:					
NOM:			Epouse:		:
Prénom :			Né (e) le :		
1- Pathologi	<b>(2)</b> ,	<del> </del>		Code CIM10 :	
				Oddo Olivi To .	
				·	
2- Raisons o	le la non faisabilité	des soins programr	nés:		
		uation sanitaire dem			
o- onledito	attendus de revac	uation Samtane dem	andee		
4- Motivatio	n médicale de la de	estination envisagée			
5- Motivatio	n médicale de l'acc	ompagnement sanit	aire proposé		
6- Motivatio	n de l'accompagne	ment familial agréé			
ACTION OF COMMERCIAL PROPERTY OF COMMERCIAL P					
			•		
			n du médecin prescrip	***	
Date:		Le médecin :	arralitariaelimatasia()	леш	
					00



### **CONFIRMATION D'ADMISSION**

www.cps.pf	☐ France	Nouvelle-∠elande
Service EVASAN ☎(689) 41 68 50/ 41 68 52 fax : (689) 41 68 51 e-mail : evasan-inter@cps.pf		olir par le médecin prescripteur oceveur accompagné du certificat médical
Identification du médeci	n prescripteur lo	lentification Etablissement receveur
	Nom:	
	Ville :	
	Professeur	/ Docteur :
	Service :	
	Téléphone :	
	Télécopieur	
	ldentification du patie	ut —
DN:		
NOM :		
Prénom ·		

#### **Information:**

Né (e) le :

Nous attirons votre attention sur la date de rendez-vous qui doit tenir compte de la date d'arrivée du patient:

Poids :

Destination	Compagnie aérienne	Jours d'arrive	ée	Heure d'arrivée
En Métropole	AIR TAHITI NUI	Lundi, Mardi, Dimanche	Jeudi, Samedi,	8h 25
(PARIS)	AIR FRANCE	Mardi, Vendredi, Dimanche		17h 15
En Nouvelle-Zélande (AUCKLAND)		Lundi	11h 15	
	AIR NEW ZEALAND	Mardi	9h 45	
		Vendredi	9h 45	
		Samedi	5h 15	
		Dimanche	8h 00	
	AIR TAHITI NUI	Vendredi	12h 10	
		Dimanche	12h 10	

Nous vous remercions de bien vouloir confirmer l'admission du patient dans votre service, par fax au médecin prescripteur, le plus rapidement possible.

Cadre destiné au médecin prescripteur	Cadre destiné au médecin receveur
Confirmation de la période d'admission :	Admission pour :
URGENT	
☐ SOUS QUINZAINE	
☐ DANS LE MOIS	
☐ AU-DELA D'UN MOIS :	
Date :	Date :
Tampon et visa :	Tampon et visa :



Service Evasan 2. 41 68 50 / 41 68 52

fax : 41 68 51

e-mail: evasan-inter@cps.pf

## PROCURATION

JE, SOUSS	IGNE(E):		
			ran .
			DN :
Nom	1 *		épouse :
Prénom,	* I		
Né(e) le	d e et dessagamentement septembles abundus		à:
Père <sup>(1)</sup>	Mère (1)	Tuteur (1)	Parent investi de l'autorité parentale <sup>(1)</sup>
Autre (à pré	eciser):		
Du patient :			
Né(e) le :		_	à:
			DN :
évacué(e) s	sanitaire, à co	mpter du :	# 1 man 1 ma
dans le sen	vice du/de	:	
du Centre F	lospitalier ou	de la Clinique :	
donne tout de l'Agenc toutes les d	pouvoir à Mo e CPS de la	nsieur le Chef Nouvelle-Zéla ministratives et l	de Service de l'Agence CPS-Paris ou du responsab ande ou à tout représentant de son choix pour effectur réglementaires liées à son séjour sanitaire, y compris so
		Fait à	à Papeete, le
			Signature :

(1) Rayer les mentions inutiles



Service EVASAN International

Tél : (689) 41 68 50/ 41 68 52 Télécopie : (689) 41 68 51 E-mail : evasan-inter@cps.pf

## Certificat d'Engagement pour une évacuation sanitaire

DN:		
Je, soussigné(e),		
demeurant à	минимомира	
		BHBANGPHUPAN
B.P:		
Tel. Dom:	Bureau:	Portable :
m'engage à accepte	r tout traitement prescri	et décidé par le Service Hospitalier
vers lequel :		
	🗌 je suis évacué(e).	
	mon enfant est éva	cué (e)
Je m'engage à rem	abourser à la CPS sur sa	demande, tous les frais inhérents à
l'évacuation, notan	nment les frais de transp	ort et les frais divers de gestion, en
cas de refus pers	sonnel d'être évacué ou	, ayant été évacué, de suivre les
traitements ou soin	ıs médicaux prévus.	
	Date	

Signature



Service EVASAN International Tél : (689) 41 68 50/ 41 68 52

Tél: (689) 41 68 50/ 41 68 52 Télécopie: (689) 41 68 51 E-mail: evasan-inter@cps.pf

DN:				

## Certificat d'Engagement

Je, soussigné(e),	
demeurant à	
B.P:	Tél :
m'engage à a	accepter tout traitement prescrit et décidé par le Service
Hospitalier ve	ers lequel je suis évacué (e)
	mon enfant est évacué (e)
Je m'engage	à rembourser à la CPS sur sa demande, tous les frais
inhérents à l'	'évacuation, notamment les frais de transport et les frais
divers de gest	tion, en cas de refus personnel d'être évacué ou, ayant été
évacué, de sui	vre les traitements ou soins médicaux prévus.
	Date

Signature



Service Evasan 2. 41 68 60 / 41 68 52

fax: 41 68 51

e-mail: evasan-inter@cps.pf

## **AUTORISATION PARENTALE**

----

	Je, (nous) soussigné (s):
	et.:
	□ Père □ Mère □ Parents □ Tuteur
	de l'enfant
	Né (e) le : à
	AUTORISE-AUTORISONS:
	I. Clauses générales
	a) - Les médecins ainsi que l'anesthésiste - réanimateur et le chirurgien du Centre
	Hamitalian
	nospitanot
	du Service
	b) - A le (la) (1) transférer dans un autre service ou Etablissement Hospitalier en cas de nécessité ou encore dans un Centre d'hébergement médicalisé ou non.
	c) - Le Service des Ambulances ou de VSL à assurer ses déplacements sanitaires pendant toute la durée de son séjour sanitaire.
	II. Particularités (enfant non accompagné) :
-	<ul> <li>a) - Ce(tte) dernier(e) à quitter le Territoire de la Polynésie Française dans le cadre d'une évacuation sanitaire pour se faire soigner:</li> <li>( ) En France</li> <li>( ) En Nouvelle-Zélande</li> <li>et à y revenir dès la sortie de l'Etablissement Hospitalier dont la date de retour sera fixée ultérieurement</li> </ul>
	b) - Le représentant de la C.P.S. de Paris ou de Nouvelle-Zélande ou encore toute personne de son choix: Monsieur,  Madame
	Signature du représentant légal Fait à Papeete, le



Service Evasan 2. 41 68 50 / 41 68 52

fax: 41 68 51 e-mail: evasan-inter@cps.pf

	PROCURATION							
JE, SOUSSIC	JE, SOUSSIGNE(E) :							
		DN :						
Nom	•							
Prénom	•	_						
Né(e) le	•							
évacué(e) sa	anitaire, à compter du :							
dans le servi								
du Centre Ho	ospitalier ou de la Clinique :							
de l'Agence	pouvoir à <b>Madame le Chef de Service de l'</b> <b>CPS de la Nouvelle-Zélande</b> ou à tout re demarches administratives et réglementaires lié	eprésentant de son choix pour effectuer						
	Fait à Papeete, le							
	Signature :							



No TAHITI: 183707 B.P. 1 Papeete Tahiti

Service Evasan ☎(689) 41 68 50 / 41 68 52 fax: (689) 41 68 51 e-mail: evasan-inter@cps.pf

### **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT**

A remplir par le patient et à remettre au Service EVASAN de la CPS – Cellule Administrative

<b>M</b>				DN:	
Passeport n°		Date expiration	•		
Pour un départ le.	vol n°		à destin	nation de :	
Souhaite le soutien de l'as	sociation A TAUTURU IA	NA ☐ oui	□ non	☐ ne sait pas	
Parle Français :	☐ couramment	☐ moyennemer	nt	□ pas du tout	
Parle Anglais :	☐ couramment	□ moyennemer	nt	☐ pas du tout	
Confession religieuse(facu	******				-
MEMBRE REFERENT	DE LA FAMILLE EN PC	LYNESIE			
Nom :		épouse :			
Prénom :		dit ; ·····			
Lien de parenté avec le ma	alade :				
Adresse géographique :					
Adresse postale :					
N° Téléphone :		Portable :			
HEBERGEMENT EN MI	ETROPOLE OU EN NO	UVELLE-ZELAI	NDE		
Nom :		épouse :			
Prénom:		dit :			
Lien de parenté avec le ma	alade :				
Adresse géographique :					
Adresse postale					
N° Téléphone :		Fax :			
ACCOMPAGNATEUR F	FAMILIAL	☐ Agréé	☐ Non a	agréé	
Nom :		épouse :			-
Prénom :		DN :			
Lien de parenté avec le ma	alade:				
Adresse en France ou en I	NIIe-ZELANDE :		1 0100		
Passeport n°:		Date expiration :			

Signature

PROJET DE DÉLIBÉRATION RELATIVE A LA CONVENTION ENTRE LA CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE ET EUROP ASSISTANCE OCÉANIE PORTANT ORGANISATION DES ÉVACUATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES (2018)

#### Projet de DELIBERATION N° XX-2017/C.A.

relative à la **convention** entre la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française et **Europ Assistance Océanie** portant organisation des évacuations sanitaires internationales

## LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Vu l'arrêté modifié n° 1336 IT du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française, notamment ses articles 5, 6 et 12, 9 et 10 modifiés par la délibération n° 91-47 AT du 15 février 1991 ;

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

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent ;

Vu l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ;

Vu la délibération n° 08-2017/C.A. du 03 octobre 2017 relative à l'organisation et la régulation des évacuations sanitaires internationales ;

Vu la délégation n° 100/P en date du 05 septembre 2017 du Président du Conseil d'administration de la CPS au directeur de la Caisse ;

Vu le procès-verbal de réunion du Conseil d'administration en date des 26 et 27 octobre 2017 ;

S'étant prononcé à ...... au cours de cette séance,

#### **DECIDE:**

<u>Article 1<sup>er</sup>.</u> - Est approuvée la convention entre la Caisse de prévoyance sociale et la Société Europ Assistance Océanie portant organisation des évacuations sanitaires internationales à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018 et pour une durée de 5 ans, jointe à la présente délibération.

Article 2. - Le Directeur de la Caisse est chargé de signer ladite convention.

<u>Article 3.</u> - Le Directeur et l'Agent-Comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente délibération.

PAPEETE, le .. octobre 2017

LE SECRETAIRE,

LE PRESIDENT.

**Thierry MOSSER** 

Ronald BLAISE



## CONVENTION

entre

la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française

et

**Europ Assistance Océanie** 

portant organisation des évacuations sanitaires internationales

#### **ENTRE:**

## LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE.

sise à PAPEETE, Avenue du Commandant Chessé - B.P. 1 - 98713 PAPEETE - TAHITI

en tant qu'organisme de gestion :

- du Régime des Salariés,
- du Régime des Non-Salariés,
- du Régime de Solidarité de la Polynésie française,

#### et vu les délibérations :

- n° ..-2017/CA en date du .. octobre 2017 du Conseil d'administration de la CPS ;
- n° ..-2017/CA.RNS en date du .............................. 2017 du Conseil d'administration du Régime des Non-salariés ;

approuvées et rendues exécutoires par arrêtés n° ..... CM, n° ..... CM et n° ...... CM en date du ....... 2015 publiés au JOPF n° ...... du ........ 2015 ;

## représentée par son Directeur, Monsieur Yvonnick RAFFIN, habilité par délégations :

- n° 100/P en date du 05 septembre 2017 du Président du Conseil d'administration de la CPS;
- n° 025/RNS en date du 05 septembre 2017 du Président du Conseil d'administration du Régime des Non-salariés;
- n° 025/RSPF en date du 05 septembre 2017 du Président du Comité de gestion du Régime de Solidarité de la Polynésie française,

ci-après dénommée « la C P S »,

d'une part,

#### ET:

#### LA SOCIETE « EUROP ASSISTANCE OCEANIE »,

Immeuble Fara, 22 rue Nansouty à PAPEETE - BP 40196 - 98713 PAPEETE

représentée par son Directeur Général, Monsieur François DELCROIX,

ci-après dénommée « E A O »,

d'autre part.

## IL EST CONVENU LES TERMES DE LA CONVENTION ET SES ANNEXES I à V QUI SUIVENT :

#### Article 1. - Du champ d'application de la convention

La CPS est chargée par délibération de l'Assemblée de la Polynésie n° 2001-6 AT du 11 janvier 2001 relative aux évacuations sanitaires hors du Pays, de « l'organisation du service public des évacuations sanitaires internationales », qu'elle peut assurer seule ou avec un prestataire de service, sous son contrôle exclusif, en faveur de ses ressortissants.

Europ Assistance Océanie a été retenue par la CPS en tant que prestataire de service afin d'assurer la continuité du service public.

Aussi, les parties signataires conviennent que Europ Assistance Océanie, en tant que prestataire de service, compte tenu de sa technicité et de son savoir-faire, assume sous le contrôle de la CPS, l'organisation administrative, logistique et médicale de l'ensemble des évacuations sanitaires internationales au départ et à destination de la Polynésie française, avec gestion des transports médicalisés ou non dans les limites et conditions fixées par la présente convention.

Europ Assistance Océanie peut déléguer à l'ensemble de ses filiales les tâches pour lesquelles elles sont le mieux à même de répondre aux besoins de la CPS dans le domaine des évacuations sanitaires.

#### Article 2. - De la procédure de l'évacuation sanitaire

Toute demande d'évacuation sanitaire hors du Pays, est constituée au moyen d'un dossier type mis à la disposition des parties prenantes (médecin prescripteur, médecin régulateur et patient) par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, comprenant une partie administrative qui permet l'organisation du départ et du séjour du patient, une partie médicale qui expose le diagnostic motivant l'évacuation sanitaire et une partie sociale qui recense les besoins sociaux du patient.

La demande d'évacuation sanitaire est initiée par le médecin prescripteur. Le médecin-conseil de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, en concertation avec le médecin régulateur d'Europ Assistance Océanie (responsable de l'acheminement), se prononce sur l'opportunité et les modalités de transport.

Conformément à l'article 12 de la délibération n° 2001-6 AT du 11 janvier 2011, en cas de rejet de tout ou partie de la demande d'évacuation sanitaire par le médecin-conseil de la CPS notifié au patient et au médecin prescripteur, le patient peut former recours devant une commission des recours des évacuations sanitaires.

En cas d'évasan urgente et en dehors des heures d'ouverture de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, la partie médicale remplie par le médecin prescripteur est transmise au médecin régulateur d'Europ Assistance Océanie. Celui-ci instruit le dossier et décide de l'opportunité de la demande, au regard notamment de son urgence et de sa motivation médicale.

Pour tous ces dossiers initialement instruits par Europ Assistance Océanie, le médecin régulateur doit informer, dès le premier jour ouvrable suivant, le médecin-conseil de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française de la décision prise et lui transmettre le dossier de demande d'évacuation sanitaire du patient dûment complété. Europ Assistance Océanie vérifie l'ouverture des droits du patient et effectue l'ensemble des formalités administratives à l'organisation de l'évacuation sanitaire et au séjour du patient telles que définies par convention.

En cas de refus de l'évasan urgente par le médecin régulateur d'Europ Assistance Océanie, ce dernier notifie, par tout moyen certain de transmission, sa décision de rejet motivée au médecin prescripteur, au patient et au médecin-conseil de la Caisse.

#### Article 3. - Recueil des données pour chaque EVASAN

Europ Assistance Océanie devra mettre en place un suivi des dossiers par Intranet, avec mise à disposition d'états de synthèse (évasan par destination, par motifs et grandes catégories majeures de diagnostic, etc.) Cf. aussi les données quantitatives au paragraphe 3.2.

Europ Assistance Océanie s'engage à recueillir pour chaque EVASAN, au minimum, les renseignements suivants, à partir d'un dossier type mis à disposition par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, et instruit par un de ses médecins :

#### 3.1 - Le recueil des caractéristiques de la demande

Sont recueillis : l'origine de la demande, l'établissement receveur, la destination, le motif de la demande, les solutions adoptées, horaires des décisions.

#### 3.2 - Le recueil des indications médicales

Sont recueillis: l'indication de la demande selon une classification simple, à déterminer, l'âge du patient, le type de spécialité concernée et l'existence de systèmes experts tels que les transferts d'images, le motif de transport (hospitalisation, rapprochement de plateau technique), indication du motif prioritaire, état du patient, éloignement de l'établissement d'accueil, le nom du médecin du service de destination et si possible, la date de l'avis du praticien conseil ou de la commission d'EVASAN1.

#### 3.3 – Les données quantitatives

Europ Assistance Océanie s'attachera à recueillir tout ou partie des informations qui lui sont accessibles. Des relevés d'activité seront systématiques : mensuels, trimestriels et annuels. Ils feront l'objet de statistiques, de moyennes, qui permettront d'évaluer en particulier la rapidité d'intervention, et les coûts par dossier et type de destination.

Europ Assistance Océanie peut être amenée à produire des rapports spécifiques supplémentaires à la demande de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française.

#### 3.4 – Les données qualitatives

Par sondage ou en continu, ces études pourront permettre de vérifier l'adéquation entre la situation et la réponse apportée. L'étude systématique ou ciblée du bilan des actions effectuées pourra permettre de déterminer les motifs de l'évasan et la nature des pathologies prises en charge, les conduites adoptées et leur adaptation. Ceci permettra d'ajuster pour les deux parties à la convention, les moyens disponibles aux interventions. Europ Assistance Océanie devra aussi produire des rapports spécifiques supplémentaires à la demande de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française.

#### 3.5 – Les données aéronautiques

Europ Assistance Océanie devra faire apparaître les évènements / incidents, y compris critiques, se produisant pendant la fourniture des services aériens d'intervention et qui entraînent ou peuvent entraîner, selon le cas :

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> La gestion des évasans a été confiée à la Caisse de Prévoyance Sociale, c'est donc le praticien conseil qui autorise ou non une évasan; toutefois, en cas de désaccord, le ressortissant peut faire appel auprès d'une commission dite des EVASANS. En cas de recours, chaque décision d'EVASAN passe a priori ou a posteriori (en cas d'urgence par exemple) au filtre de cette commission.

- un décès ou la perte d'un membre ou d'une fonction,
- · des pertes ou dommages matériels.

La présente définition vise également un membre du personnel, un médecin ou infirmier, un accompagnateur agréé victimes de blessures nécessitant des soins médicaux.

#### 3.6 – Les données spécifiques à l'expertise médicale

Dans le cadre du suivi plus particulier de cette prestation, Europ Assistance Océanie s'engage à livrer mensuellement, l'ensemble des données suivantes :

- Tableau de suivi des patients sur support numérique comprenant les données détaillées administratives et médicales ainsi que les actions d'Europ Assistance Océanie sur chacun des dossiers (sur la base des champs définis en annexe IV);
- Rapports qualitatif et quantitatif de l'activité portant sur les indicateurs suivants, issus de l'analyse du tableau de suivi et des actions de l'équipe Europ Assistance Océanie à Paris et détaillant :
  - Mouvements et statut des patients en France et Nouvelle-Zélande,
    - Comparatif sur deux ans a minima, au « mois le mois »;
  - Suivi des admissions et consolidations des patients des principaux établissements :
    - Bichat, Robert-Debré, IGR, Saint-Antoine, Necker;
  - o Programme de soins,
    - % de patients partant avec un programme de soins,
    - % d'adéquation entre programme de soins et durée de séjour,
    - Nombre de dépassements et délai de prise en charge,
    - Nombre et nature des dysfonctionnements,
  - o Mesures proactives, correctives et leurs bénéfices,
    - Nombre et nature.
    - Nombre de journées épargnées /mois ;
  - Point de synthèse ;
- Décomptes et comparatif des frais de séjour sur la base des devis.

#### Article 4. - De la prise en charge des prestations

Europ Assistance Océanie, en tant que prestataire de services, assume l'organisation administrative, logistique et médicale de l'ensemble des évacuations sanitaires hors du Pays dans les limites et conditions fixées par la présente convention et en informe la CPS.

Europ Assistance Océanie devra dispenser à son personnel la formation et le soutien requis pour lui permettre d'exercer son mandat de façon autonome, ainsi que les procédures et les modes opératoires applicables.

A l'exception de l'équipe basée à Paris et du personnel médical ou paramédical, l'intégralité du personnel affecté à cette prestation est salariée de l'entreprise et cotise aux différents régimes sociaux en vigueur en Polynésie française.

Les moyens et délais de mise en œuvre sont définis par Europ Assistance Océanie en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin-conseil de la CPS.

Dans ce contexte, Europ Assistance Océanie assume la responsabilité logistique et médicale de l'évacuation sanitaire, qu'il s'agisse de transports avec ou sans escorte médicale ou paramédicale, dès la réception et la validation de la demande par le médecin régulateur d'Europ Assistance Océanie.

A ce titre, Europ Assistance Océanie certifie avoir contracté une assurance garantissant sa responsabilité civile professionnelle, tant pour les patients que pour ses escortes médicales et paramédicales, spécifique de la société dans l'exercice de sa mission.

A la demande de la CPS, communication desdites garanties d'assurance peut lui être faite.

Europ Assistance Océanie garantit qu'il exerce son activité professionnelle en conformité avec toutes les dispositions légales et réglementaires applicables en Polynésie française, en métropole et à l'international (notamment sur les transports et secours aériens), et qu'il dispose des qualifications professionnelles nécessaires pour l'exécution des services tels que définis dans cette convention.

Europ Assistance Océanie garantit qu'il a tout le pouvoir nécessaire et les droits légaux pour procurer ses services à la Caisse de Prévoyance Sociale conformément à la présente convention et que ses obligations selon la présente ne sont pas en conflit avec les obligations résultant d'autres contrats.

#### 4.1 – Détail de la prestation de base

L'ensemble des prestations prises en charge par Europ Assistance Océanie fait l'objet d'une tarification conformément aux annexes I et II de la présente convention. En contrepartie, Europ Assistance Océanie s'engage à :

- 1. Mettre en place un logiciel de gestion des évacuations sanitaires, à disposition de l'ensemble des partenaires (médecins prescripteurs, médecins-conseils de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, agences de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, service Evasan de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française) dans le respect des règles énoncées par la CNIL et en assurer la maintenance.
- 2. Europ Assistance Océanie se charge de la saisie des données fournies par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française (par mail ou fax) dans ce logiciel pour une consultation par tous les partenaires de l'évasan, transmet en retour les données informatiques à la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française et s'engage à dispenser aux partenaires qui le souhaitent les formations adéquates pour l'utilisation de ce logiciel.
- 3. Accomplir toutes les formalités administratives nécessaires à l'évasan dès réception du dossier administratif, médical et social de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française. Ces formalités comprennent le recueil des pièces pour l'établissement des passeports de sortie du Pays, les demandes éventuelles de visa, la mise en place des réservations des titres de transport ainsi que leurs mises à disposition avant le départ. Avant le séjour, vérifier l'adéquation « Départ Admission Soins » et confirmer les admissions.
- 4. Prendre contact préalablement avec le patient ou son représentant, pour chaque dossier d'évasan, afin d'effectuer une évaluation médicale et transmettre les informations sur son degré d'autonomie aux agences de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française et informer le patient sur les conditions de l'évacuation sanitaire, du transit aéroportuaire et de son séjour.

- 5. Fixer, en collaboration avec le médecin prescripteur, les dates d'admission des patients dans les services hospitaliers receveurs des pays de destination et en confirmer les dates et heures d'admission et/ou de rendez-vous aux agences internationales de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française. Dans ce contexte, Europ Assistance Océanie s'engage à faire bénéficier les patients évacués sanitaires de son réseau de centres de soins et faciliter les regroupements de patients sur des vols prédéfinis à l'avance, à l'exception des arrivées le dimanche et les jours fériés.
- 6. Vérifier que le patient est bien en possession des résultats d'examens et de son dossier médical conformément aux protocoles de prises en charge validés entre le service demandeur, le service receveur et le service du Contrôle Médical.
- 7. Mettre à disposition une escorte médicale spécialisée dans les évacuations sanitaires long courrier pour tout accompagnement médicalement justifié.
- 8. Mettre à disposition un matériel médical adapté aux spécificités des évacuations sanitaires longues distances et en assurer le suivi.
- Organiser la logistique spécifique du vol : mise en place de civières, d'oxygène ou autres moyens spéciaux, en liaison avec les compagnies aériennes.
- 10. Prendre en charge l'accueil du patient et des accompagnateurs agréés à l'aéroport de Tahiti Faa'a. Europ Assistance Océanie prend en charge le transport terrestre (ambulance, VSL ou taxi) du lieu d'habitation ou du centre de soins jusqu'à l'aéroport de départ.
- 11. Mettre à disposition un salon privé pour les patients et leurs éventuels accompagnateurs à l'aéroport de Tahiti Faa'a ainsi qu'une sacoche regroupant l'ensemble des informations nécessaires au voyage.
- 12. Prendre en charge le transport terrestre du patient et des accompagnateurs agréés de l'aéroport de destination jusqu'au centre de soins ou d'hébergement. Dans ce dernier cas, Europ Assistance Océanie prend en charge la première nuit d'hébergement du patient et/ou de l'accompagnateur agréé selon le tarif forfaitaire préalablement fixé en Annexe II.

Il est convenu entre les parties que l'accueil à l'arrivée est organisé par Europ Assistance Océanie, l'organisation des transports, de l'hébergement et tout le suivi des patients et accompagnateurs durant le séjour dans le pays de destination étant effectués par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française.

Le transport et l'hébergement des patients et des accompagnateurs agréés sont pris en charge financièrement par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française selon ses textes en vigueur.

- 13. Effectuer une évaluation médicale systématique du patient avant son retour et transmettre ladite évaluation au service du Contrôle Médical et à l'agence de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française. A cet effet, le prestataire met à disposition l'ensemble des ressources médicales, administratives et logistiques dans les mêmes conditions que pour l'évacuation sanitaire de départ en utilisant ses possibilités de régulation : régulation médicale, escortes médicales, matériels nécessaires. L'organisation du retour en Polynésie, les formalités administratives de commande de transport et de passeports sont réalisées par Europ Assistance Océanie.
- 14 Prendre en charge et organiser les transports terrestres des patients et des accompagnateurs agréés du centre de soin ou d'hébergement vers l'aéroport de départ.

En outre, Europ Assistance Océanie s'engage à faire bénéficier la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française de ses accords avec les centres agréés par lui, pour un suivi des patients hospitalisés, et ce dans une optique de réduction des coûts et des durées d'hospitalisation.

Dans ce cadre, Europ Assistance Océanie s'engage à apporter une aide et un conseil aux Agences, pendant la période de soins des malades en métropole, notamment en matière d'avis portant sur l'adéquation du traitement, la réalité des prestations, des durés de séjour et d'hospitalisation concernant les personnes évacuées.

Les coordinateurs d'opérations et les médecins régulateurs d'Europ Assistance Océanie doivent être disponibles par téléphone, télécopie et mail au Centre opérationnel d'Europ Assistance Océanie vingt-quatre (24) heures sur vingt-quatre, sept (7) jours sur sept.

#### 4.2 - Prestation « expertise médicale en métropole »

Europ Assistance Océanie assure, pour le compte de la Caisse de Prévoyance Sociale des expertises médicales axées principalement sur la réduction des coûts concernant les personnes évacuées sanitaires pendant leur période de soins en France métropolitaine.

Cette prestation optionnelle est retenue pour une durée d'un an. Elle sera maintenue pur une période d'un an reconductible en l'absence d'application des tarifs d'hospitalisation de la Sécurité sociale, aux assurés des régimes de protection sociale polynésiens en situation d'évasan.

Les parties conviennent que pour mettre en œuvre cette prestation, Europ Assistance Océanie doit disposer, sur Paris, d'une équipe médico-administrative composée de :

- un médecin dédié à plein-temps à l'activité des évacuations sanitaires internationales sur la métropole,
- un administratif à Paris, chargé :
  - pendant le séjour, de suivre et saisir les étapes du séjour (hébergements, consultations, hospitalisations, les indicateurs et émission des tableaux de bord et mettre en place la prévalorisation des actes médicaux (provisions des charges).
  - après le séjour, de gérer avec l'antenne CPS Paris la logistique administrative du retour (saisie Meri) et assumer la problématique des passeports.

A cet effet, dans le cadre de la présente convention, Europ Assistance Océanie a pour mission générale :

- d'effectuer sur demande et pour le compte de la Caisse de Prévoyance Sociale des expertises médicales des patients évacués sanitaires ;
- en outre, Europ Assistance Océanie s'engage à faire bénéficier la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française de ses accords avec les centres agréés par lui, pour un suivi des patients hospitalisés, et ce dans une optique de réduction des coûts et des durées d'hospitalisation;
- de veiller à ce que les patients évacués reçoivent les meilleurs soins au meilleur coût, et d'alerter sur les éventuels abus ;
- d'assurer le relais d'information et de conseil nécessaire auprès des Agences, du service des Evasans de Papeete,

- de conseiller le Service du Contrôle Médical, notamment en répondant à celui-ci sur la faisabilité d'un acte médical ou chirurgical en France Métropole, en Nouvelle-Zélande, en Australie ou en Nouvelle-Calédonie, ou sur le bien-fondé des consultations dispensées et ou examens demandés aux malades polynésiens au cours de leur évacuation sanitaire,
- d'apporter également une assistance au Service des Evasans notamment sur les modalités de facturations de certains actes (les hémodialyses en particulier)

Europ Assistance Océanie exerce son expertise :

- □ de manière systématique pour tous les patients adressés pour :
  - chirurgie cardiaque dont chirurgie cardiovasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie coronarienne, chirurgie valvulaire,
  - rythmologie,
  - greffe,
  - radiothérapie et/ou chimiothérapie,
  - rééducation fonctionnelle.

□ de *manière aléatoire*, et sur demande du Service du Contrôle médical, pour les autres patients.

Dans le cadre des thérapeutiques et examens limitativement énumérés ci-dessus, le médecin d'Europ Assistance Océanie contrôle l'adéquation du traitement à l'état de santé du patient et les progrès du malade, grâce aux contacts médicaux continus avec le médecin traitant en France.

Pour cela, chaque semaine, ou davantage si nécessaire, le médecin d'Europ Assistance Océanie prend contact avec les établissements hospitaliers concernés et discute plus particulièrement :

П	des	progrès	médicaux	du	patient.
	acc	progree	IIIOGIOGGA	~~	Parionic

- □ de l'organisation du suivi médical et de la poursuite du traitement et des tests médicaux,
- des différences avec ce qui avait été prévu initialement dans le plan de suivi médical notamment en cas de dépassement de la durée d'hospitalisation pour les patients hospitalisés ou de traitement supplémentaire pour les patients non hospitalisés,
- □ de la réduction des délais,
- □ de la nécessité de proroger le suivi médical du patient en France au lieu d'être rapatrié en Polynésie française dans le cas où les établissements médicaux en Polynésie française sont en mesure de procurer des soins médicaux continus,
- □ du besoin de demander au médecin prescripteur des évasans d'obtenir un rapport ou contribution du médecin traitant en Polynésie française concernant l'orientation du suivi médical du patient.

En cas de modification des soins, du programme thérapeutique ou diagnostic, le médecin d'Europ Assistance Océanie en informe aussitôt le Service du Contrôle Médical par courriel ou télécopie, en donnant son appréciation sur la modification envisagée.

Par ailleurs, sur demande particulière de la Caisse de Prévoyance Sociale, Europ Assistance Océanie peut être amené à mener une enquête ponctuelle sur le traitement d'autres pathologies.

Dans le cadre du contrôle continu prévu supra, pour tous les patients adressés pour chirurgie coronarienne, chirurgie valvulaire, rythmologie, chirurgie vasculaire, greffe, radiothérapie et/ou chimiothérapie, le médecin du prestataire doit notamment vérifier :

qu'il n'y a pas de délai anormal pour la réalisation de l'acte programmé,
qu'il n'y a pas multiplication d'actes annexes non prévus initialement,
que la durée du séjour demeure conforme aux besoins du patient et qu'elle se prolonge jusqu'à stabilisation de son état.

La Caisse de Prévoyance Sociale admet que le médecin d'Europ Assistance Océanie ne pourra ni examiner physiquement les patients, ni prendre de décisions au sujet de leur traitement. Il pourra seulement s'entretenir avec le personnel soignant et les patients, suivre l'évolution de l'état de santé de ces derniers, se renseigner sur les examens médicaux complémentaires et le matériel médical préconisé pour chaque malade. Les renseignements obtenus doivent être communiqués dans les meilleurs délais au Service du Contrôle Médical qui, le cas échéant, émettra des observations et fera part de ses instructions.

Le compte-rendu de cette visite est intégré dans le rapport mensuel fourni par Europ Assistance Océanie.

Pour chaque patient évacué, le médecin d'Europ Assistance Océanie vérifie qu'un compte-rendu médical final établi par le médecin traitant receveur a bien été adressé au médecin traitant polynésien et au Service du Contrôle Médical.

Il réclame ce document, si nécessaire, au plus tard dans les 8 jours qui suivent le retour des patients en Polynésie française, et y adjoint son propre commentaire médical détaillé chaque fois que cela est utile, au plus tard dans les 5 jours suivant la réception par Europ Assistance Océanie du compte-rendu médical final.

Chaque mois, Europ Assistance Océanie établit un compte-rendu détaillé de son activité, qui est adressé au Service du Contrôle Médical, aux Agences et à la Sous-direction du pôle santé de la Caisse de Prévoyance Sociale.

Un bilan annuel est en outre fourni, dans le trimestre suivant la fin de l'année considérée.

Dans ce cadre et sous ces conditions, Europ Assistance Océanie s'engage, pour l'exercice 2016, à diminuer le coût moyen des frais médicaux pour une économie attendue pour l'exercice 2016 de 50 MF (pour 430 dossiers), calculée sur la base :

#### 1/ Actions envisagées :

- Maintenir la destination vers la Nouvelle-Zélande, avec un objectif de répartition de 25 % d'évasans sur la Nouvelle-Zélande et 75 % sur la France métropolitaine.
- Envisager une orientation USA en alternative à l'orientation Nouvelle-Zélande, selon des conditions tarifaires avantageuses à définir avec la médecine-conseil.
- Vérifier l'adéquation des protocoles et les programmes de soins pour l'ensemble des patients en partenariat avec la médecine-conseil, le service des Evasans et les agences.
- Réguler et contrôler avec la médecine-conseil l'orientation des patients vers les établissements receveurs sur la base de la liste indicative des 35 structures de soins jointe en annexe III, en :
  - o sensibilisant les prescripteurs des secteurs public et privé,
  - o regroupant les patients sur la région Ile-de-France (Paris),
  - o identifiant des structures alternatives au sein de son réseau,
  - privilégiant une orientation vers les établissements Parly II, Générale de Santé et autres, après établissement de conventions à passer avec eux et validées par la CPS.

- Réduire la durée moyenne d'hospitalisation et en valoriser l'impact financier notamment sur Bichat, Saint-Antoine, Robert-Debré, Necker, en optimisant le planning de soins et en privilégiant les alternatives à l'hospitalisation.
- Optimiser la prise en charge (médico-économique) des patients longue durée (notamment les patients en attente de greffe et ceux en rééducation ou convalescence).
- Prévaloriser les séjours par demande de devis en systématique. Ces devis feront l'objet d'un listing d'établissements pour des propositions futures.

La liste ci-dessus est non exhaustive.

2/ L'assiette servant de base de calcul des économies générées est représentée par le coût des soins résultant d'évasans.

Ces prestations feront l'objet d'une facturation séparée, fixée à l'article 6 point 2 ; elle sera réglée sous réserve des dispositions prévues ci-dessus.

#### 4.3 - Prestation « rapatriement des dépouilles mortelles»

La prestation relative à l'organisation du rapatriement des dépouilles mortelles est retenue pour une durée d'un an, reconductible en tant que de besoin.

Durant cette période, Europ Assistance Océanie est chargée d'organiser le rapatriement et effectuer toutes les formalités administratives des dépouilles mortelles vers la Polynésie française, en utilisant ses ressources logistiques: recueil des pièces, accompagnement dans les démarches administratives auprès de la société de pompes funèbres prestataire, information des agences de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française du jour et de l'heure de mise en bière.

Europ Assistance Océanie prend en charge le transfert du corps sans cercueil, l'ensemble des frais de conservation du corps, le coût du cercueil et son transport jusqu'à l'aéroport ainsi que le coût du frEt aérien. Il assiste les familles dans les démarche administratives. La mission d'Europ Assistance Océanie se termine dépouille mortelle rendue à l'aéroport de Tahiti-Faaa (zone de fret et salon pour les familles.

#### Article 5. - Matériel technique & Gestion des DASRI

Pour assurer sa mission Europ Assistance Océanie, déclare disposer et assurer la maintenance des matériels techniques et fournir les consommables nécessaires pour les transports médicalisés.

Europ Assistance Océanie, dans le cadre de ces missions mettra en place un protocole de gestion des DASRI (déchets d'activités de soins à risque infectieux).

#### Article 6. - Facturation et paiement

#### 6.1 - De la prestation de base

La facture acceptée sera réglée dans un délai de 60 jours ouvrés à compter de sa date de réception à Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, par mandat administratif.

Les factures seront adressées mensuellement par Europ Assistance Océanie à la Caisse de Prévoyance Sociale qui accepte le paiement sous réserve du bon déroulement de la prestation de services et de sa validation.

Pour garantir un traitement efficace des factures, Europ Assistance Océanie utilise la même description que celle de la grille tarifaire ci-annexée sur les factures adressées à la Caisse de Prévoyance Sociale. Un service fait sans référence à la grille tarifaire ou ne correspondant pas aux tarifs présentés ci-annexés ne sera pas payé à Europ Assistance Océanie.

Europ Assistance Océanie préparera et soumettra ses factures à la Caisse de Prévoyance Sociale pour approbation avant paiement en trois exemplaires (1 original marqué « original » et 2 copies marquées « copie n° 1 » et « copie n° 2 », y compris les pièces attachées.

Par son acte de soumission d'une facture, Europ Assistance Océanie garantit qu'il n'existe aucun privilège ou réclamation et que tous les salaires, factures, taxes, impôts exigibles relatifs aux prestations étant facturées ont été réglés.

Europ Assistance Océanie signera chaque facture et y certifiera que tous les services couverts par la facture sont réalisés, que la facture est exacte et authentique et qu'il s'agit de la seule facture émise pour les services qui y sont décrits.

En cas de débarquement d'un patient ou d'un accompagnateur agréé, seuls les frais de séjours hospitaliers sont pris en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française. Aussi, dans une optique de réduction des coûts et des durées d'hospitalisation, Europ Assistance Océanie s'engage à :

- négocier et faire bénéficier la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française de ses accords tarifaires avec, en fonction du type de pathologies, les centres agréés dont la liste est jointe en annexe V,
- organiser, à titre gracieux, le rapatriement du patient en Polynésie française dès que son état de santé le permet.

#### 6.2 - De la prestation « expertise médicale en métropole »

Sous réserve du respect des livrables précisés à l'article 3.6 de la présente, Europ Assistance Océanie percevra un **forfait mensuel de 2 466 425 F CFP HT** (deux millions quatre cent soixante six mille quatre cent vingt-cinq francs pacifique hors taxes), soit une base annuelle de 29 597 148 F CPF HT,

(soit 2 466 425 F CFP HT mensuels = 2 787 065 F CFP TTC sur la base d'une TVA à 13 %).

#### Article 7. - De la durée de la Convention

La présente convention est conclue pour une durée de **cinq (5) ans**. Elle prend effet à compter du 1<sup>er</sup> **janvier 2018.** 

Les bons de commandes peuvent être émis jusqu'à l'expiration de la durée de la validité de la convention.

#### Article 8. - Cession, substitution, association, liquidation judiciaire

Europ Assistance Océanie ne peut s'associer, pour assurer l'exécution de la convention sans en être expressément autorisé par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française. Par conséquent, en cas de non-respect dudit article, cette omission constituera une cause de résiliation de la convention

En outre, en cas d'acceptation, il communiquera tous les documents juridiques.

Néanmoins la cession, substitution, association, autorisée par la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, Europ Assistance Océanie n'en demeure pas moins tenu de l'accomplissement de toutes les clauses de la présente.

Dans l'hypothèse où une procédure de redressement judiciaire serait mise en place au bénéfice d'Europ Assistance Océanie, celle-ci en informera sans délai la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française et lui communiquera le jugement prononçant l'ouverture de la période d'observation ordonnée par le tribunal.

Si à l'issue de cette période, la liquidation judiciaire était prononcée, la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française doit en être informée sans délai.

#### Article 9. - De la durée continuité de la convention

Les litiges pouvant intervenir entre la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française et Europ Assistance Océanie, ne peuvent servir de justification à toute interruption, suspension même temporaire des clauses du présent contrat.

La continuité et les impératifs du service public ne pourraient être remis en cause :

 en cas de grève, et de ce fait ne serait en aucun cas une cause d'exonération des obligations contractuelles pesant sur Europ Assistance Océanie.

#### Article 10. - De la résiliation de la Convention

#### 10.1 - Condition de la résiliation

La présente convention peut être résiliée à tout moment, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties signataires, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout autre moyen certain de transmission, en précisant les motifs sur lesquels elle estime devoir fonder sa décision, en cas de violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'autre partie.

Dans ce cas, la résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de trois (3) mois à compter de la date de sa notification.

#### 10.2 - Clause spéciale

Tout litige pouvant survenir en dehors des cas de résiliation visés à l'article 6.1 sera tranché par les tribunaux compétents de PAPEETE.

#### Article 11. - Cas de force majeure

Europ Assistance Océanie ne peut être tenu pour responsable des manquements ou des retards dans l'exécution des prestations résultant de cas de force majeure ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, instabilité politique notoire, mouvements populaires, émeutes, actes de terrorisme, représailles, grèves, explosions, catastrophes naturelles, désintégration du noyau atomique, restriction à la libre circulation des personnes et des biens.

#### Article 12. - De la compétence du tribunal

Les parties signataires conviennent de faire leur possible pour résoudre à l'amiable toute contestation susceptible de résulter de l'interprétation, de l'exécution ou de la cessation de la présente convention.

A défaut, la présente convention sera soumise à la compétence exclusive des tribunaux de PAPEETE, même en cas de garantie ou de pluralité de défendeurs. En l'espèce le tribunal civil de première instance de Papeete est compétent.

#### Article 13. - Confidentialité

Europ Assistance Océanie s'engage à une totale confidentialité sur la présente mission, ainsi qu'aux documents et informations dont il aura connaissance dans le cadre des services qu'il aura à rendre.

Il est expressément entendu que la convention, ainsi que toute utilisation éventuelle de documents, quelle qu'en soit la présentation, n'impliquent entre les parties soussignées aucun lien ou rapport autres que ceux définis par la présente convention.

Envers des tiers, chacune des parties est seule responsable des actes et prestations lui incombant d'après la présente convention.

Les méthodes, procédures, procédés techniques ou autres informations qui sont mutuellement transmis par les parties, entre elles, au titre de la présente convention, sont strictement confidentiels et soumis au secret professionnel.

En conséquence, les parties s'interdisent de les divulguer directement ou indirectement à des tiers, et s'engagent à prendre toutes dispositions en ce sens vis-à-vis de leur personnel.

#### Article 14. - Dispositions particulières

Dans le cadre d'accompagnement médicalisé ou paramédicalisé, les parties s'entendent pour que l'escorte voyage dans la même classe que celle du patient. Lorsque le séjour de l'escorte n'excède pas 36 h en Métropole, l'escorte bénéficiera d'une billetterie en classe « affaire ».

#### Article 15. - Divers

La prise en charge ou le versement indu de prestations résultant de l'inobservation des dispositions précisées dans le cahier des clauses techniques ci-annexé et de celles touchant aux règles de tarification ou de facturation, autorise la CPS à réclamer à Europ Assistance Océanie, le remboursement des prestations indûment versées et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

#### Fait à PAPEETE, le ..... en deux (3) exemplaires originaux.

Pour Europ Assistance Océanie :

Pour la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française :

LE DIRECTEUR GENERAL,

LE DIRECTEUR,

François DELCROIX

**Yvonnick RAFFIN** 

Annexe A : Tarifs par dossier : Offre de base et prestations spécifiques optionnelles A et B

	De la Potynésie Française vers l'Australie OU de l'Australie vers la Polynésie Française		38 761	565 835	776 185	998 105				Da l'Australle vers la Polynèsie française	-
			38 751	552 734	707 294	885 478					The same of the sa
The second secon	la De la Polynèsie Française vers la Nouvelle Calédonie vers la OU de la Nouvelle Calédonie vers la Polynèsie Française	ER	15	34	34	78		2 466 429 par mois		De la Nouvelle Caledonie vers la Polynésie Française	
	De la Polynesie Française vers la Nouvelle Zelande OU de la Nouvelle Zelande vers la Polynesie Française	OFFRE DF BASE - TARIFS PAR DOSSIER	38 761	552 234	707 294	885 478	PRESTATION A	2 466 2	PRESTATION B	De la Nouvelle Zélande vers la Polynésie Française	
	De la Polynèsie Française vers la De la Polynèsie Française vers la Nouvelle Calèdonie vers la OU DU de la França de la Nouvelle Zelande vers la Polynèsie Française Prongaise Polynèsie Française Polynèsie Française Polynèsie Française Polynèsie Française	OFTR	38 751	572.637	817 470	1 055 501				De la France Métropolitaine vers la Polynesie Française	
	Type d'évasans Catégorie de patients transportés // Type de trajet - Destination		Non médicalsé	Infirmier	Medecin	Wedecin + infirmier		Expertise Médicale		Type de trajet - Destination	THE RESIDENCE OF THE PERSON NAMED IN COLUMN 2 IN COLUM

Remise proposée à la fin de l'exercice, au-delà de 950 Evasan : 3% du chiffre d'affaire net facturé

### **ANNEXE II**

### MODALITES DE REMBOURSEMENT DES HEBERGEMENTS à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018

Europ Assistance Océanie prend en charge la première nuit d'hébergement du patient et/ou de l'accompagnateur agréé, sur la base forfaitaire de 1 000 XPF hors taxes (1 130 XPF TTC) par trajet.

Il est convenu entre les parties que le rôle d'accueil à l'arrivée, l'organisation des transports, de l'hébergement et le suivi des patients et accompagnateurs agréés durant le séjour dans le pays de destination, sont dévolus aux agents des antennes CPS.

## ANNEXE III Liste indicative des hôpitaux

Région	Réseau	<b>Etablissement</b>	Pathologie		
Alsace	Autre	Strasbourg (CHU)	Greffe		
Aquitaine	Autre	Bordeaux (CHU)	MOO		
		Haut Lévêque (CH)	MOO + Rythmologie		
Centre	Autre	Limoges (CHU)	MCO + Neuro embolisation		
lle de France	APHP	Antoine Beclère (CH)	MOO ?????		
		Beaujon (CH)	MOO + Neuro chirurgie + octréoscan		
		Begin (HIA)	MCO + Médecine nucléaire		
		Bichat (CHU)	MOO + Chirurgie cardiaque		
		Cochin (CHU)	MCO + Cancérologie + Medecine nucléaire		
		Georges Pompidou (Hôpital El	L MOO		
		Henri Mondor (CHU)	MOO + Chirurgie hépatique et vasculaire		
		Hôtel Dieu (CH)	MOO + Medecine nucléaire		
		Kremlin-Bicêtre (CHU)	MCO + Neurologie		
		Necker (CHU)	MOO + Pédiatrie (chirurgie et médecine)		
		Pitié Salpétrière (CHU)	MOO		
		Quinze-Vingts (CH)	Ophtalmologie		
		Raymond Poincaré (CH)	SSR		
		Robert Debré (CH)	MOO + Hématologie pédiatrique		
		Saint Antoine (CH)	MOO + Hématologie + Chirurgie néoplasique		
		Saint Louis (CH)	MOO + Chirurgie néoplasique		
		Tenon (CH)	Greffe		
		Trousseau (CH)	MOO + Chirurgie pédiatrique		
	Autre	Ambroise Paré (Clinique)	MOO + Chirurgie néoplasique		
	CCL	Ourie (Institut)			
	CL	Control of the Contro	Cancérologie ophtalmologique		
		Gustave Roussy (Institut)	Cancérologie		
	MGEN		MOO + Chirurgie cardiaque + urologique		
	SSA	Percy (HIA)	MOO + Petscan		
		Val de Grâce (HIA)	MOO + Petscan		
Lorraine	Autre	Nancy (CHU)	Greffe		
Nord-Pas-de-Calais	Autre	Berck (CH)	SSR		
INDICIT as de Calais	Adde	Lille (CHU)	MOO + Médecine nucléaire		
		Lille (Cho)	IVIOO+IVIEGECINE NUCleaire		
Pays de la Loire	Autre	Nantes (CHU)	Greffe		
Provence-Alpes-Côte-d'/	Azur APHM	Marseille (CHU)	Greffe		
Rhône-Alpes	As does	Cranchia (CHIII)	MOO + Bathanologic		
NICHEPAIPES	Autre HCL	Grenoble (CHU)  Edouard Herriot (CHU)	MOO + Rythmologie Greffe		
Total					
9 régions s	ur 18	35 établissements sur 112 ed	licitées sur les 5 demières années		
a legions s	u IO	Sur 112 SOI	iiulos sur los sudificies annees		

## ANNEXE IV Champs du tableau de suivi

Patient Evasan Séjour

Médical Facturation

Analyses

Divers

3

5

6

Concerne les champs catégorisés pour une exploitation par les différents services intervenants dans la gestion globale d'une évacuation sanitaire internationale. Susceptible d'évolution.

Item	Cat.	Commentaires
N°Sax Aller	1	
N°Sax Retour	1	
N°Eva	1	
DN	1	
Sexe		THE RESERVE OF THE PARTY OF THE
Nom usuel	1	CONTRACTOR STATE OF THE PARTY O
Nom marital	1	
Prénom	1	RESIDENCE OF THE RESIDENCE
Date Naissance	1	
Age	1	
Acag	2	Oui / Non
Trajet	2	Destination
Cie	2	ATN, NZ, AF
Classe	2	PCI, Eco, Aff
Escorte	2	MED, IDE, DOU
Claimpath	2	A ou R, Médicalisation ou non
Début évasan	2	Date Départ
Fin évasan	2	Date Retour
Sans retour	2	Statut HE ou décès
Admission	3	Date à laquelle le pax est attendu
Hôpital Destinataire	3	Structure receveur
Hébergement	3	Oui / Non
Struct. Hébergement	3	Structure d'accueil
Intervention Pax	3	Date de chirurgie
Début convalescence	3	Date départ en rééducation
Fin convalescence	3	Date retour de rééducation
Début Bilan post-op.	3	And the second second
Fin Bilan post-op.	3	
Sortie	3	Date de sortie de l'hôpital
Fin de soins	3	Date du FTF
NIP Hôpital	3	Référence hospitalière
Détails Séjour	3	Séquence des différents établissements
Durée Protocole	4	Durée attendue de l'évasan
Programme de soins	4	Dates RDV, admission
Diagnostic	4	CIM 10
Spécialité	4	
Motif	4	Motif d'évasan
GHM / GHS	4	Défini en aval
Bulletin de situation	5	Certificat de sortie hôpital
Décompte de Frais	5	Préfacturation
Prévalorisation	5	Selon devis obtenu
Facturation	5	Sources CPS
Anomalie de séjour	6	Oui / Non
Type_Anomalie	6	Liste des Dysfonctionnements
Type_Correction	6	Action attendue
Résultat	6	Bénéfice
Notes	7	Commentaires
The state of the s		

# ANNEXE V Liste des établissements agréés au sein du réseau EAO

## DÉLIBÉRATION N° 94-138 AT DU 2 DÉCEMBRE 1994 PORTANT COORDINATION DES RÉGIMES POLYNÉSIENS ET MÉTROPOLITAINS DE SÉCURITÉ SOCIALE



#### Adopte:

Article 1er.— L'article 40*bis* de la délibération n° 91-28 AT du 24 janvier 1991 est modifié comme suit :

"Les dispositions de la présente délibération, sauf en ce qui concerne les articles 12 à 39 lesquels sont d'application immédiate, entreront en vigueur à compter du 1er janvier 1996."

Art. 2.— Le Président du gouvernement est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Un secrétaire, Teriitepaiatua MAIHI. Le président, Jean JUVENTIN.

DELIBERATION n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale.

NOR: TLS9401544DL

L'assemblée territoriale de la Polynésie française,

Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut du territoire de la Polynésie française;

Vu la loi n° 94-99 du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française, et notamment ses articles 3 et 11;

Vu la délibération cadre n° 94-6 AT du 3 février 1994 définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française;

Vu l'arrêté n° 1336 l'T du 28 septembre 1956 portant organisation de la caisse de compensation des prestations familiales du territoire des Etablissements français de l'Océanie;

Vu l'arrêté n° 1408 IT du 13 octobre 1956 fixant les règles relatives aux opérations financières et comptables de la caisse de compensation des prestations familiales ;

Vu la délibération n° 94-122 AT du 15 septembre 1994 fixant la date d'ouverture de la session budgétaire ordinaire ;

Vu l'arrêté n° 1214 CM du 25 novembre 1994 approuvé en séance du 23 novembre 1994 ;

Considérant l'urgence signalée par lettre n° 225 PR du 25 novembre 1994 :

Vu la tettre  $n^{\circ}$  600 AT du 25 novembre 1994 du président de l'assemblée territoriale ;

Vu le rapport n° 167-94 du 1er décembre 1994 de la commission des affaires sociales ;

Dans sa séance du 2 décembre 1994,

#### Adopte:

#### Chapitre I - Dispositions générales

Article 1er.— La présente délibération fixe les règles de coordination applicables en matière de sécurité sociale entre les

régimes de sécurité sociale en vigueur sur le territoire de la Polynésie française et les régimes de sécurité sociale en vigueur sur le territoire de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer :

- 1. En ce qui concerne le territoire de la Polynésie française :
- pour toute personne assurée auprès d'un régime de protection sociale en vigueur sur le territoire de la Polynésie française et ses ayants droit, dans la mesure où ce régime est géré par la caisse de prévoyance sociale.
- 2. En ce qui concerne le territoire de la France métropolitaine et des départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion :
- pour les travailleurs exerçant ou ayant exercé une activité salariée ou assimilée ou une activité non salariée sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, quelle que soit leur nationalité, ainsi que pour leurs ayants droit, dans les domaines suivants : assurance vieillesse, assurance maladie, maternité, invalidité et décès, assurance accidents du travail, maladies professionnelles et prestations familiales;
- pour l'ensemble des personnes assurées d'un des régimes métropolitains de sécurité sociale, quelle que soit leur nationalité, ainsi que pour leurs ayants droit, dans le domaine de l'assurance vieillesse, de l'assurance obligatoire ou volontaire accidents du travail et, lorsqu'ils sont en séjour temporaire sur l'autre territoire, dans le domaine des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité, invalidité;
- pour les fonctionnaires de l'Etat, y compris les fonctionnaires du corps d'Etat pour l'administration de la Polynésie française (C.E.A.P.F.), les magistrats et les militaires, ainsi que les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et les ouvriers de l'Etat en activité ou à la retraite et pour leurs ayants droit, en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

#### Art. 2.— 1. La présente délibération est applicable :

#### - En Polynésie française :

- au régime des salariés, au régime des non salariés et au régime de solidarité prévus à l'article 2 de la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994, définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française;
- au régime de protection sociale en milieu rural créé par une délibération nº 79-20 du 1er février 1979.
  - En France métropolitaine :
- à la législation fixant l'organisation de la sécurité sociale ;
- aux législations des assurances sociales applicables aux salariés des professions non agricoles, aux salariés des professions agricoles et aux non-salariés;
- à la législation relative à l'assurance personnelle et à l'assurance volontaire vieillesse et invalidité;
- aux législations sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et à la législation sur l'assurance volontaire en matière d'accidents du travail;

- à la législation relative aux prestations familiales, à l'exclusion du régime applicable aux fonctionnaires visés à l'article 1er, paragraphe 1;
- aux législations relatives aux régimes divers de non salariés et assimilés :
- aux législations sur les régimes spéciaux de sécurité sociale,
   à l'exclusion de celles relatives aux régimes de retraite des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.
- 2. La présente délibération est également applicable aux actes législatifs ou réglementaires, ou aux délibérations qui ont modifié ou complété, ou qui modifieront ou complèteront, les législations ou réglementations énumérées au paragraphe 1 du présent article, dans la mesure où ils concernent les personnes et les branches de sécurité sociale visées par la présente délibération.
- Art. 3.— 1. Les travailleurs salariés ou assimilés et les travailleurs non salariés exerçant en Polynésie, ou en métropole, une activité salariée ou assimilée, ou une activité non salariée, sont soumis respectivement au régime de sécurité sociale applicable en Polynésie ou en métropole.
- 2. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1 du présent article, les travailleurs salariés et assimilés, détachés par leur employeur sur l'autre territoire pour y effectuer un travail, ne sont pas assujettis au régime de sécurité sociale du territoire où ils sont détachés et demeurent soumis au régime de sécurité sociale de leur territoire de travail habituel, pour autant que la durée du détachement n'excède pas trois ans y compris la durée des congés.

Si la durée de ce travail se prolonge au-delà de trois ans, les intéressés peuvent être maintenus au régime du territoire de travail habituel pour une nouvelle période de trois ans, avec l'accord des autorités administratives compétentes du lieu de détachement. L'accord est réputé acquis en l'absence de réponse à cette demande dans un délai d'un mois.

- 3. Les dispositions du paragraphe 2 du présent article sont applicables dans des conditions analogues aux travailleurs non salariés pour une période initiale de douze mois, renouvelable une fois.
- 4. Les fonctionnaires de l'Etat, y compris les fonctionnaires du corps d'Etat pour l'administration de la Polynésie française (C.E.A.P.F.), les magistrats et les militaires relevant du code des pensions civiles et militaires de l'Etat, ainsi que les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (C.N.R.A.C.L.) et les ouvriers relevant du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, sont soumis aux dispositions en matière de sécurité sociale de la France métropolitaine dès lors qu'ils sont dans une situation statutaire leur permettant de continuer de relever de leur régime spécial de pension et de sécurité sociale.
- 5. Les travailleurs salariés ou assimilés des entreprises publiques ou privées des transports aériens, occupés sur l'autre territoire comme personnel navigant, sont soumis au régime de

sécurité sociale en vigueur sur le territoire où l'entreprise a son siège, à moins qu'ils ne soient basés sur l'autre territoire. Dans cette dernière hypothèse, ils sont affiliés au régime de sécurité sociale du territoire sur lequel ils sont basés.

Les marins embarqués à titre professionnel sur des navires de plus de dix tonneaux immatriculés sur le territoire de la Polynésie française, non armés à la pêche, sont affiliés au régime géré par l'Etablissement national des invalides de la marine (E.N.I.M.), et relèvent, pour les règles de coordinations applicables, du protocole d'accord signé le 5 juin 1981 entre la Caisse de prévoyance sociale (C.P.S.) et l'Etablissement national des invalides de la marine (E.N.I.M.).

- 6. Les autorités administratives compétentes de la Polynésie française et de la France métropolitaine peuvent prévoir, d'un commun accord, d'autres dérogations aux dispositions du présent article.
- Art. 4.— Les personnes assurées auprès d'un régime polynésien ou métropolitain de sécurité sociale, et leurs ayants droit, bénéficient de l'égalité de traitement pour l'application des dispositions de la présente délibération quelle que soit leur nationalité.

Chapitre II - Dispositions relatives à l'assurance vieillesse

Section I - Ouverture des droits et calcul de la pension

- Art. 5.— Lorsque, pour l'octroi de prestations de vieillesse à caractère contributif ou pour l'accomplissement de certaines formalités, la législation ou réglementation de l'un des territoires en cause oppose des conditions de résidence sur ce territoire, celles-ci ne sont pas opposables aux bénéficiaires de la présente délibération quel que soit leur lieu de résidence.
- Art. 6.— 1. Si la législation ou réglementation de l'un des territoires subordonne l'octroi de certaines prestations, à la condition que les périodes d'assurance aient été accomplies dans un régime spécial ou dans une profession ou un emploi déterminé, les périodes accomplies sur l'autre territoire ne sont prises en compte, pour l'octroi de ces prestations, que si elles ont été accomplies sous un régime correspondant ou, à défaut, dans la même profession ou le même emploi.
- 2. Les dispositions du paragraphe précédent ne sont pas applicables, en ce qui concerne les régimes spéciaux de la France métropolitaine, aux régimes spéciaux de retraite des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.
- 3. Les périodes d'assurance visées aux paragraphes 1 et 2 du présent article sont prises en compte, le cas échéant, en vue de la totalisation pour l'ouverture et le calcul des droits par le ou les régimes applicables aux travailleurs salariés de l'un ou de l'autre territoire.
- Art. 7.— Les personnes qui ont été soumises successivement, ou alternativement, sur le territoire polynésien, ou métropolitain, à un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse de chacun de ces territoires bénéficient des prestations dans les conditions suivantes :

- 1. Lorsque les conditions requises par la législation ou réglementation d'un des territoires pour avoir droit aux prestations sont satisfaites, sans qu'il soit nécessaire de recourir aux périodes d'assurance et assimilées accomplies sur l'autre territoire, l'institution compétente détermine le montant de la pension qui serait due, d'une part selon les dispositions de la législation ou de la réglementation qu'elle applique, et d'autre part conformément aux dispositions du paragraphe 2, a) et b).
- 2. Lorsque les conditions requises par la législation ou la réglementation d'un des territoires pour avoir droit aux prestations ne sont satisfaites qu'en recourant aux périodes d'assurance et assimilées accomplies sur l'autre territoire, l'institution compétente détermine le montant de la pension suivant les règles ci-après :

#### a) Totalisation des périodes d'assurance

Les périodes d'assurance accomplies sur chaque territoire, de même que les périodes assimilées à des périodes d'assurance, sont totalisées à la condition qu'elles ne se superposent pas, tant en vue de la détermination du droit aux prestations qu'en vue du maintien ou du recouvrement de ce droit.

#### b) Liquidation de la prestation

Compte-tenu de la totalisation des périodes, effectuée comme il est dit ci-dessus, l'institution compétente de chaque territoire détermine d'après sa propre législation ou réglementation, si l'intéressé réunit les conditions requises pour avoir droit à une pension de vieillesse au titre de sa législation ou réglementation.

Si le droit à pension est ouvert, l'institution compétente de chaque territoire détermine la prestation à laquelle l'assuré pourrait prétendre si toutes les périodes d'assurance ou assimilées avaient été accomplies exclusivement sur son propre territoire, puis réduit le montant de la prestation au prorata de la durée des périodes d'assurance et assimilées accomplies avant la réalisation du risque sur son propre territoire, par rapport à la durée totale des périodes accomplies dans les deux territoires, avant la réalisation du risque. Cette durée totale est plafonnée à la durée maximale éventuellement requise par la législation ou réglementation qu'elle applique.

- 3. L'intéressé a droit, de la part de l'institution compétente de chaque territoire au montant le plus élevé, calculé conformément au paragraphe 1 ou 2.
- Art. 8.— Lorsque l'intéressé demande la liquidation de ses droits qu'il avait différée, ou qui n'avaient pu être liquidés au regard de la législation ou de la réglementation de l'un des territoires, il est procédé à la liquidation de la prestation due au titre de cette législation ou réglementation.
- Art. 9.— Lorsqu'il y a lieu de recourir à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux territoires pour la détermination de la prestation, il est fait application des règles suivantes :
- 1. Si une période assimilée à une période d'assurance par le régime d'un territoire coïncide avec une période d'assurance

accomplie dans l'autre territoire, seule la période d'assurance est prise en considération par l'institution de ce dernier régime.

- 2. Si une même période est assimilée à une période d'assurance à la fois par le régime polynésien et le régime métropolitain, ladite période est prise en considération par l'institution du territoire où l'intéressé a été assuré à titre obligatoire en dernier lieu avant la période en cause.
- 3. Si une période d'assurance accomplie au titre d'une assurance obligatoire dans le régime d'un territoire coıncide avec une période d'assurance volontaire dans le régime de l'autre territoire, seule la première est prise en compte par l'institution du premier territoire.
- Art. 10.— Lorsque les périodes d'assurance accomplies dans le régime d'un des deux territoires sont inférieures à 1 an, aucune prestation n'est due au titre du régime de ce territoire, sauf si, en vertu de cette seule période, un droit est acquis dans ce territoire.

Néanmoins, ces périodes sont prises en considération pour l'ouverture et le calcul des droits au regard du régime de l'autre territoire, dans les conditions de l'article 7, à moins qu'il n'en résulte une diminution de la prestation due au titre du régime de ce territoire.

- Art. 11.— Lorsque, d'après la législation ou la réglementation de l'un des territoires, la liquidation de la prestation de vieillesse s'effectue sur la base du salaire moyen de tout ou partie de la période d'assurance, le salaire moyen pris en considération pour le calcul de la prestation est déterminé d'après les salaires constatés pendant la période d'assurance accomplie sous la législation ou la réglementation dudit territoire.
- Art. 12.— Si la législation ou réglementation de l'un ou de l'autre territoire subordonne l'octroi ou le service d'une prestation de vieillesse ou de survivant, à la condition que l'intéressé cesse d'exercer une activité professionnelle, cette condition n'est pas opposable si l'intéressé exerce une activité ou reprend une activité professionnelle en dehors du territoire débiteur de la pension.

## Section II - Introduction et instruction des demandes de pension

Art. 13.— L'intéressé qui sollicite le bénéfice d'une ou plusieurs pensions de vieillesse adresse sa ou ses demandes à l'institution compétente de son lieu de résidence, ou de sa dernière résidence s'il ne réside plus sur un des territoires, selon les modalités prévues par la législation ou réglementation qu'applique cette institution.

L'institution de son lieu de résidence transmet, le cas échéant, cette demande à l'institution compétente de l'autre territoire en indiquant la date à laquelle cette demande a été introduite

Cette date est considérée comme la date d'introduction de la demande auprès de l'institution compétente de l'autre territoire, sauf réserve expresse de l'intéressé.

Pour l'attribution d'une pension vieillesse par application des dispositions de la présente délibération, l'institution saisie de la demande l'instruit en liaison avec l'institution compétente de l'autre territoire.

Art. 14.— Chaque institution débitrice notifie au demandeur, selon les modalités prévues par sa législation ou réglementation, la décision prise. La notification doit porter à la connaissance du demandeur les voies et délais de recours mis à sa disposition.

L'institution débitrice informe l'institution compétente de l'autre territoire de la décision prise et de la date à laquelle la notification a été adressée au demandeur.

#### Section III - Paiement des pensions

Art. 15.— Les personnes titulaires d'une prestation de vieillesse au titre de la législation ou réglementation de l'un ou de l'autre ou des deux territoires, ou au titre de la présente délibération, bénéficient de cette prestation quel que soit leur lieu de résidence.

L'institution débitrice verse directement au bénéficiaire les prestations qui lui sont dues, aux échéances et selon les modalités prévues par la législation ou réglementation qu'elle applique.

#### Section IV - Pensions de survivants

Art. 16.— Les dispositions du présent chapitre sont applicables à l'allocation veuvage, aux pensions de veuf ou de veuve invalide et aux pensions de réversion et pensions d'orphelin.

Chapitre III - Dispositions relatives aux assurances maladie, maternité et invalidité

Section I - Ouverture des droits et totalisation des périodes

- Art. 17.— 1. Les personnes assurées auprès d'un régime polynésien ou métropolitain, ainsi que leurs ayants droit, bénéficient le cas échéant des prestations des assurances maladie, maternité et invalidité prévues par le régime du territoire de leur résidence, pour autant qu'elles remplissent, sur ledit territoire, les conditions requises pour l'obtention des prestations en cause
- 2. Dans le cas où, pour l'ouverture du droit, le maintien ou le recouvrement du droit à ces prestations, les intéressés ne justifient pas de la durée d'assurance prévue par la législation ou réglementation du nouveau territoire, il est fait appel, pour compléter les périodes d'assurance ou assimilées accomplies sur ce territoire, aux périodes d'assurance ou assimilées antérieurement accomplies dans le précédent territoire.

La totalisation est effectuée conformément aux règles définies à l'article 9 de la présente délibération.

#### Section II - Assurance maladie maternité

Art. 18.— 1. La personne assurée auprès du régime polynésien ou métropolitain de sécurité sociale qui satisfait aux conditions requises par la législation ou réglementation de son territoire d'affiliation pour avoir droit aux prestations, compte tenu le cas échéant des dispositions de l'article 17:

- a) dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour sur l'autre territoire;
- b) qui, après avoir été admise au bénéfice des prestations à charge de l'institution d'affiliation, est autorisée par cette institution à retourner sur l'autre territoire ou à y transférer sa résidence;
- c) qui est autorisée par l'institution d'affiliation à se rendre sur l'autre territoire pour y recevoir des soins appropriés à son état,

#### a droit:

- aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution d'affiliation, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique, comme si elle y était affiliée, la durée du service des prestations étant toutefois régie par la législation ou réglementation du territoire d'affiliation;
- ii) aux prestations en espèces servies par l'institution d'affiliation selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique.
- 2. L'autorisation requise au titre du paragraphe 1 point c) ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation ou réglementation du territoire d'affiliation de l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés sur le territoire d'affiliation dans un délai raisonnable.
- 3. Les dispositions des paragraphes 1 et 2 sont applicables par analogie aux ayants droit de la personne visée au paragraphe 1 en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.
- 4. Le fait que la personne assurée bénéficie des dispositions du paragraphe 1 n'affecte pas le droit aux prestations de ses avants droit.
- 5. Les prestations servies par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, pour le compte de l'institution d'affiliation, sont remboursées par cette dernière sur présentation des pièces justificatives.
- Art. 19.— 1. Les travailleurs visés à l'article 3, paragraphes 2, 3 et 5, de la présente délibération, ainsi que leurs ayants droit qui résident avec eux, bénéficient des prestations des assurances maladie et maternité pendant toute la durée de leur séjour dans le territoire où ils sont occupés.

Le service des prestations en espèces est assuré directement par l'institution d'affiliation dont ils relèvent.

Le service des prestations en nature est assuré, si le travailleur en fait la demande, par l'institution du territoire de séjour ou de résidence dans les conditions de la législation ou réglementation qu'elle applique. Dans ce cas, les prestations servies sont remboursées par le régime d'affiliation du travailleur à l'institution du territoire de séjour ou de résidence, sur présentation des pièces justificatives.

2. Les dispositions du 3e alinéa du paragraphe 1 du présent article sont applicables par analogie aux personnes visées au paragraphe 4 de l'article 3 et à leurs ayants droit, dans la mesure où elles sont affiliées pour les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité au régime de sécurité sociale dans les conditions qui leur seraient applicables s'ils exerçaient leurs fonctions en métropole.

- Art. 20.— 1. Les ayants droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou non salarié, occupé en métropole, qui résident habituellement en Polynésie, et les ayants droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou non salarié, occupé en Polynésie, qui résident habituellement en métropole, ont droit au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.
- 2. La qualité d'ayant droit, ainsi que l'étendue, la durée et les modalités du service desdites prestations sont déterminées conformément à la législation ou réglementation du territoire de résidence de ces ayants droit. Le service des prestations est assuré par l'institution compétente du territoire de résidence des ayants droit et la charge de ces prestations incombe au régime d'affiliation du travailleur, qui les rembourse au régime de sécurité sociale du territoire de résidence de la famille sur présentation des pièces justificatives
- Les dispositions du présent article ne sont pas applicables si les membres de la famille bénéficient d'un droit propre aux prestations des assurances maladie-maternité.
- Art. 21.—1. Les titulaires de pensions de vieillesse, de survivant ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail, susceptibles d'ouvrir droit aux soins de santé, au titre tant du régime polynésien que du régime métropolitain de sécurité sociale, bénéficient des prestations servies, selon la législation ou réglementation qu'elle applique, par l'institution compétente du territoire de leur résidence et à sa charge. Les dispositions de l'article 18 sont applicables par analogie à ces personnes en cas de séjour temporaire sur l'autre territoire.
- 2. Les titulaires de pensions de vieillesse, de survivant ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail, susceptibles d'ouvrir droit aux soins de santé au titre du régime d'un seul des territoires, et qui résident ou séjournent sur l'autre territoire, bénéficient des prestations servies par la caisse compétente du lieu de résidence ou de séjour temporaire selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique. Ces prestations sont à la charge du régime du territoire débiteur de la pension ou de la rente dès lors qu'ils ont droit aux soins de santé au titre de cette législation ou réglementation. Elles sont remboursées à l'institution du lieu de résidence ou de séjour, par l'institution du territoire débiteur de la pension ou de la rente sur présentation des pièces justificatives.
- 3. Les dispositions des paragraphes 1 et 2 du présent article sont applicables aux personnes titulaires d'une pension au titre des régimes des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, dans la mesure où ladite pension est soumise au prélèvement de cotisations sociales dans les mêmes conditions que si les personnes résidaient en métropole.
- 4. Les dispositions des paragraphes 1 à 3 du présent article s'appliquent également aux ayants droit du pensionné ou ren-

tier, reconnus comme tels par la législation ou réglementation du territoire de résidence, dès lors qu'ils ne peuvent bénéficier des prestations visées sur l'un ou l'autre territoire au titre d'un droit propre.

L'institution du territoire, qui a la charge des prestations du pensionné ou rentier, assume également la charge des prestations de ses ayants droit, que ceux-ci résident ou non sur le même territoire que le pensionné ou rentier. Le service des prestations est assuré par l'institution du territoire de séjour ou de résidence de l'ayant droit dans les conditions de la législation ou de la réglementation qu'elle applique.

Art. 22.— L'octroi des prothèses, du grand appareillage et des autres prestations en nature d'une grande importance, dont la liste est annexée à la présente délibération, est subordonné, sauf en cas d'urgence, à l'autorisation de l'institution d'affiliation.

#### Section III - Assurance invalidité

Art. 23.— 1. La pension d'invalidité à caractère contributif est liquidée conformément à la législation ou réglementation dont relevait le travailleur au moment où, par suite de maladie ou d'accident, est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité, compte tenu le cas échéant des dispositions de l'article 17.

Lorsque, d'après cette législation ou réglementation, la liquidation de la pension d'invalidité s'effectue sur la base du salaire moyen de tout ou partie de la période d'assurance, le salaire moyen pris en considération pour le calcul de la pension est déterminé d'après les salaires constatés pendant la période d'assurance accomplie sous la législation ou réglementation dudit territoire.

- 2. La charge de la pension d'invalidité est supportée en totalité par l'institution compétente conformément aux dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique.
- Art. 24.—1. Si, après suspension de la pension d'invalidité, l'intéressé recouvre son droit, le service des prestations est repris par l'institution débitrice de la pension primitivement accordée.
- 2. Si, après suppression de la pension, l'état de l'intéressé justifie l'octroi d'une nouvelle pension d'invalidité, celle-ci est liquidée suivant les règles fixées à l'article 23.
- Art. 25.— Les dispositions de l'article 15 sont applicables par analogie aux personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de veuf ou de veuve invalide.
- Art. 26.— La pension d'invalidité est transformée, le cas échéant, en pension de vieillesse dès lors que se trouvent remplies les conditions, notamment d'âge, requises par la législation ou réglementation du territoire débiteur de cette pension d'invalidité, pour l'attribution d'une pension de vieillesse.

#### Chapitre IV - Dispositions relatives à l'assurance décès

Art. 27.— Les ayants droit d'un assuré décédé bénéficient du capital décès, conformément aux dispositions soit de la législation polynésienne, soit de la législation métropolitaine de sécurité sociale, quelle que soit leur résidence et quel que soit le lieu de décès de l'assuré, compte tenu le cas échéant des dispositions de l'article 17 de la présente délibération.

Chapitre V - Dispositions relatives à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Art. 28.— Lorsque la législation ou réglementation de l'un des territoires concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles opposent des conditions de résidence sur ce territoire pour l'ouverture des droits, celles-ci ne sont pas opposables aux bénéficiaires de la présente délibération.

Les majorations ou allocations complémentaires accordées en supplément des rentes d'accidents du travail, en vertu de la législation ou réglementation applicable sur chaque territoire, sont maintenues aux personnes visées à l'alinéa précédent quel que soit leur lieu de résidence.

Art. 29.— 1. La personne assurée auprès d'un régime accidents du travail ou maladies professionnelles de l'un des territoires, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle :

- a) qui séjourne sur l'autre territoire, ou
- b) qui, après avoir été admise au bénéfice des prestations à charge de l'institution d'affiliation d'un territoire, est autorisée par cette institution à séjourner ou transférer sa résidence sur l'autre territoire, ou
- c) qui est autorisée par l'institution d'affiliation à se rendre sur l'autre territoire pour y recevoir des soins appropriés à son état.

#### a droit:

- i) aux prestations en nature servies pour le compte de l'institution d'affiliation par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique, comme si elle y était affiliée, la durée du service des prestations étant toutefois régie par la législation ou réglementation du territoire d'affiliation;
- aux prestations en espèces servies par l'institution d'affiliation selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique.
- 2. L'autorisation requise au titre du paragraphe 1 point b) ne peut être refusée que s'il est établi que le déplacement de l'intéressé est de nature à compromettre son état de santé ou l'application du traitement médical.

L'autorisation requise au titre du paragraphe 1 point c) ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit ne peuvent pas être dispensés à l'intéressé sur le territoire où il réside.

- Les prestations servies par l'institution du lieu de séjour ou de résidence pour le compte de l'institution d'affiliation sont remboursées par cette dernière sur présentation des pièces justificatives.
- Art. 30.— Lorsque l'intéressé est victime d'une rechute de son accident survenu ou de sa maladie professionnelle consta-

tée sur l'un des deux territoires, alors qu'il a transféré temporairement ou définitivement sa résidence sur l'autre territoire, il a droit au bénéfice des prestations en nature et en espèces de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, à condition qu'il ait obtenu l'accord de l'institution compétente, polynésienne ou métropolitaine, à laquelle il était affilié à la date de l'accident ou de la première constatation de la maladie professionnelle.

Le droit est apprécié au regard de la législation ou réglementation qu'elle applique par l'institution métropolitaine ou polynésienne à laquelle le travailleur était affilié à la date de l'accident ou de la première constatation de la maladie professionnelle.

- Art. 31.— Pour apprécier le degré d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, au regard du régime de l'un des territoires, les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus antérieurement sur l'autre territoire sont pris en considération comme s'ils étaient survenus sur le premier territoire.
- Art. 32.— Lorsque la victime d'une maladie professionnelle a exercé, sur les deux territoires, un emploi susceptible de provoquer ladite maladie, les prestations auxquelles la victime ou ses survivants peuvent prétendre sont accordées exclusivement au titre de la législation ou réglementation du territoire sur lequel l'emploi en cause a été exercé en dernier lieu, et sous réserve que l'intéressé remplisse les conditions prévues par cette législation ou cette réglementation.
- Si l'octroi des prestations par un des territoires est subordonné à la condition qu'une activité susceptible de provoquer la maladie considérée ait été exercée pendant une certaine durée, l'exercice de cette activité sur l'autre territoire est pris en compte comme s'il avait été accompli sous la législation ou réglementation du premier territoire.

Le montant de la prestation ainsi calculé est entièrement à la charge du territoire où l'intéressé a exercé en dernier lieu l'emploi susceptible de provoquer ladite maladie.

Lorsque la législation ou réglementation, applicable sur l'un des deux territoires, subordonne le bénéfice des prestations de maladie professionnelle à la condition que la maladie considérée ait été constatée médicalement pour la première fois sur son territoire, cette condition est réputée remplie lorsque la maladie a été constatée pour la première fois sur l'autre territoire.

- Art. 33.— En cas d'aggravation d'une maladie professionnelle, réparée en vertu de la législation ou réglementation d'un territoire alors que la victime réside sur l'autre territoire, les règles suivantes sont applicables :
- a) Si l'intéressé n'a pas exercé sur le territoire de sa nouvelle résidence un emploi susceptible d'aggraver cette maladie professionnelle réparée, l'institution du premier territoire prend à sa charge l'aggravation de la maladie dans les termes de sa propre législation ou réglementation.
- b) Si l'intéressé a exercé sur le territoire de sa nouvelle résidence un emploi susceptible d'aggraver cette maladie professionnelle réparée :

- l'institution du premier territoire conserve à sa charge la prestation due à l'intéressé en vertu de sa propre législation ou réglementation comme si la maladie n'avait subi aucune aggravation;
- l'institution de l'autre territoire prend à sa charge le supplément de prestations correspondant à l'aggravation. Le montant de ce supplément est alors déterminé selon la législation ou réglementation de ce dernier territoire comme si la maladie s'était produite sur son propre territoire; il est égal à la différence entre le montant de la prestation due après l'aggravation et le montant de la prestation qui aurait été due avant l'aggravation.
- Art. 34.— Les dispositions du présent chapitre sont applicables par analogie aux pensions de survivants servies par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

#### Chapitre VI - Prestations familiales

- Art. 35.— Si l'institution compétente d'un des territoires subordonne l'acquisition du droit aux prestations familiales à l'accomplissement de périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée, elle tient compte, à cet effet, dans la mesure nécessaire des périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée accomplies sur l'autre territoire, comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation ou réglementation qu'elle applique.
- Art. 36.— 1. Le travailleur salarié ou assimilé, ou le travailleur non salarié soumis à la réglementation polynésienne et qui remplit les conditions prévues par cette réglementation, a droit, pour les membres de sa famille qui résident sur le territoire métropolitain, aux prestations familiales prévues par la législation du territoire de résidence de la famille.
- 2. Le travailleur salarié ou assimilé, ou le travailleur non salarié soumis à la législation française et qui remplit les conditions d'activité mentionnées ci-après, a droit pour les membres de sa famille qui résident sur le territoire polynésien aux prestations familiales prévues par la réglementation du territoire de résidence de la famille. Ces prestations sont servies par l'institution compétente du territoire de résidence de la famille et la charge des prestations ainsi attribuée est supportée par les organismes métropolitains.
- 3. La condition d'activité requise sur le territoire métropolitain, pour ouvrir droit aux prestations familiales prévues par la réglementation polynésienne, est la suivante :
- pour le travailleur salarié ou assimilé, justification d'une durée minimale d'activité salariée de 18 jours ou 120 heures dans le mois de référence, ou 200 heures dans le trimestre, ou justification d'uné rémunération minimale de 173 fois 1/3 le montant du salaire minimum de croissance horaire dans le mois de référence, ou 520 fois ce même montant dans le trimestre;
- pour le travailleur non salarié, affiliation et paiement des cotisations à un régime vieillesse de travailleurs non salariés.
- 4. Ces dispositions sont applicables par analogie aux travailleurs visés à l'article 3, paragraphes 2, 3 et 5.

## Chapitre VII - Dispositions financières et dispositions diverses

Art. 37.—1. L'institution d'affiliation, ou l'institution compétente du territoire débiteur de la pension ou de la rente ouvrant droit aux soins de santé, rembourse à l'institution du territoire de résidence ou de séjour les prestations en nature des assurances maladie-maternité, accidents du travail ou maladies professionnelles qu'elle a servies pour son compte en application des articles 18, 19, 20, 21 et 29. Ce remboursement s'effectue sur factures présentées semestriellement, accompagnées des pièces justificatives, par l'intermédiaire des organismes de liaison des deux territoires.

Pour tenir compte des frais de gestion que supporte l'institution qui sert les prestations en nature pour le compte de l'institution d'affiliation, ou de l'institution compétente du territoire débiteur de la pension ou de la rente ouvrant droit aux soins de santé, les factures sont majorées d'un pourcentage d'augmentation fixé d'un commun accord par les autorités administratives compétentes des deux territoires.

Des avances fixées d'un commun accord peuvent également être consenties à l'institution qui sert les prestations en nature, pour le compte de l'institution d'affiliation ou de l'institution compétente du territoire débiteur de la pension ou de la rente ouvrant droit aux soins de santé.

- 2. Le remboursement des prestations familiales du régime polynésien à charge des organismes métropolitains, en application de l'article 36 paragraphe 2, s'effectue sur présentation des pièces justificatives par l'intermédiaire de l'organisme de liaison métropolitain.
- Art. 38.— Les autorités compétentes des deux territoires se communiquent toutes informations concernant les mesures prises pour l'application de la présente délibération, ainsi que sur les modifications de leurs législations ou réglementations susceptibles d'affecter cette application.

Les autorités et les institutions des deux territoires se prêtent leurs bons offices pour l'application de la présente délibération, comme s'il s'agissait de l'application de leurs propres législations ou réglementations, en particulier en ce qui concerne le contrôle médical des bénéficiaires de la présente délibération.

- Art. 39.— Sont considérés comme autorités compétentes pour l'application de la présente délibération :
- sur le territoire de la Polynésie française : le Président du gouvernement de la Polynésie française ;
- sur le territoire métropolitain et les départements d'outremer : les ministres qui ont chacun en ce qui les concerne les régimes visés à la présente délibération dans le champ de leurs attributions.

Sont considérés comme organismes de liaison pour l'application de la présente délibération :

- en ce qui concerne le territoire de la Polynésie française : la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française ;
- en ce qui concerne le territoire métropolitain et les départements d'outre-mer : le centre de sécurité sociale des travailleurs migrants.

Art. 40.— La présente délibération prend effet à compter du 1er janvier 1995.

Art. 41.— Le Président du gouvernement du territoire est chargé de l'exécution de la présente délibération qui sera publiée au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Un secrétaire, Teriitepaiatua MAIHI. Le président, Jean JUVENTIN.

### ANNEXE

à la délibération n° 94-138 AT du 2 décembre 1994 portant coordination des régimes polynésiens et métropolitains de sécurité sociale

(article 22)

Liste des prestations en nature de grande importance

- 1. Les prestations visées à l'article 22 de la délibération sont les prestations prévues par la législation ou la réglementation du lieu de résidence ou de séjour dont l'octroi est subordonné à une autorisation préalable de l'institution qui applique cette législation ou cette réglementation.
- 2. L'institution du lieu de résidence ou de séjour qui a donné l'autorisation préalable à l'octroi d'une prestation en nature avise l'institution compétente de sa décision lorsque :
  - 2-1. La prestation figure dans la liste ci-après :
- a) appareils de prothèse et appareils d'orthopédie ou appareilstuteurs, y compris les corsets orthopédiques en tissu armé ainsi que tous suppléments, accessoires et outils;
- b) chaussures orthopédiques et chaussures de complément (non orthopédiques);
- c) prothèses maxillaires et faciales, perruques ;
- d) prothèses oculaires, verres de contact, lunettes-jumelles et lunettes-téléscopes;
- e) appareils de surdité, notamment les appareils acoustiques et phonétiques;
- f) prothèses dentaires (fixes et amovibles) et prothèses obturatrices de la cavité buccale;
- g) voiturette pour malades (à commande manuelle ou motorisée), fauteuils roulants et autres moyens mécaniques permettant de se déplacer, chiens-guides pour aveugles;
- h) renouvellement des fournitures visées aux points précédents;
- i) cures:
- j) entretien et traitement médical :
  - dans une maison de convalescence, un sanatorium, un établissement ou un internat pour handicapés (aveugles, sourds-muets, handicapés mentaux, etc ...) ou un aérium :
  - dans un préventorium lorsque la durée du séjour paraît devoir se prolonger au-delà de vingt jours selon l'avis du médecin traitant ou, si la législation du pays où l'intéressé se trouve l'exige dans les cas analogues, selon l'avis du médecin-contrôleur (médecin-conseil) de l'institution du lieu de séjour ou du lieu de résidence, ou lorsque la durée du séjour se prolonge, contrairement à l'avis préalable du médecin susvisé, au-delà de vingt jours;

- k) mesures de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle;
- toute subvention destinée à couvrir une partie du coût résultant de l'octroi des prestations visées aux lettres a) à k),

#### et lorsque:

- 2-2. Le coût probable ou effectif de la prestation dépasse un montant forfaitaire déterminé comme un commun accord par les autorités compétentes des deux territoires.
- 3. Le cas d'urgence prévu à l'article 22 de la délibération est celui où le service d'une des prestations visées au paragraphe 1 ci-dessus ne peut être différé sans mettre en danger la vie ou compromettre la santé de l'intéressé. Dans le cas où l'une des fournitures visées aux lettres a) à g) du point 2-1 ci-dessus est éventuellement cassée ou détériorée, il suffit, pour établir l'urgence, de justifier la nécessité de renouvellement de la fourniture en question.
- DELIBERATION n° 94-139 AT du 2 décembre 1994 portant révision de la délibération n° 94-95 AT du 21 juillet 1994 complétant le code de l'aménagement de la Polynésie française et instituant des zones de site protégé.

L'assemblée territoriale de la Polynésie française,

Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 modifiée portant statut du territoire de la Polynésie française;

Vu le code de l'aménagement de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-95 AT du 21 juillet 1994 complétant le code de l'aménagement de la Polynésie française et instituant des zones de site protégé;

Vu la délibération n° 94-122 AT du 15 septembre 1994 fixant la date d'ouverture de la session budgétaire ordinaire;

Vu la lettre n° 600 AT du 25 novembre 1994 du président de l'assemblée territoriale ;

Vu le rapport nº 151-94 du 22 novembre 1994 de la commission de l'économie;

Dans sa séance du 2 décembre 1994,

### Adopte:

Article 1er.— Les dispositions de l'article 1er de la délibération n° 94-95 AT du 21 juillet 1994 complétant le code de l'aménagement de la Polynésie française et instituant des zones de site protégé, sont modifiées comme suit :

1°) "CHAPITRE II - Zones de site protégé"

Au lieu de :

"Art. D.121-1.-..."

Lire:

"Art. D.122-1 ....."

Le reste sans changement.

DÉCRET N° 94-1146 DU 26 DÉCEMBRE 1994 PORTANT COORDINATION DES RÉGIMES MÉTROPOLITAINS ET POLYNÉSIENS DE SÉCURITÉ SOCIALE

## PARTIE OFFICIELLE

### ACTES DU POUVOIR CENTRAL

### **ACTES PROMULGUES**

ARRETE n° 5 DRCL du 3 janvier 1995 portant promulgation du décret n° 1146 du 26 décembre 1994.

Le haut-commissaire de la République en Polynésie française, chevalier de la Légion d'honneur,

Vu la loi n° 84-820 modifiée du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Polynésie française, notamment son article 91;

Le gouvernement du territoire informé,

#### Arrête:

Article ler.—Est promulgué dans le territoire de la Polynésie française pour y être exécuté selon ses forme et teneur le texte suivant:

—Décret n°94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale, paru au J.O.R.F. du 29 décembre 1994, page 18657.

Art. 2.— Le secrétaire général de la Polynésie française est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 3 janvier 1995.

Pour le haut-commissaire
et par délégation:

Le secrétaire général
de la Polynésie française,
Anne BOQUET.

# Décret n° 94-1146 du 26 décembre 1994 portant coordination des régimes métropolitains et polynésiens de sécurité sociale

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, du ministre du budget, porteparole du Gouvernement, du ministre de l'agriculture et de la pêche et du ministre des départements et territoires d'outre-mer,

Vu le code de la sécurité sociale;

Vu le code rural;

Vu la loi nº 84-820 du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Polynésie française; Vu la loi nº 94-99 du 5 février 1994 d'orientation pour le

Vu la loi nº 94-99 du 5 février 1994 d'orientation pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie française, et notamment ses articles 3 et 11;

Vu la délibération-cadre n° 94-6/AT du 3 février 1994 de l'Assemblée territoriale de la Polynésie française définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents du territoire de la Polynésie française,

#### Décrète :

### CHAPITRE I

### Dispositions générales

Art. 1<sup>et</sup>. – Le présent décret fixe les règles de coordination applicables en matière de sécurité sociale entre les régimes de sécurité sociale en vigueur sur le territoire de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer et les régimes de sécurité sociale en vigueur sur le territoire de la Polynésie française :

1. En ce qui concerne le territoire de la France métropolitaine et des départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion:

- pour les travailleurs exerçant ou ayant exercé une activité salariée ou assimilée ou une activité non salariée sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, quelle que soit leur nationalité, ainsi que pour leurs ayants droit dans les domaines suivants: assurance vieillesse, assurance maladie, maternité, invalidité et décès, assurance accidents du travail, maladies professionnelles et prestations familiales;
- pour l'ensemble des personnes assurées d'un des régimes métropolitains de sécurité sociale, quelle que soit leur nationalité, ainsi que pour leurs ayants droit, dans le domaine de l'assurance vieillesse, de l'assurance obligatoire ou volontaire accidents du travail et, lorsqu'ils sont en séjour temporaire sur l'autre territoire, dans le domaine des prestations en nature de l'assurance maladie, maternité, invalidité:
- pour les fonctionnaires de l'Etat, y compris les fonctionnaires du corps d'état pour l'administration de la Polynésie française (C.E.A.P.F.), les magistrats et les militaires ainsi que les fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et les ouvriers de l'Etat en activité ou à la retraite et pour leurs ayants droit, en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie, maternité et invalidité.
- 2. En ce qui concerne le territoire de la Polynésie française : Pour toute personne assurée auprès d'un régime de protection sociale en vigueur sur le territoire de la Polynésie française et ses ayants droit, dans la mesure où ce régime est géré par la Caisse de prévoyance sociale.

### Art. 2. - 1. Le présent décret est applicable :

En France métropolitaine:

- à la législation fixant l'organisation de la sécurité sociale;
- aux législations des assurances sociales applicables aux salariés des professions non agricoles, aux salariés des professions agricoles et aux non-salariés;
- à la législation relative à l'assurance personnelle et à l'assurance volontaire vieillesse et invalidité;
- aux législations sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, et à la législation sur l'assurance volontaire en matière d'accidents du travail;
- à la législation relative aux prestations familiales, à l'exclusion du régime applicable aux fonctionnaires visés à l'article 1<sup>et</sup>, paragraphe 1;
- aux législations relatives aux régimes divers de non-salariés et assimilés;
- aux législations sur les régimes spéciaux de sécurité sociale, à l'exclusion de celles relatives aux régimes de

retraite des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

En Polynésie française:

- au régime des salariés, au régime des non-salariés et au régime de solidarité prévus à l'article 2 de la délibération n° 94-6/AT du 3 février 1994 susvisée;
- au régime de protection sociale en milieu rural créé par une délibération n° 79-20/AT du 1<sup>er</sup> février 1979.
- 2. Le présent décret est également applicable aux actes législatifs ou réglementaires, ou aux délibérations qui ont modifié ou complété ou qui modifieront ou compléteront les législations ou réglementations énumérées au paragraphe 1 du présent article dans la mesure où ils concernent les personnes et les branches de sécurité sociale visées par le présent décret.
- Art. 3. 1. Les travailleurs salariés ou assimilés et les travailleurs non salariés, exerçant en métropole ou en Polynésie une activité salariée ou assimilée ou une activité non salariée, sont soumis respectivement au régime de sécurité sociale applicable en métropole ou en Polynésie.
- 2. Par dérogation aux dispositions du paragraphe 1 du présent article, les travailleurs salariés et assimilés détachés par leur employeur sur l'autre territoire pour y effectuer un travail ne sont pas assujettis au régime de sécurité sociale du territoire où ils sont détachés et demeurent soumis au régime de sécurité sociale de leur territoire de travail habituel, pour autant que la durée du détachement n'excède pas trois ans, y compris la durée des congés.
- Si la durée de ce travail se prolonge au-delà de trois ans, les intéressés peuvent être maintenus au régime du territoire de travail habituel pour une nouvelle période de trois ans, avec l'accord des autorités administratives compétentes du lieu de détachement. L'accord est réputé acquis en l'absence de réponse à cette demande dans un délai d'un mois.
- 3. Les dispositions du paragraphe 2 du présent article sont applicables dans des conditions analogues aux travailleurs non salariés pour une période initiale de douze mois, renouvelable une fois.
- 4. Les fonctionnaires de l'Etat, y compris les fonctionnaires du corps d'Etat pour l'administration de la Polynésie française (C.E.A.P.F.), les magistrats et les militaires relevant du code des pensions civiles et militaires de l'Etat, ainsi que les fonctionaires territoriaux et hospitaliers relevant de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (C.N.R.A.C.L.) et les ouvriers relevant du fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, sont soumis aux dispositions en matière de sécurité sociale de la France métropolitaine dès lors qu'ils sont dans une situation statutaire leur permettant de continuer de relever de leur régime spécial de pension et de sécurité sociale.
- 5. Les travailleurs salariés ou assimilés des entreprises publiques ou privées des transports aériens, occupés sur l'autre territoire comme personnel navigant, sont soumis au régime de sécurité sociale en vigueur sur le territoire où l'entreprise a son siège, à moins qu'ils ne soient basés sur l'autre territoire. Dans cette dernière hypothèse, ils sont affiliés au régime de sécurité sociale du territoire sur lequel ils sont basés.

Les marins embarqués à titre professionnel sur des navires de plus de dix tonneaux, immatriculés sur le territoire de la Polynésie française non armés à la pêche, sont affiliés au régime géré par l'Etablissement national des invalides de la marine (E.N.I.M.) et relèvent, pour les règles de coordination applicables, du protocole d'accord signé le 5 juin 1981 entre la C.P.S. et l'E.N.I.M.

- 6. Les autorités administratives compétentes de la France métropolitaine et de la Polynésie française peuvent prévoir d'un commun accord d'autres dérogations aux dispositions du présent article.
- Art. 4. Les personnes assurées auprès d'un régime métropolitain ou polynésien de sécurité sociale et leurs ayants droit bénéficient de l'égalité de traitement pour l'application des dispositions du présent décret, quelle que soit leur nationalité.

#### CHAPITRE II

### Dispositions relatives à l'assurance vieillesse

#### Section 1

### Ouverture des droits et calcul de la pension

- Art. 5. Lorsque, pour l'octroi de prestations de vieillesse à caractère contributif ou pour l'accomplissement de certaines formalités, la législation ou réglementation de l'un des territoires en cause oppose des conditions de résidence sur ce territoire, celles-ci ne sont pas opposables aux bénéficiaires du présent décret quel que soit leur lieu de résidence.
- Art. 6. 1. Si la législation ou réglementation de l'un des territoires subordonne l'octroi de certaines prestations à la condition que les périodes d'assurance aient été accomplies dans un régime spécial ou dans une profession ou un emploi déterminé, les périodes accomplies sur l'autre territoire ne sont prises en compte, pour l'octroi de ces prestations, que si elles ont été accomplies sous un régime correspondant ou, à défaut, dans la même profession ou le même emploi.
- 2. Les dispositions du paragraphe précédent ne sont pas applicables, en ce qui concerne les régimes spéciaux de la France métropolitaine, aux régimes spéciaux de retraite des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.
- 3. Les périodes d'assurance visées aux paragraphes 1 et 2 du présent article sont prises en compte, le cas échéant, en vue de la totalisation pour l'ouverture et le calcul des droits par le ou les régimes applicables aux travailleurs salariés de l'un ou de l'autre territoire.
- Art. 7. Les personnes qui ont été soumises successivement ou alternativement sur le territoire métropolitain ou polynésien à un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse de chacun de ces territoires bénéficient des prestations dans les conditions suivantes :
- 1. Lorsque les conditions requises par la législation ou réglementation d'un des territoires pour avoir droit aux prestations sont satisfaites sans qu'il soit nécessaire de recourir aux périodes d'assurance et assimilées accomplies sur l'autre territoire, l'institution compétente détermine le montant de la pension qui serait due, d'une part, selon les dispositions de la législation ou de la réglementation qu'elle applique et, d'autre part, conformément aux dispositions du paragraphe 2 (a et b).
- 2. Lorsque les conditions requises par la législation ou la réglementation d'un des territoires pour avoir droit aux prestations ne sont satisfaites qu'en recourant aux périodes d'assurance et assimilées accomplies sur l'autre territoire, l'institution compétente détermine le montant de la pension suivant les règles ci-après:

### a) Totalisation des périodes d'assurance :

Les périodes d'assurance accomplies sur chaque territoire, de même que les périodes assimilées à des périodes d'assurance, sont totalisées à la condition qu'elles ne se superposent pas, tant en vue de la détermination du droit aux prestations qu'en vue du maintien ou du recouvrement de ce droit.

### b) Liquidation de la prestation:

Compte tenu de la totalisation des périodes, effectuée comme il est dit ci-dessus, l'institution compétente de chaque territoire détermine d'après sa propre législation ou réglementation si l'intéressé réunit les conditions requises pour avoir droit à une rension de vieillesse au titre de sa législation ou réglementation

pension de vieillesse au titre de sa législation ou réglementation. Si le droit à pension est ouvert, l'institution compétente de chaque territoire détermine la prestation à laquelle l'assuré pourrait prétendre si toutes les périodes d'assurance ou assimilées avaient été accomplies exclusivement sur son propre territoire puis réduit le montant de la prestation au prorata de la durée des périodes d'assurance et assimilées accomplies avant la réalisation du risque sur son propre territoire, par rapport à la durée totale des périodes accomplies dans les deux territoires, avant la réalisation du risque. Cette durée totale est plafonnée à la durée maximale éventuellement requise par la législation ou réglementation qu'elle applique.

- 3. L'intéressé a droit, de la part de l'institution compétente de chaque territoire, au montant le plus élevé, calculé conformément au paragraphe 1 ou 2.
- Art. 8. Lorsque l'intéressé demande la liquidation de ses droits qu'il avait différée ou qui n'avaient pu être liquidés au regard de la législation ou de la réglementation de l'un des territoires, il est procédé à la liquidation de la prestation due au titre de cette législation ou réglementation.
- Art. 9. Lorsqu'il y a lieu de recourir à la totalisation des périodes d'assurance accomplies dans les deux territoires pour la détermination de la prestation, il est fait application des règles suivantes:
- 1. Si une période assimilée à une période d'assurance par le régime d'un territoire coïncide avec une période d'assurance accomplie dans l'autre territoire, seule la période d'assurance est prise en considération par l'institution de ce dernier régime.
- 2. Si une même période est assimilée à une période d'assurance à la fois par le régime métropolitain et le régime polynésien, ladite période est prise en considération par l'institution du territoire où l'intéressé a été assuré à titre obligatoire en dernier lieu avant la période en cause.
- 3. Si une période d'assurance accomplie au titre d'une assurance obligatoire dans le régime d'un territoire coıncide avec une période d'assurance volontaire dans le régime de l'autre territoire, seule la première est prise en compte par l'institution du premier territoire.
- Art. 10. Lorsque les périodes d'assurance accomplies dans le régime d'un des deux territoires sont inférieures à un an, aucune prestation n'est due au titre du régime de ce territoire, sauf si, en vertu de cette seule période, un droit est acquis dans ce territoire.

Néanmoins, ces périodes sont prises en considération pour l'ouverture et le calcul des droits au regard du régime de l'autre territoire, dans les conditions de l'article 7, à moins qu'il n'en résulte une diminution de la prestation due au titre du régime de ce territoire.

- Art. 11. Lorsque, d'après la législation ou la réglementation de l'un des territoires, la liquidation de la prestation de vieillesse s'effectue sur la base du salaire moyen de tout ou partie de la période d'assurance, le salaire moyen pris en considération pour le calcul de la prestation est déterminé d'après les salaires constatés pendant la période d'assurance accomplie sous la législation ou la réglementation dudit territoire.
- Art. 12. Si la législation ou réglementation de l'un ou de l'autre territoire subordonne l'octroi ou le service d'une prestation de vieillesse ou de survivant à la condition que l'intéressé cesse d'exercer une activité professionnelle, cette condition n'est pas opposable si l'intéressé exerce une activité ou reprend une activité professionnelle en dehors du territoire débiteur de la pension.

### Section 2

### Introduction et instruction des demandes de pension

Art. 13. – L'intéressé, qui sollicite le bénéfice d'une ou plusieurs pensions de vieillesse, adresse sa ou des demandes à l'institution compétente de son lieu de résidence ou de sa dernière résidence s'il ne réside plus sur un des territoires, selon les modalités prévues par la législation ou réglementation qu'applique cette institution.

L'institution de son lieu de résidence transmet, le cas échéant, cette demande à l'institution compétente de l'autre territoire en indiquant la date à laquelle cette demande a été introduite. Cette date est considérée comme la date d'introduction de la demande auprès de l'institution compétente de l'autre territoire sauf réserve expresse de l'intéressé.

Pour l'attribution d'une pension vieillesse par application des dispositions du présent décret, l'institution saisie de la demande l'instruit en liaison avec l'institution compétente de l'autre territoire.

Art. 14. – Chaque institution débitrice notifie au demandeur, selon les modalités prévues par sa législation ou réglementation, la décision prise. La notification doit porter à la connaissance du demandeur les voies et délais de recours mis à sa disposition

L'institution débitrice informe l'institution compétente de l'autre territoire de la décision prise et de la date à laquelle la notification a été adressée au demandeur.

#### Section 3

### Paiement des pensions

Art. 15. – Les personnes titulaires d'une prestation de vieillesse au titre de la législation ou réglementation de l'un ou de l'autre ou des deux territoires ou au titre du présent décret bénéficient de cette prestation quel que soit leur lieu de résidence.

L'institution débitrice verse directement au bénéficiaire les prestations qui lui sont dues, aux échéances et selon les modalités prévues par la législation ou réglementation qu'elle applique.

#### Section 4

### Pensions de survivants

Art. 16. – Les dispositions du présent chapitre sont applicables à l'allocation veuvage, aux pensions de veuf ou de veuve invalide et aux pensions de réversion et pensions d'orphelin.

#### CHAPITRE III

#### Dispositions relatives aux assurances maladie, maternité et invalidité

#### Section 1

### Ouverture des droits et totalisation des périodes

- Art. 17. 1. Les personnes assurées auprès d'un régime métropolitain ou polynésien ainsi que leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, des prestations des assurances maladie, maternité et invalidité prévues par le régime du territoire de leur résidence pour autant qu'elles remplissent, sur ledit territoire, les condidions requises pour l'obtention des prestations en cause.
- 2. Dans le cas où, pour l'ouverture du droit, le maintien ou le recouvrement du droit à ces prestations, les intéressés ne justifient pas de la durée d'assurance prévue par la législation ou réglementation du nouveau territoire, il est fait appel, pour compléter les périodes d'assurance ou assimilées accomplies sur ce territoire, aux périodes d'assurance ou assimilées antérieurement accomplies dans le précédent territoire.

La totalisation est effectuée conformément aux règles définies

à l'article 9 du présent décret.

### Section 2

### Assurance maladie-maternité

- Art. 18. 1. La personne assurée auprès du régime métropolitain ou polynésien de sécurité sociale qui satisfait aux conditions requises par la législation ou réglementation de son territoire d'affiliation pour avoir droit aux prestations, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 17:
- a) Dont l'état vient à nécessiter immédiatement des prestations au cours d'un séjour sur l'autre territoire;
- b) Qui, après avoir été admise au bénéfice des prestations à charge de l'institution d'affiliation, est autorisée par cette institution à retourner sur l'autre territoire ou à y transférer sa résidence:
- c) Qui est autorisée par l'institution d'affiliation à se rendre sur l'autre territoire pour y recevoir des soins appropriés à son état.

### a droit

- i) Aux prestations en nature servies, pour le compte de l'institution d'affiliation, par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique, comme si elle y était affiliée, la durée du service des prestations étant toutefois régie par la législation ou réglementation du territoire d'affiliation;
- ii) Aux prestations en espèces servies par l'institution d'affiliation selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique.
- 2. L'autorisation requise au titre du paragraphe 1, point c, ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit figurent parmi les prestations prévues par la législation ou régle-

mentation du territoire d'affiliation de l'intéressé et si ces soins ne peuvent, compte tenu de son état actuel de santé et de l'évolution probable de la maladie, lui être dispensés sur le territoire d'affiliation dans un délai raisonnable.

- 3. Les dispositions des paragraphes 1 et 2 sont applicables par analogie aux ayants droit de la personne visée au paragaphe 1 en ce qui concerne les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité.
- 4. Le fait que la personne assurée bénéficie des dispositions du paragraphe 1 n'affecte pas le droit aux prestations de ses ayants droit.
- 5. Les prestations servies par l'institution du lieu de séjour ou de résidence, pour le compte de l'institution d'affiliation, sont remboursées par cette dernière, sur présentation des pièces justificatives.
- Art. 19. 1. Les travailleurs visés à l'article 3, paragraphes 2, 3 et 5, du présent décret ainsi que leurs ayants droit qui résident avec eux bénéficient des prestations des assurances maladie et maternité pendant toute la durée de leur séjour dans le territoire où ils sont occupés.

Le service des prestations en espèces est assuré directement par l'institution d'affiliation dont ils relèvent.

- Le service des prestations en nature est assuré, si le travailleur en fait la demande, par l'institution du territoire de séjour ou de résidence dans les conditions de la législation ou réglementation qu'elle applique. Dans ce cas, les prestations servies sont remboursées par le régime d'affiliation du travailleur à l'institution du territoire de séjour ou de résidence, sur présentation des pièces justificatives.
- 2. Les dispositions du troisième alinéa du paragraphe 1 du présent article sont applicables par analogie aux personnes visées au paragraphe 4 de l'article 3 et à leurs ayants droit, dans la mesure où elles sont affiliées pour les prestations en nature de l'assurance maladie-maternité au régime de sécurité sociale dans les conditions qui leur seraient applicables s'ils exerçaient leurs fonctions en métropole.
- Art. 20. 1. Les ayants droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou non salarié, occupé en Polynésie, qui résident habituellement en métropole, et les ayants droit d'un travailleur salarié ou assimilé ou non salarié, occupé en métropole, qui résident habituellement en Polynésie, ont droit au bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité.
- 2. La qualité d'ayant droit ainsi que l'étendue, la durée et les modalités du service desdites prestations sont déterminées conformément à la législation ou réglementation du territoire de résidence de ces ayants droit. Le service des prestations est assuré par l'institution compétente du territoire de résidence des ayants droit et la charge de ces prestations incombe au régime d'affiliation du travailleur, qui les rembourse au régime de sécurité sociale du territoire de résidence de la famille, sur présentation des pièces justificatives.
- 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables si les membres de la famille bénéficient d'un droit propre aux prestations des assurances maladie-maternité.
- Art. 21. 1. Les titulaires de pensions de vieillesse, de survivant ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail, susceptibles d'ouvrir droit aux soins de santé, au titre tant du régime métropolitain que du régime polynésien de sécurité sociale, bénéficient des prestations servies selon la législation ou réglementation qu'elle applique, par l'institution compétente du territoire de leur résidence et à sa charge. Les dispositions de l'article 18 sont applicables par analogie à ces personnes en cas de séjour temporaire sur l'autre territoire.
- 2. Les titulaires de pensions de vieillesse, de survivant ou d'invalidité ou d'une rente accident du travail susceptibles d'ouvrir droit aux soins de santé au titre du régime d'un seul des territoires et qui résident ou séjournent sur l'autre territoire bénéficient des prestations servies par la caisse compétente du lieu de résidence ou de séjour temporaire selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique. Ces prestations sont à la charge du régime du territoire débiteur de la pension ou de la rente dès lors qu'ils ont droit aux soins de santé au titre de cette législation ou réglementation. Elles sont remboursées à l'institution du lieu de résidence ou de séjour, par

l'institution du territoire débiteur de la pension ou de la rente sur présentation des pièces justificatives.

- 3. Les dispositions des paragraphes 1 et 2 du présent article sont applicables aux personnes titulaires d'une pension au titre des régimes des fonctionnaires de l'Etat, des magistrats, des militaires, des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, dans la mesure où ladite pension est soumise au prélèvement de cotisations sociales dans les mêmes conditions que si les personnes résidaient en métropole.
- 4. Les dispositions des paragraphes 1 à 3 du présent article s'appliquent également aux ayants droit du pensionné ou rentier reconnus comme tels par la législation ou réglementation du territoire de résidence, dès lors qu'ils ne peuvent bénéficier des prestations visées sur l'un ou l'autre territoire au titre d'un droit propre.

L'institution du territoire qui a la charge des prestations du pensionné ou du rentier assume également la charge des prestations de ses ayants droit, que ceux-ci résident ou non sur le même territoire que le pensionné ou rentier. Le service des prestations est assuré par l'institution du territoire de séjour ou de résidence de l'ayant droit dans les conditions de la législation ou de la réglementation qu'elle applique.

Art. 22. – L'octroi des prothèses, du grand appareillage et des autres prestations en nature d'une grande importance dont la liste est annexée au présent accord est subordonné, sauf en cas d'urgence, à l'autorisation de l'institution d'affiliation.

## Section 3 Assurance invalidité

Art. 23. – 1. La pension d'invalidité à caractère contributif est liquidée conformément à la législation ou réglementation dont relevait le travailleur au moment où, par suite de maladie ou d'accident, est survenue l'interruption de travail suivie d'invalidité, compte tenu le cas échéant des dispositions de l'article 17.

Lorsque, d'après cette législation ou réglementation, la liquidation de la pension d'invalidité s'effectue sur la base du salaire moyen de tout ou partie de la période d'assurance, le salaire moyen pris en considération pour le calcul de la pension est déterminé d'après les salaires constatés pendant la période d'assurance accomplie sous la législation ou réglementation dudit territoire.

- 2. La charge de la pension d'invalidité est supportée en totalité par l'institution compétente, conformément aux dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique.
- Art. 24. 1. Si, après suspension de la pension d'invalidité, l'intéressé recouvre son droit, le service des prestations est repris par l'institution débitrice de la pension primitivement accordée.
- 2. Si, après suppression de la pension, l'état de l'intéressé justifie l'octroi d'une nouvelle pension d'invalidité, celle-ci est liquidée suivant les règles fixées à l'article 23.
- Art. 25. Les dispositions de l'article 15 sont applicables par analogie aux personnes titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de veuf ou de veuve invalide.
- Art. 26. La pension d'invalidité est transformée, le cas échéant, en pension de vieillesse dès lors que se trouvent remplies les conditions, notamment d'âge, requises par la législation ou réglementation du territoire débiteur de cette pension d'invalidité pour l'attribution d'une pension de vieillesse.

## CHAPITRE IV Dispositions relatives à l'assurance décès

Art. 27. – Les ayants droit d'un assuré décédé bénéficient du capital décès, conformément aux dispositions soit de la législation métropolitaine, soit de la législation polynésienne de sécurité sociale, quelle que soit leur résidence et quel que soit le lieu du décès de l'assuré, compte tenu, le cas échéant, des dispositions de l'article 17 du présent accord.

#### CHAPITRE V

### Dispositions relatives à l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles

Art. 28. – Lorsque la législation ou réglementation de l'un des territoires concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles opposent des conditions de résidence sur ce territoire pour l'ouverture des droits, celles-ci ne sont pas opposables aux bénéficiaires du présent décret.

Les majorations ou allocations complémentaires accordées en supplément des rentes d'accidents du travail en vertu de la législation ou réglementation applicables sur chaque territoire sont maintenues aux personnes visées à l'alinéa précédent, quel que soit leur lieu de résidence.

- Art. 29. 1. La personne assurée auprès d'un régime accidents du travail ou maladies professionnelles de l'un des territoires, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle,
  - a) Qui séjourne sur l'autre territoire, ou
- b) Qui, après avoir été admise au bénéfice des prestations à charge de l'institution d'affiliation d'un territoire, est autorisée par cette institution à séjourner ou transférer sa résidence sur l'autre territoire, ou
- c) Qui est autorisée par l'institution d'affiliation à se rendre sur l'autre territoire pour y recevoir des soins appropriés à son état,

#### a droit:

- i) Aux prestations en nature servies pour le compte de l'institution d'affiliation par l'institution du lieu de séjour ou de résidence selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique, comme si elle y était affiliée, la durée du service des prestations étant toutefois régie par la législation ou réglementation du territoire d'affiliation;
- ii) Aux prestations en espèces servies par l'institution d'affiliation selon les dispositions de la législation ou réglementation qu'elle applique.
- 2. L'autorisation requise au titre du paragraphe 1, point b, ne peut être refusée que s'il est établi que le déplacement de l'intéressé est de nature à compromettre son état de santé ou l'application du traitement médical.
- L'autorisation requise au titre du paragraphe 1, point c, ne peut pas être refusée lorsque les soins dont il s'agit ne peuvent pas être dispensés à l'intéressé sur le territoire où il réside.
- 3. Les prestations servies par l'institution du lieu de séjour ou de résidence pour le compte de l'institution d'affiliation sont remboursées par cette dernière sur présentation des pièces justificatives.
- Art. 30. Lorsque l'intéressé est victime d'une rechute de son accident survenu ou de sa maladie professionnelle constatée sur l'un des deux territoires, alors qu'il a transféré temporairement ou définitivement sa résidence sur l'autre territoire, il a droit au bénéfice des prestations en nature et en espèces de l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles, à condition qu'il ait obtenu l'accord de l'institution compétente métropolitaine ou polynésienne à laquelle il était affilié à la date de l'accident ou de la première constatation de la maladie professionnelle.
- Le droit est apprécié au regard de la législation ou réglementation qu'elle applique par l'institution polynésienne ou métropolitaine à laquelle le travailleur était affilié à la date de l'accident ou de la première constatation de la maladie professionnelle.
- Art. 31. Pour apprécier le degré d'incapacité permanente résultant d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, au regard du régime de l'un des territoires, les accidents du travail et les maladies professionnelles survenus antérieurement sur l'autre territoire sont pris en considération comme s'ils étaient survenus sur le premier territoire.
- Art. 32. Lorsque la victime d'une maladie professionnelle a exercé, sur les deux territoires, un emploi susceptible de provoquer ladite maladie, les prestations auxquelles la victime ou ses survivants peuvent prétendre sont accordées exclusivement

au titre de la législation ou réglementation du territoire sur lequel l'emploi en cause a été exercé en dernier lieu, et sous réserve que l'intéressé remplisse les conditions prévues par cette législation ou cette réglementation.

Si l'octroi des prestations par un des territoires est subordonné à la condition qu'une activité susceptible de provoquer la maladie considérée ait été exercée pendant une certaine durée, l'exercice de cette activité sur l'autre territoire est pris en compte comme s'il avait été accompli sous la législation ou réglementation du premier territoire. Le montant de la prestation ainsi calculé est entièrement à la charge du territoire où l'intéressé a exercé en dernier lieu l'emploi susceptible de provoquer ladite maladie.

Lorsque la législation ou réglementation applicable sur l'un des deux territoires subordonne le bénéfice des prestations de maladie professionnelle à la condition que la maladie considérée ait été constatée médicalement pour la première fois sur son territoire, cette condition est réputée remplie lorsque la maladie a été constatée pour la première fois sur l'autre territoire.

- Art. 33. En cas d'aggravation d'une maladie professionnelle réparée en vertu de la législation ou réglementation d'un territoire, alors que la victime réside sur l'autre territoire, les règles suivantes sont applicables:
- a) Si l'intéressé n'a pas exercé sur le territoire de sa nouvelle résidence un emploi susceptible d'aggraver cette maladie professionnelle réparée, l'institution du premier territoire prend à sa charge l'aggravation de la maladie dans les termes de sa propre législation ou réglementation;
- b) Si l'intéressé a exercé sur le territoire de sa nouvelle résidence un emploi susceptible d'aggraver cette maladie professionnelle réparée:
  - l'institution du premier territoire conserve à sa charge la prestation due à l'intéressé en vertu de sa propre législation ou réglementation comme si la maladie n'avait subi aucune aggravation;
  - l'institution de l'autre territoire prend à sa charge le supplément de prestations correspondant à l'aggravation. Le montant de ce supplément est alors déterminé selon la législation ou réglementation de ce dernier territoire comme si la maladie s'était produite sur son propre territoire; il est égal à la différence entre le montant de la prestation due après l'aggravation et le montant de la prestation qui aurait été due avant l'aggravation.
- Art. 34. Les dispositions du présent chapitre sont applicables par analogie aux pensions de survivants servies par l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

### CHAPITRE VI

### Prestations familiales

- Art. 35. Si l'institution compétente d'un des territoires subordonne l'acquisition du droit aux prestations familiales à l'accomplissement de périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée, elle tient compte, à cet effet, dans la mesure nécessaire des périodes d'assurance ou d'emploi ou d'activité non salariée accomplies sur l'autre territoire, comme s'il s'agissait de périodes accomplies sous la législation ou réglementation qu'elle applique.
- Art. 36. 1. Le travailleur salarié ou assimilé ou le travailleur non salarié soumis à la législation française et qui remplit les conditions d'activité mentionnées ci-après a droit, pour les membres de sa famille qui résident sur le territoire polynésien, aux prestations familiales prévues par la réglementation du territoire de résidence de la famille. Ces prestations sont servies par l'institution compétente du territoire de résidence de la famille et la charge des prestations ainsi attribuées est supportée par les organismes métropolitains.
- 2. Le travailleur salarié ou assimilé ou le travailleur non salarié soumis à la réglementation polynésienne et qui remplit les conditions prévues par cette réglementation a droit, pour les membres de sa famille qui résident sur le territoire métropolitain, aux prestations familiales prévues par la législation du territoire de résidence de la famille.

- 3. La condition d'activité requise sur le territoire métropolitain pour ouvrir droit aux prestations familiales prévues par la réglementation polynésienne est la suivante;
  - pour le travailleur salarié ou assimilé, justification d'une durée minimale d'activité salariée de 18 jours ou 120 heures dans le mois de référence, ou 200 heures dans le trimestre, ou justification d'une rémunération minimale de 173 fois un tiers le montant du salaire minimum de croissance horaire dans le mois de référence ou 520 fois ce même montant dans le trimestre;
  - pour le travailleur non salarié, affiliation et paiement des cotisations à un régime vieillesse de travailleurs non sala-
- 4. Ces dispositions sont applicables par analogie aux travailleurs visés à l'article 3, paragraphes 2, 3 et 5.

### CHAPITRE VII

### Dispositions financières et dispositions diverses

Art. 37. - 1. L'institution d'affiliation ou l'institution compétente du territoire débiteur de la pension ou de la rente ouvrant droit aux soins de santé rembourse à l'institution du territoire de résidence ou de séjour les prestations en nature des assurances maladie-maternité, accidents du travail ou maladies professionnelles qu'elle a servies pour son compte en applica-tion des articles 18, 19, 20, 21 et 29. Ce remboursement s'effectue sur factures présentées semestriellement, accompagnées des pièces justificatives par l'intermédiaire des organismes de liaison des deux territoires.

Pour tenir compte des frais de gestion que supporte l'institution qui sert les prestations en nature pour le compte de l'institution d'affiliation ou de l'institution compétente du territoire débiteur de la pension ou de la rente ouvrant droit aux soins de santé, les factures sont majorées d'un pourcentage d'augmentation fixé d'un commun accord par les autorités administratives compétentes des deux territoires.

Des avances fixées d'un commun accord peuvent également être consenties à l'institution qui sert les prestations en nature pour le compte de l'institution d'affiliation ou de l'institution compétente du territoire débiteur de la pension ou de la rente ouvrant droit aux soins de santé.

- 2. Le remboursement des prestations familiales du régime polynésien à charge des organismes métropolitains, en application de l'article 36, paragraphe 1, s'effectue sur présentation des pièces justificatives par l'intermédiaire de l'organisme de liaison métropolitain.
- Art. 38. Les autorités compétentes des deux territoires se communiquent toutes informations concernant les mesures prises pour l'application du présent décret ainsi que sur les modifications de leurs législations ou réglementations susceptibles d'affecter cette application.

Les autorités et les institutions des deux territoires se prêtent leurs bons offices pour l'application du présent décret comme s'il s'agissait de l'application de leurs propres législations ou réglementations, en particulier en ce qui concerne le contrôle médical des bénéficiaires du présent décret.

- Art. 39. Sont considérées comme autorités compétentes pour l'application du présent décret :
  - sur le territoire métropolitain et les départements d'outremer: les ministres qui ont, chacun en ce qui le concerne, les régimes visés au présent décret dans le champ de leurs attributions:
  - sur le territoire de la Polynésie française : le président du Gouvernement de la Polynésie française.

Sont considérés comme organismes de liaison pour l'application du présent décret :

- en ce qui concerne le territoire métropolitain et les départements d'outre-mer : le centre de sécurité sociale des travailleurs migrants:
- en ce qui concerne le territoire de la Polynésie française : la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française.

Art. 40. - Le présent décret prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995.

Art. 41. - Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville, le ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, le ministre de l'agriculture et de la pêche et le ministre des départements et territoires d'outre-mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République fran-

Fait à Paris, le 26 décembre 1994.

EDOUARD BALLADUR

Par le Premier ministre :

Le ministre d'Etat, ministre des affaires sociales, de la santé et de la ville.

SIMONE VEIL

Le ministre du budget, porte-parole du Gouvernement, NICOLAS SARKOZY

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

JEAN PUECH

Le ministre des départements et territoires d'outre-mer, DOMINIQUE PERBEN

#### ANNEXE

#### LISTE DES PRESTATIONS EN NATURE DE GRANDE IMPORTANCE

- 1. Les prestations visées à l'article 22 de l'accord sont les prestations prévues par la législation ou la réglementation du lieu de rési-dence ou de séjour dont l'octroi est subordonné à une autorisation préalable de l'institution qui applique cette législation ou cette régle-
- 2. L'institution du lieu de résidence ou de séjour qui a donné l'autorisation préalable à l'octroi d'une prestation en nature avise l'institution compétente de sa décision lorsque :
  - 2.1. La prestation figure dans la liste ci-après :
- a) Appareils de prothèse et appareils d'orthopédie ou appareilstuteurs, y compris les corsets orthopédiques en tissu armé ainsi que tous suppléments, accessoires et outils;
- b) Chaussures orthopédiques et chaussures de complément (non orthopédiques);
- c) Prothèses maxillaires et faciales, perruques;
  d) Prothèses oculaires, verres de contact, lunettes-jumelles et lunettes-télescopes;
- e) Appareils de surdité, notamment les appareils acoustiques et phonétiques;
- f) Prothèses dentaires (fixes et amovibles) et prothèses obturatrices de la cavité buccale;
- g) Voiturettes pour malades (à commande manuelle ou motorisée), fauteuils roulants et autres moyens mécaniques permettant de se déplacer, chiens-guides pour aveugles ;
  - h) Renouvellement des fournitures visées aux points précédents;
  - i) Cures:
  - i) Entretien et traitement médical :
  - dans une maison de convalescence, un sanatorium, un établissement ou un internat pour handicapés (aveugles, sourds-muets, handicapés mentaux, etc.) ou un aérium;
  - dans un préventorium lorsque la durée du séjour paraît devoir se prolonger au-delà de vingt jours selon l'avis du médecin traitant ou, si la législation du pays où l'intéressé se trouve l'exige dans les cas analogues, selon l'avis du médecincontrôleur (médecin-conseil) de l'institution du lieu de séjour ou du lieu de résidence, ou lorsque la durée du séjour se pro-longe, contrairement à l'avis préalable du médecin susvisé, au-delà de vingt jours;
- k) Mesures de réadaptation fonctionnelle ou de rééducation professionnelle;
- 1) Toute subvention destinée à couvrir une partie du coût résultant de l'octroi des prestations visées aux lettres a à k
- 2.2. Le coût probable ou effectif de la prestation dépasse un montant forfaitaire déterminé d'un commun accord par les autorités compétentes des deux territoires.
- 3. Le cas d'urgence prévu à l'article 22 de l'accord est celui où le service d'une des prestations visées au paragraphe 1 ci-dessus ne

peut être différé sans mettre en danger la vie ou compromettre la santé de l'intéressé. Dans le cas où l'une des fournitures visées aux lettres a à g du point 2.1 ci-dessus est éventuellement cassée ou détériorée, il suffit, pour établir l'urgence, de justifier la nécessité du renouvellement de la fourniture en question.

### ACTES REGLEMENTAIRES DU HAUT-COMMISSAIRE

ARRETE n° 1462 MAFIC du 23 décembre 1994 portant nomination des membres du jury chargé de la délivrance du brevet d'aptitude à l'animation socio-éducative (B.A.S.E.).

> Le haut-commissaire de la République en Polynésie française, chevalier de la Légion d'honneur,

Vu la loi n° 84-820 du 6 septembre 1984 portant statut du territoire de la Polynésie française, modifiée par la loi n° 90-612 du 12 juillet 1990;

Vu l'arrêté du 5 février 1970 instituant le brevet d'aptitude à l'animation socio-éducative (B.A.S.E.);

Vu l'arrêté n° 361 du 10 avril 1990 portant création du jury chargé de la délivrance du brevet d'aptitude à l'animation socio-éducative ;

Vu l'arrêté n° 362 du 10 avril 1990 portant nomination des membres du jury chargé de la délivrance du brevet d'aptitude à l'animation socio-éducative (B.A.S.E.);

Sur proposition du secrétaire général de la Polynésie française et du chef de service de la jeunesse et des sports de la Polynésie française,

### Arrête:

Article 1er.— Sont nommés pour une période de trois ans en qualité de membres du jury pour la délivrance du brevet d'aptitude à l'animation socio-éducative :

Représentants du service de la jeunesse et des sports (1/3) :

- M. le chef du service de la jeunese et des sports, président ;
- M. l'inspecteur de la jeunesse, des sports et des loisirs ;
- un agent désigné par le chef de service de la jeunesse et des sports.

Représentants des associations de jeunesse d'éducation populaire, des sports et de plein air (1/3) :

- M. le président du Comité territorial de la jeunesse (C.T.J.), titulaire:
- Mile Mata Ganahoa, suppléante;
- M. le président du Comité protestant des centres de vacances (C.P.C.V.), titulaire;
- M. Lorenzo Zoccastello, suppléant;
- M. le président de l'Union territoriale de la Fédération sportive et culturelle de France (U.T./F.S.C.F.), titulaire;
- M. Dominique Soupé, suppléant.

Représentants des personnalités compétentes en matière d'animation socio-éducative (1/3) :

- Mme la directrice de l'Institut médico-pédagogique Raimanutea, *titulaire*;
- M. Jean Boissier, suppléant;
- M. Edouard Maihi, foyer Uru Ai A Tama, titulaire;
- M. Alexandre Germain, suppléant;
- M. le directeur de la Fraternité chrétienne, titulaire ;
- M. Christian Fouet, suppléant.

Art. 2.— Le jury peut faire appel à des experts en tant que de besoin.

Art. 3.—Le secrétariat est assuré par un agent du service de la jeunesse et des sports.

Art. 4.— Le secrétaire général de la Polynésie française et le chef de service de la jeunesse et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 23 décembre 1994.

Pour le haut-commissaire,
par délégation:
Le secrétaire général
de la Polynésie française,
Anne BOQUET.

ORDONNANCE rectificative n° 18 ORD/PPI du 29 décembre 1994 désignant M. Alexandre Magnier, infirmier, en qualité de représentant du président du tribunal de première instance de Papeete au sein des commissions administratives chargées de la révision des listes électorales dans la subdivision administrative des Tuamotu-Gambier au titre de la révision 1994-1995.

Nous, Bernard Fouquéré, vice-président du tribunal de première instance de Papeete, président par intérim ;

Vu l'ordonnance n° 14 ORD/PPI désignant en qualité de représentant du président du tribunal de première instance de Papeete au sein des commissions administratives, chargées de la révision des listes électorales dans la subdivision administrative des Tuamotu-Gambier au titre de la révision 1994-1995,

### COMMUNE DE FAKARAVA

Fakarava: M. Ganahoa Temate;

Vu la lettre de M. le chef de la subdivision administrative des îles Tuamotu-Gambier, en date du 29 décembre 1994, nous avisant de l'indisponibilité pour raisons de santé de M. Ganahoa Temate, et les propositions de remplacement;

Vu les pièces jointes,

Désignons en qualité de représentant, M. Magnier Alexandre, infirmier, aux lieu et place de M. Ganahoa Temate.

Fait en notre cabinet, à Papeete, le 29 décembre 1994. Bernard FOUQUERE.

DÉLIBÉRATION N° 3-2011/CA DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CPS DU 3 FÉVRIER 2011 RELATIVE A L'INDEMNITÉ DE SÉJOUR (IS-EVA) DES PATIENTS ÉVACUÉS SANITAIRES ET A LEURS ACCOMPAGNATEURS AGRÉÉS



### DELIBERATION N° 3-2011/C.A.

relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés

### LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE

Vu l'arrêté n° 1336/IT du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française, notamment ses articles 9 et 10 modifiés par la délibération n° 91-47 AT du 15 février 1991 ;

Vu la délibération n° 99-11/AT du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent ;

Vu l'arrêté n° 1408/IT du 13 octobre 1956 modifié fixant les règles relatives aux opérations financières et comptables de la Caisse de Prévoyance Sociale ;

Vu la délibération n° 74-22 du 14 février 1974 instituant un Régime d'Assurance Maladie-Invalidité au profit des travailleurs salariés ;

Vu la délibération n° 34-98/C.P.S. du Conseil d'Administration en date du 28 août 1993 ;

Vu les travaux de la Commission de Santé Elargie en date du 24 janvier 2011 :

Vu le procès-verbal de réunion du Conseil d'Administration en date du 3 février 2011 ;

S'étant prononcé à la majorité au cours de cette séance,

### ADOPTE:

Article 1er. - La présente délibération annule et remplace la délibération n° 34-98/C.P.S. en date du 28 août 1998.

Article 2. - Une indemnité de séjour (IS-EVA) est accordée aux patients évacués sanitaires hors du territoire dont l'état de santé, tout en exigeant leur maintien à proximité du centre de traitement pour des examens ou des soins discontinus, autorise leur séjour à l'extérieur du milieu hospitalier pendant certaines périodes de durée limitée.

Cette indemnité peut également être versée aux accompagnateurs agréés par la C.P.S., dans la limite d'un accompagnateur maximum par patient pour tout ou partie de la durée de l'évasan du patient. Néanmoins, en cas de greffe avec donneur vivant et receveur d'une même famille, seul un accompagnateur peut en être bénéficiaire.

Article 3. - L'indemnité de séjour est fixée sur la base d'un montant de :

- 3 000 XPF/jour pour un patient âgé de < de 12 ans (25,14 € - 44,82 NZD)
- 5 000 XPF/jour pour un patient âgé de > de 12 ans (41,90 € - 74,70 NZD)

### Elle se décline en :

Une « aide aux repas » de :

```
    < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)
```

• Une « aide à l'hébergement » de :

```
    < à 12 ans : 1 200 XPF/jour (10,06 € - 18,02 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 600 XPF/jour (21,78 € - 38,85 NZD)
```

le nombre maximum d'indemnités de séjour « cumulables » étant plafonné à trois par dossier d'évasan, sur la base d'une aide à l'hébergement pour, au maximum, trois aides aux repas.

Article 4. - L'indemnité de séjour est déterminée comme suit, selon la formule d'hébergement dont bénéficie le patient évasanné ou l'accompagnateur agréé :

### 1. Hébergement en structure conventionnée ou assimilée

- En pension complète : pas d'indemnité, paiement direct par la CPS
- En demi-pension (cas des Maisons des parents) :
  - Achat de tickets repas (petit-déjeuner et déjeuner) par la CPS, plafonné au montant d'une demie aide aux repas (< à 12 ans : 900 XPF ; > à 12 ans : 1 200 XPF)
  - Versement d'une demie aide aux repas du soir :

```
    < à 12 ans : 900 XPF/jour (7,54 € - 13,40 NZD)</li>
    > à 12 ans : 1 200 XPF/jour (10,06 € - 17,92 NZD)
```

- En hébergement simple (sans repas) :
  - a) Paiement direct de l'hébergement par la CPS à la structure conventionnée
  - b) Versement de l'aide aux repas :

```
    < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)
```

- 2. <u>Hébergement en structure non conventionnée, choisi par la CPS</u> (sur proposition de l'agence d'un hébergement simple à un tarif plafonné à 8 500 XPF (100 € 57 NZD))
  - a) Tiers payant négocié avec la structure : paiement direct de l'hébergement par la CPS.
  - b) Remboursement de l'hébergement en l'absence de tiers payant négocié.
  - c) Versement de l'aide aux repas (hors pension complète) :

```
    < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)
```

Dans le cas où le patient refuse l'hébergement proposé par la CPS, les dispositions du point 3. ci-dessous s'appliquent.

- 3. <u>Hébergement au domicile du patient ou dans son milieu familial, ou patient choisissant de recevoir ses soins ambulatoires ou hospitaliers dans des structures non agréées par la CPS</u>
  - a) Pas d'aide à l'hébergement.
  - b) Versement de l'aide aux repas :

o < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)

> à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)

<u>Article 5</u>. - Le Directeur et l'Agent-Comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente délibération.

PAPEETE, le 3 février 2011

sociale de

LE SECRETAIRE

Cyril LE GAYIC

LE PRÉSIDENT,

Ronald TERORO

LE PRESIDENT DE LA POLYNESIE FRANÇAISE,

**Gaston TONG SANG** 

Rendue exécutoire par arrêté n°

DÉLIBÉRATION N° 2-2011/CA.RNS RELATIVE A L'INDEMNITÉ DE SÉJOUR (IS-EVA) DES PATIENTS ÉVACUÉS SANITAIRES ET A LEURS ACCOMPAGNATEURS AGRÉÉS

### **DELIBERATION N° 02-2011/CA.RNS**

relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés

### LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU REGIME DES NON-SALARIES,

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-19 AT du 10 mars 1994 modifiée portant institution du conseil d'administration du régime des non-salariés ;

Vu la délibération n° 94-170 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant le régime d'assurance maladie des personnes non salariées ;

Vu la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée relative aux dispositions administratives et financières du régime des non-salariés ;

Vu la délibération n° 99-11 AT du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent ;

Vu la délibération n° 7-99/RNS du Conseil d'administration du régime des non-salariés en date du 21 mai 1999 ;

Vu les travaux de la Commission de santé élargie en date du 24 janvier 2011 ;

Vu le procès-verbal de réunion du Conseil d'administration en date du 11 février 2011 ;

S'étant prononcé à l'unanimité au cours de cette séance,

### ADOPTE:

<u>Article 1<sup>er</sup>.</u> - La présente délibération annule et remplace la délibération n° 7-99/RNS en date du 21 mai 1999.

Article 2. - Une indemnité de séjour (IS-EVA) est accordée aux patients évacués sanitaires hors du territoire dont l'état de santé, tout en exigeant leur maintien à proximité du centre de traitement pour des examens ou des soins discontinus, autorise leur séjour à l'extérieur du milieu hospitalier pendant certaines périodes de durée limitée.

Cette indemnité peut également être versée aux accompagnateurs agréés par la C.P.S., dans la limite d'un accompagnateur maximum par patient pour tout ou partie de la durée de l'évasan du patient. Néanmoins, en cas de greffe avec donneur vivant et receveur d'une même famille, seul un accompagnateur peut en être bénéficiaire.

Article 3. - L'indemnité de séjour est fixée sur la base d'un montant de :

- 3 000 XPF/jour pour un patient âgé de < de 12 ans (25,14 € - 44,82 NZD)
- 5 000 XPF/jour pour un patient âgé de > de 12 ans (41,90 € - 74,70 NZD)

Elle se décline en :

Une « aide aux repas » de :

```
    < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)
```

• Une « aide à l'hébergement » de :

```
    < à 12 ans : 1 200 XPF/jour (10,06 € - 18,02 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 600 XPF/jour (21,78 € - 38,85 NZD)
```

le nombre maximum d'indemnités de séjour « cumulables » étant plafonné à trois par dossier d'évasan, sur la base d'une aide à l'hébergement pour, au maximum, trois aides aux repas.

Article 4. - L'indemnité de séjour est déterminée comme suit, selon la formule d'hébergement dont bénéficie le patient évasanné ou l'accompagnateur agréé :

### 1. Hébergement en structure conventionnée ou assimilée

- En pension complète : pas d'indemnité, paiement direct par la CPS
- En demi-pension (cas des Maisons des parents) :
  - Achat de tickets repas (petit-déjeuner et déjeuner) par la CPS, plafonné au montant d'une demie aide aux repas (< à 12 ans : 900 XPF; > à 12 ans : 1 200 XPF)
  - Versement d'une demie aide aux repas du soir :

```
    < à 12 ans : 900 XPF/jour (7,54 € - 13,40 NZD)</li>
    > à 12 ans : 1 200 XPF/jour (10,06 € - 17,92 NZD)
```

- En hébergement simple (sans repas) :
  - a) Paiement direct de l'hébergement par la CPS à la structure conventionnée
  - b) Versement de l'aide aux repas :

```
    < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)
```

- 2. <u>Hébergement en structure non conventionnée, choisi par la CPS</u> (sur proposition de l'agence d'un hébergement simple à un tarif plafonné à 8 500 XPF (100 € 57 NZD)
  - a) Tiers payant négocié avec la structure : paiement direct de l'hébergement par la CPS.
  - b) Remboursement de l'hébergement en l'absence de tiers payant négocié.
  - c) Versement de l'aide aux repas (hors pension complète) :

```
    < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
    > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)
```

Dans le cas où le patient refuse l'hébergement proposé par la CPS, les dispositions du point 3. ci-dessous s'appliquent.

- 3. <u>Hébergement au domicile du patient ou dans son milieu familial, ou patient choisissant de recevoir ses soins ambulatoires ou hospitaliers dans des structures non agréées par la CPS</u>
  - a) Pas d'aide à l'hébergement.
  - b) Versement de l'aide aux repas :

< à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)
</p>

o > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)

<u>Article 5</u>. - Le Directeur et l'Agent-Comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente délibération.

LE SECRETAIRE,

Jeannine TIAPARI

PAPEETE, le 11 février 2011

e Président

LE PRESIDENT

Jean TAMA

LE PRESIDENT DE LA POLYNESIE FRANÇAISE,

**Gaston TONG SANG** 

Rendue exécutoire par arrêté n° 602 cm du 6.5.11

DÉLIBÉRATION N° 2-2011/CG.RSPF RELATIVE A L'INDEMNITÉ DE SÉJOUR (IS-EVA) DES PATIENTS ÉVACUÉS SANITAIRES ET A LEURS ACCOMPAGNATEURS AGRÉÉS

### **DELIBERATION N° 2-2011/CG.RSPF**

relative à l'indemnité de séjour (IS-EVA) des patients évacués sanitaires et à leurs accompagnateurs agréés

### LE COMITE DE GESTION DU REGIME DE SOLIDARITE,

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française :

Vu la délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 modifiée portant institution du comité de gestion du régime de solidarité ;

Vu la délibération n° 95-262 AT du 20 décembre 1995 instituant et modifiant les conditions du risque maladie des ressortissants du régime de solidarité ;

Vu la délibération n° 99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent ;

Vu la délibération n° 9-98/RST du Comité de gestion en date du 6 novembre 1998 ;

Vu les travaux de la Commission de santé élargie en date du 24 janvier 2011 ;

Vu le procès-verbal de réunion du Comité de gestion en date du 22 février 2011 ;

S'étant prononcé à l'unanimité au cours de cette séance,

### ADOPTE:

Article 1<sup>er</sup>. - La présente délibération annule et remplace la délibération n° 9-98/RST en date du 6 novembre 1998.

Article 2. - Une indemnité de séjour (IS-EVA) est accordée aux patients évacués sanitaires hors du territoire dont l'état de santé, tout en exigeant leur maintien à proximité du centre de traitement pour des examens ou des soins discontinus, autorise leur séjour à l'extérieur du milieu hospitalier pendant certaines périodes de durée limitée.

Cette indemnité peut également être versée aux accompagnateurs agréés par la C.P.S., dans la limite d'un accompagnateur maximum par patient pour tout ou partie de la durée de l'évasan du patient. Néanmoins, en cas de greffe avec donneur vivant et receveur d'une même famille, seul un accompagnateur peut en être bénéficiaire.

Article 3. - L'indemnité de séjour est fixée sur la base d'un montant de :

- 3 000 XPF/jour pour un patient âgé de < de 12 ans (25,14 € - 44,82 NZD)
- 5 000 XPF/jour pour un patient âgé de > de 12 ans (41,90 € 74,70 NZD)

Elle se décline en :

• Une « aide aux repas » de :

< à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
 > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)

Une « aide à l'hébergement » de :

< à 12 ans : 1 200 XPF/jour (10,06 € - 18,02 NZD)</li>
 > à 12 ans : 2 600 XPF/jour (21,78 € - 38,85 NZD)

le nombre maximum d'indemnités de séjour « cumulables » étant plafonné à trois par dossier d'évasan, sur la base d'une aide à l'hébergement pour, au maximum, trois aides aux repas.

<u>Article 4.</u> - L'indemnité de séjour est déterminée comme suit, selon la formule d'hébergement dont bénéficie le patient évasanné ou l'accompagnateur agréé :

### 1. Hébergement en structure conventionnée ou assimilée

- En pension complète : pas d'indemnité, paiement direct par la CPS
- En demi-pension (cas des Maisons des parents) :
  - Achat de tickets repas (petit-déjeuner et déjeuner) par la CPS, plafonné au montant d'une demie aide aux repas (< à 12 ans : 900 XPF; > à 12 ans : 1 200 XPF)
  - Versement d'une demie aide aux repas du soir :

< à 12 ans : 900 XPF/jour (7,54 € - 13,40 NZD)</li>
 > à 12 ans : 1 200 XPF/jour (10,06 € - 17,92 NZD)

- En hébergement simple (sans repas) :
  - a) Paiement direct de l'hébergement par la CPS à la structure conventionnée
  - b) Versement de l'aide aux repas :

< à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
 > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)

# 2. <u>Hébergement en structure non conventionnée, choisi par la CPS</u> (sur proposition de l'ayence d'un hébergement simple à un tarif plafonné à 8 500 XPF (100 € - 57 NZD)

- a) Tiers payant négocié avec la structure : paiement direct de l'hébergement par la CPS.
- b) Remboursement de l'hébergement en l'absence de tiers payant négocié.
- c) Versement de l'aide aux repas (hors pension complète) :

< à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)</li>
 > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20,12 € - 35,85 NZD)

Dans le cas où le patient refuse l'hébergement proposé par la CPS, les dispositions du point 3. ci-dessous s'appliquent.

- 3. <u>Hébergement au domicile du patient ou dans son milieu familial, ou patient choisissant de recevoir ses soins ambulatoires ou hospitaliers dans des structures non agréées par la CPS</u>
  - a) Pas d'aide à l'hébergement.
  - b) Versement de l'aide aux repas :

o < à 12 ans : 1 800 XPF/jour (15,08 € - 26,80 NZD)

o > à 12 ans : 2 400 XPF/jour (20, 12 € - 35,85 NZD)

Article 5. - Le Directeur et l'Agent-Comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'application de la présente délibération.

PAPEETE, le 22 février 2011

ie de la s

LA PRESIDENTE,

Teura IRITI

LA SECRETAIRE,

Aline BALDAS\$ARI

LE DIRECTEUR DES AFFAIRES SOCIALES,

Paul TETAHIOTUPA

Rendue exécutoire par arrêté n° 518 Cm du 15 /4/2011

DÉLIBÉRATION N° 214/CP DU 15 OCTOBRE 1997 RELATIVE AU CONTRÔLE MÉDICAL DES RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS ET DE L'AIDE MÉDICALE

En tout état de cause, l'émolument de prisée que doit recevoir le commissaire-priseur ne peut être inférieur à vingt taux de base.

Le reste sans changement.

Art. 4. - L'article 15 de la délibération n° 299/CP du 22 mars 1994 susvisée est rédigé comme suit :

Il est alloué aux commissaires-priseurs, une rémunération de 9 % sur le produit de chaque lot.

Art. 5. - L'article 16 de la délibération n° 299/CP du 22 mars 1994 susvisée est abrogé.

Art. 6. - L'article 21 de la délibération n° 299/CP du 22 mars 1994 susvisée est rédigé comme suit :

Pour tous ses déplacements en dehors de sa commune par ses propres moyens, le commissaire-priseur perçoit une indomnité kilométrique de quarante trois francs par kilomètre parcouru, tant à l'alter qu'au retour.

En cas de déplacement par voie aérienne, le commissaire-priseur a droit au remboursement de ses frais de déplacement sur présentation des pièces justificatives.

Le commissaire-priseur a également droit au remboursement des frais occasionnés par la location de tout moyen de transport nécessaire pour se rendre sur les lieux de sa mission, sur présentation des pièces justificatives.

L'indemnité mentionnée au premier alinéa du présent article n'est pas cumulable avec la prise en charge des frais découlant des situations prévues aux deuxième et troisième alinéas ci-dessus.

Art. 2. - La présente délibération sera transmise au Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République.

Délibéré en séance, le 2 octobre 1997.

Le Secrétaire, D. MILLIARD *Le Président,* P. MARESCA

Délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale

La Commission Permanente du Congrès du Territoire de la Nouvelle-Calédonie;

Délibérant conformément à la loi modifiée n° 88-1028 du 9 novembre 1988 portant dispositions statutaires et préparatoires à l'autodétermination de la Nouvelle-Calédonie en 1998;

Vu l'habilitation qui lui a été conférée par délibération nº 93 du 28 août 1997 :

Vu le statut général de la fonction publique territoriale :

Vu l'arrêté n° 2079 du 25 novembre 1957 ayant promulgué sur le Territoire le décret n° 57-245 du 24 février 1957 sur la réparation et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les Territoires d'Outre-Mer;

Vu l'arrêté n° 58-389/CG du 26 décembre 1958 portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés de la Nouvelle-Calédonie et Dépendances;

Vu l'arrêté n° 58-390/CG du 26 décembre 1958 portant organisation et fonctionnement de la caisse de compensation des prestations familiales de la Nouvelle-Calédonie;

Vu la délibération n° 300 du 17 juin 1961 portant institution en Nouvelle-Calédonie d'un régime de prévoyance et de retraite au profit des travailleurs salariés;

Vu la délibération modifiée n° 145 du 29 janvier 1969 instituant un régime d'assurance maladie invalidité au profit des travailleurs salariés:

Vu l'arrêté modifié n° 71-549/CG du 9 décembre 1971 relatif à l'institution d'un régime d'assurances sociales au profit des fonctionnaires des cadres territoriaux et des agents des services publics territoriaux et provinciaux;

Vu l'arrêté nº 78-380/CG du 5 décembre 1978 portant création d'un corps de pharmaciens du cadre territorial de la santé et de l'hygiène publique;

Vu l'arrêté n° 80-093/CG du 18 mars 1980 portant création d'un corps de chirurgiens-dentistes du cadre territorial de la santé et de l'hygiène publique;

Vu la délibération cadre modifiée n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales ;

Vu la délibération n° 116 des 7 et 21 août 1990 relative au régime spécial d'hospitalisation des fonctionnaires ;

Vu la délibération n° 240 des 18 et 26 décembre 1991 portant statut particulier du corps des médecins de santé publique du cadre territorial :

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

Vu les délibérations n° 516 à 522 du 14 décembre 1994 portant approbation de différentes conventions ;

Vu la délibération n° 34 du 22 août 1996 portant plan de redressement du régime prévoyance de la CAFAT;

Vu la délibération nº 67 du ler août 1997 portant code de déontologie médicale;

Vu l'avis du Comité Consultatif en date du 3 juillet 1997;

Entendu le rapport de l'Exécutif du Territoire;

A adopté les dispositions dont la teneur suit :

### TITRE I - Généralités

Art. 1<sup>cr.</sup> - En application de l'article 2 de la délibération n° 34 du 22 août 1996 portant plan de redressement du régime prévoyance de la CAFAT, il est confié à cette caisse la mission d'exercer le contrôle médical de ses ressortissants et de ceux de l'aide médicale. Cette mission sera exercée, à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1997, par un service spécialisé de la CAFAT.

Des conventions pourront être conclues entre cet organisme, la Mutuelle des Fonctionnaires et les collectivités et établissements publics afin de définir les missions de contrôle médical des fonctionnaires pouvant être assurées par le service du contrôle médical créé par la présente délibération.

Art. 2. - Le service du contrôle médical intervient dans le respect de deux principes fondamentaux :

 une indépendance médicale des praticiens conseils, dans les conditions de l'article 3 suivant, visant à s'assurer de la qualité des soins prodigués aux malades dans le respect du principe de la plus stricte économie;  la misc en oeuvre de la politique de maîtrise des dépenses de santé, dans les conditions de l'article 4 suivant, visant à garantir les équilibres financiers des organismes de protection sociale.

Art. 3. - L'indépendance médicale des praticions conseils exerçant au service du contrôle médical est garantie par :

- la prise en compte obligatoire par les organismes de protection sociale des avis médicaux rendus par les praticiens conseils, portant sur les éléments définis au I de l'article 5 de la présente délibération.
- les conditions de recrutement du praticien conseil, chef de service.
  - Ce dernier est nommé par l'Exécutif du Territoire, après avis du conseil d'administration de la CAFAT et du comité technique de gestion du risque.
- L'examen des candidatures est effectué conjointement par les directeurs de la CAFAT et de la DTASS. Sam et l'en l'en l'en les praticien conseil, chef de service, est nommé pour une période maximale de 3 ans, renouvelable une seule fois.

Ne peuvent postuler au poste de praticien conseil chef que les praticiens conseils justifiant de la formation définie à l'article 16 de la présente délibération.

- les conditions de recrutement et de niveau de formation garanties aux praticiens conseils dans les conditions définies à l'article 16 de la présente délibération.
- des pouvoirs accrus en matière de contrôle, d'investigation et d'information tels que définis au titre II de la présente délibération.

Art. 4. - La contribution du service du contrôle médical à la politique de maîtrise des dépenses de santé des organismes de protection sociale est concrétisée par un programme territorial annuel de contrôles, assorti d'actions spécifiques en ce qui concerne l'aide médicale relevant des provinces.

Ce programme fait l'objet des règles précises suivantes en ce qui concerne sa préparation, sa mise en oeuvre, et son évaluation :

- 1) La préparation du programme est effectuée dans les conditions suivantes :
  - avant le 31 octobre de chaque année, les exécutifs de chacune des trois provinces transmettent au directeur de la CAFAT les objectifs et les priorités qui devront figurer dans le programme de contrôles de l'année suivante, notamment en ce qui concerne les actions spécifiques à conduire dans leurs collectivités, au titre de la maîtrise des dépenses de santé financées par les régimes publics d'aide médicale.

Pour la même date, les mutuelles des fonctionnaires, de la société Le Nickel et du commerce, transmettent au directeur de la CAFAT les objectifs et les priorités qu'elles souhaitent voir figurer dans le programme de contrôles de l'année suivante.

 avant le 31 décembre de chaque année, le programme territorial annuel de contrôles, assorti des actions spécifiques à conduire dans chacune des provinces visées à l'alinéa précédent, est arrêté par le directeur de la CAFAT, après avis du comité technique de gestion du risque, et sur proposition du praticien conseil chef du service du contrôle médical. Ce programme fixe le calendrier prévisionnel de réalisation de tous les contrôles prévus pour l'année.

2) Pour s'assurer d'une mise en application optimale du programme en tous points du territoire, le praticien conseil chef du service du contrôle médical procèdera à la désignation d'un praticien conseil référent pour chacune des trois provinces.

Ces praticiens auront pour mission d'instaurer une coordination permanente avec les services provinciaux de santé, et de veiller à l'application des actions spécifiques visées au 1° cl-dessus.

Tous les praticiens du service ont vocation à être désignés en qualité de praticien conseil référent, selon un ordre et une périodicité déterminés par le chef de service, après avis du comité technique de gestion du risque. Cependant, la durée de fouctions de chaque praticien auprès d'une province ne pourra être supérieure à trois années consécutives.

- 3) L'évaluation du programme annuel de contrôles intervient dans les conditions suivantes :
- au minimum une fois par an, le médecin conseil chef du service et le praticien conseil référent concerné, présentent devant chacune des commissions de la santé des trois provinces un rapport sur les conditions de mise en ocuvre des actions spécifiques visées au 1) ci-dessus.
- au minimum une fois par semestre, le médecin conseil chef du service soumet au comité technique de gestion du risque un rapport sur les conditions de mise en oeuvre du programme territorial annuel de contrôles visé au premier alinéa du présent article
- une fois par an, le directeur de la CAFAT est auditionné par la commission de la santé et de la protection sociale du Congrès du Territoire, sur les résultats de l'application du programme territorial annuel de contrôles visé au premier alinéa du présent article. A cette occasion, le médecin conseil chef du service présente un rapport sur les conclusions médicales issues de cos contrôles.

Au vu du résultat des concertations ci-dessus évoquées, le directeur de la CAFAT peut décider, après avis du comité technique de gestion du risque, de procéder à des aménagements du programme de contrôles et du calendrier de réalisation.

### TITRE II - Missions

Art. 5. -

- I Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations d'assurance maladie ou d'aide médicale ainsi que, s'agissant de la CAFAT, des prestations d'assurance maternité-invalidité et de celles des autres régimes nécessitant un avis médical de par la réglementation qui leur est applicable.
- II Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'applications de la tarification des actes et autres prestations dans le respect des règles des nomenclatures et du tarif interministériel des prestations sanitaires.

- III Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé dans lesquels sont admis les bénéficiaires des organismes visés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente délibération.
- IV Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires des organismes visés à l'article 1er de la présente délibération, vérific le respect des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique, notamment au regard des conventions qui régissent leurs relations avec les organismes de protection sociale.

Il veille également à la bonne application des mesures de maîtrise des dépenses de soins, en particulier par des entretiens confraternels de nature à mieux sensibiliser les professionnels de santé à l'économie de la santé.

Art. 6. - Si, indépendamment des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge, le service du contrôle médical estime qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, l'organisme concerné, après en avoir informé le bénéficiaire, en suspend le service.

Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision sont portées, en cas de recours amiable, en premier lieu, devant la commission définie à l'article 27 de la présente délibération et, en cas de persistance de désaccord, donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée au titre V de la présente délibération.

Art. 7. - Les praticiens conseils ont accès aux documents et informations dont disposent les organismes visés à l'article 1er de la présente délibération et qui sont de nature à leur permettre d'avoir une connaissance aussi complète que possible du comportement des bénéficiaires des régimes de protection sociale visés à l'article 1ex de la présente délibération, des prescripteurs et des distributeurs de soins et de prestations sanitaires.

Les praticiens conseils peuvent également être consultés lors de l'élaboration des programmes informatiques destinés à la réalisation des contrôles sélectifs, des études statistiques ou des enquêtes, notamment épidémiologiques, relevant de leur domaine de compétences.

Art. 8. - Le service du contrôle médical procède à une analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements d'hospitalisation dans lesquels sont admis les bénéficiaires des régimes de protection sociale visés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente délibération.

Les modalités et la fréquence de ces études sont définies par les organismes visés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente délibération, dans le cadre du programme défini à l'article 4 de ladite délibération.

Ces analyses sont destinées à s'assurer que les frais d'hospitalisation sont mis à la charge des organismes dans le respect des dispositions réglementaires qui régissent la couverture de ce risque. Elles sont communiquées, sur leur demande, au directeur de l'établissement et au directeur territorial des affaires sanitaires et sociales.

Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées, sur leur demande, au président de la commission médicale d'établissement, au médecin désigné par l'établissement privé et au médecin-inspecteur territorial.

Art. 9. - Pour effectuer les contrôles prévus par la réglementation, les praticiens conseils ont librement accès à tout établissement, service ou institution sanitaire ou médico-sociale recevant des bénéficiaires des régimes de protection sociale visés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente délibération.

Tous renseignements et tous documents administratifs, d'ordre individuel ou général, utiles à leur mission, sont tenus à leur disposition par le directeur de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel.

Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général, sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

Les praticiens conseils peuvent procéder à tout moment à l'examen des bénéficiaires des régimes de protection sociale visé à l'article ler de la présente délibération. Les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution assistent à ces examens à leur demande ou à celle des praticiens conseils.

Art. 10. - Lorsque le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que la prise en charge par le régime des frais exposés par un bénéficiaire des régimes de protection sociale visés à l'article 1<sup>er</sup> de la présente délibération, dans un établissement, un service ou une institution sanitaire ou médicosociale n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, l'organisme de protection sociale concerné refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin.

Lorsque le praticien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que le service dans lequel se trouve le bénéficiaire n'est pas approprié à son état pathologique, l'organisme de protection sociale concerné limite la prise en charge au tarif de responsabilité du service de l'établissement le plus proche de sa résidence, ou le plus accessible, dans lequel le malade est susceptible de recevoir les soins appropriés à son état, sauf en cas d'urgence.

Lorsque le service, dans lequel le bénéficiaire des régimes de protection sociale visés à l'article 1<sup>cr</sup> de la présente délibération est admis, correspond au diagnostic prononcé lors de l'admission, le tarif de ce service s'applique jusqu'à la notification à l'établissement de la décision prise, après que le médecin conseil ait constaté que le service ne correspond plus aux soins appropriés à l'état du malade.

Art. 11. - Sans préjudice des dispositions conventionnelles en vigueur, les règles suivantes sont applicables :

I- Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article 5, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins prescrits et dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients.

- II- A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le professionnel concerné de ses conclusions. Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect des dispositions réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de protection sociale, il en avise l'organisme concerné. Celui-ci notifie au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Dans le délai de trente jours qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical.
- III- Lorsque l'organisme concerné décide de suspendre le service d'une prestation en application de l'article 6 de la présente délibération, cette suspension prend effet à compter de la date de la notification de la décision au bénéficiaire des régimes de protection sociale visés à l'article 1er de la présente délibération, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par remise en main propre contre récépissé. Cette notification l'informe de la portée de la décision et des recours dont il dispose.

L'organisme concerné informe simultanément de cette décision le médecin auteur de l'acte ou de la prescription en cause et, le cas échéant, le professionnel concerné par l'exécution de la prestation.

Art. 12. - Le service du contrôle médical contribue aux études et enquêtes menées par la direction territoriale des affaires sanitaires et sociales afin d'élaborer chaque année le bilan de l'état de santé de la population calédonienne et d'analyser les résultats du système de santé.

### TITRE III - Organisation et fonctionnement

### Section 1 - Les personnels

Art. 13. - Le service du contrôle médical est composé ;

- de praticiens conseils : médecins conseils, chirurgiens dentistes conseils, pharmaciens conseils,
- de personnels administratifs.

Les personnels en fonction au service du contrôle médical sont :

- soit des agents soumis à la convention collective de travail de la CAFAT,
- soit des fonctionnaires et agents publics, dans les conditions prévues par le statut général de la fonction publique territoriale.
- Art. 14. Les praticiens conseils visés à l'article 13 ci-dessus sont tenus de consacrer à leurs fonctions la totalité de leur activité professionnelle.

Art. 15. - Toute faute commise par un praticien conseil dans l'exercice ou à l'occasion des actos effectués dans le cadre de ses fonctions, l'expuse à une sanction disciplinaire sans préjudice, le cas échéant, des peines prévues par la loi pénale et par le code de déontologie dont il relève sous réserve des règles statutaires qui lui sont applicables. A l'occasion des actes effectués dans le cadre de leurs fonctions, les praticiens conseils ne peuvent être traduits devant la juridiction ordinale dont ils relèvent que par le médecin inspecteur territorial de la santé, ou le pharmacien inspecteur territorial de santé s'il s'agit d'un pharmacien conseil.

### Art. 16. - Recrutement des praticiens conseils

Les praticiens conseils sont nommés par le directeur de la CAFAT, sur proposition du praticien conseil chef du service du contrôle médical, soit parmi les praticiens exerçant déjà les fonctions de praticien conseil et justifiant de la formation théorique exigée des praticiens conseils stagiaires du service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale, soit parmi ceux inscrits sur la liste nationale d'aptitude aux fonctions de praticien conseil chargé du service du contrôle médical du régime général, soit parmi ceux ayant acquis le niveau de formation des praticiens conseils titularisés, appartenant au service du contrôle médical du régime général de la sécurité sociale.

Afin de permettre aux praticiens fonctionnaires d'accéder aux postes de praticiens conseils, et par dérogation aux règles prévues à l'alinéa précédent, les praticiens conseils peuvent être recrutés parmi les praticiens, fonctionnaires territoriaux, sous réserve qu'ils réalisent la formation évoquée à l'alinéa précédent, dans les conditions prévues à la convention financière annexée à la présente délibération.

### Section 2 - L'organisation du travail

Art. 17. - Sous l'autorité du directeur de la CAFAT, le praticien conseil chef de service fixe l'organisation du travail au sein du service du contrôle médical. Il élabore un règlement définissant le fonctionnement du service.

Ce règlement sera arrêté par le directeur de la CAFAT, après avis des directeurs des affaires sanitaires et sociales du territoire et des provinces.

### Section 3 - Financement

Art. 18. - Chaque année, le conseil d'administration de la CAFAT approuve le budget de fonctionnement et d'investissement du service du contrôle médical, sur proposition conjointe du directeur de la CAFAT et du directeur territorial des affaires sanitaires et sociales.

Art. 19. - Le Territoire s'engage à financer les dépenses de gestion du service du contrôle médical dans les conditions fixées par la convention financière ci-annexée et que l'Exécutif du Territoire est habilité à signer.

### Section 4 - Evaluation du service

Art. 20. - Une convention sera conclue, d'ici le 30 juin 1998, entre la CAFAT, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé afin de définir les modalités d'un apport de méthodologie, de formation et d'expertise à la CAFAT, en matière de contrôle médical.

Une mission d'évaluation de l'activité médicale du contrôle médical sera notamment prévue selon une périodicité d'au plus 18 mois.

### TITRE IV - Les évacuations sanitaires en dehors du territoire de Nouvelle-Calédonie

### Section 1 - Généralités

Art. 21. - Les évacuations sanitaires en dehors du territoire de la Nouvelle-Calédonie font partie de l'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie dont elles constituent le niveau extra-territorial.

A ce titre, elles figurent dans la carte sanitaire et les schémas d'organisation sanitaire, prévus per la délibération n° 429 du 3 novembre 1993. Elles définissent les filières de soins extra-territoriales par discipline ou spécialité, par domaine et par situation : diagnostic, exploration, intervention et thérapie.

L'évacuation sanitaire extra-territoriale s'inclut dans un projet global de soins de la personne mulade, en particulier dans le domaine de la cancérologie.

Art. 22. - I - Lorsque le diagnostic et/ou le traitement et/ou le suivi thérapeutique ne sont pas réalisables sur le territoire de la Nouvelle-Calédonie, par manque d'infrastructure, de service et/ou de compétence locale adaptés à la pathologie du patient, le médecin traitant demande une évacuation sanitaire vers une équipe at un établissement hospitalier public ou privé en métropole ou à Sydney (Australie).

Toute autre destination devra faire l'objet d'un rapport spécial de motivation.

II - Toute évacuation sanitaire est demandée en tenant compte des schémas d'organisation sanitaire et, notamment, les filières de soins extra-territoriales ainsi que des règles déontologiques. Cette demande doit être précédée de l'information du malade, expliciter le protocole de soins et de traitement, définir la prise en charge, notamment la nécessité ou non d'un accompagnement sanitaire et/ou familial.

### Section 2 - Définition et missions du département des évacuations sanitaires du service du contrôle médical

Art. 23. - Il est créé, au sein du service du contrôle médical, un département des évacuations sanitaires chargé :

I - d'assurer les missions de contrôle médical des demandes d'évacuations sanitaires hors du territoire pour les ressortissants de la CAFAT, de l'aide médicale, et pour toute autre personne en application d'accords de coordination, de convention ou d'accords particuliers.

### Ces missions ont pour objet do:

 donner l'avis du contrôle médical sur l'opportunité de l'évacuation sanitaire sollicitée, les conditions de transport, ainsi que sur la demande éventuelle d'un accompagnement sanitaire et/ou familial.

A cette fin, le département assure le secrétariat de la commission médicale des évacuations sanitaires prévue aux articles 27 et 28 suivants.

Il assure cette mission par un service de garde 24 heures sur 24.

 connaître le suivi des évacuations sanitaires, y compris le retour dans le territoire, et des filières de soins extraterritoriales.

A cette fin, le département recueille les informations médicales sur les actes médicaux qui ont été délivrés aux patients, auprès du médecin prescripteur ou, avec son accord, directement auprès du service hospitalier receveur.

Ces informations font partie des données prévues à l'article 14 de la délibération n° 491 du 11 août 1994 relative aux statistiques nécessaires à une meilleure connaissance de la santé de la population de Nouvelle-Calédonie.

II - d'organiser, 24 heures sur 24, les évacuations sanitaires pour les populations susmentionnées, en liaison étroite avec le médecin prescripteur qui se charge de prendre tous les contacts nécessaires avec le médecin receveur, et qui veille à la qualité des soins et au suivi thérapeutique pendant la période d'évacuation et au retour.

Le médecin prescripteur peut faire appel au médecin responsable du département des évacuations sanitaires, en cas de difficultés avec le médecin ou le service receveur, afin de coordonner les différents intervenants médicaux et veiller à la continuité des soins.

Le règlement, prévu par l'article 17 de la présente délibération, fixe les modalités pratiques d'organisation du service en dehors des heures d'ouverture, en particulier la désignation d'un médecin conseil chargé de seconder le médecin chef du département et d'assurer son remplacement pendant ses absences.

III - de façon plus générale, en liaison avec les organismes de protection sociale, la direction territoriale des affaires sanitaires et sociales, les représentants des médecins prescripteurs et les associations de malades évacués sanitaires, d'organiser les modalités pratiques d'évaluation des filières de soins extra-territoriales.

Art. 24. - Le département des évacuations sanitaires est placé sous la responsabilité d'un médecin conseil désigné par le directeur de la CAFAT, sur proposition du praticien conseil chef du service du contrôle médical.

### Section 3 - Procédure

Art. 25. - Toute demande d'évacuation sanitaire doit être constituée par le médecin spécialiste prescripteur au moyen d'un dossier mis à sa disposition par la caisse, ou par un médecin généraliste en tant que médecin référent dans le cadre du protocole annuel de soins.

Ce dossier comprend une partie administrative devant permettre d'organiser le départ et le séjour du patient; une partie sociale de nature à recenser les besoins sociaux du patient et prévoir toute aide de nature à faciliter son séjour; une partie médicale faisant apparaître les motifs médicaux de l'évacuation, en particulier les raisons de la non-faisabilité sur le Territoire des soins programmés, les objectifs attendus de l'évacuation et la motivation médicale de la destination envisagée et de l'accompagnement sanitaire et/ou familial.

Art. 26. - Les demandes d'évacuations sanitaires sont instruites par le département des évacuations sanitaires et font l'objet d'un rapport de présentation devant la commission médicale prévue à l'article suivant.

Le médecin prescripteur est entendu par la commission, s'il le demande.

Art. 27. - Le contrôle médical des demandes d'évacuations sanitaires fait l'objet d'un examen préalable par une commission médicale composée du praticien conseil chef du service du contrôle médical, du médecin conseil responsable du département des évacuations sanitaires et de trois médecins conseils. Le médecin inspecteur territorial de la santé est associé aux travaux de la commission, sans toutefois participer à ses votes, afin de s'assurer du respect des schémas d'organisation sanitaire adoptés par le Congrès du Territoire ainsi que des articles 21 et 22 de la présente délibération.

Art. 28. - Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la commission médicale des évacuations sanitaires sont précisées dans le règlement visé à l'article 17 de la présonte délibération.

Ses avis sont consignés dans un registre numéroté, tenu par le médecin conseil responsable du département des évacuations sanitaires. La décision est notifiée au médecin prescripteur, au malade et à l'organisme de prise en charge.

En cas de rejet de la demande d'évacuation sanitaire, la décision de la commission médicale est dûment motivée auprès du médecin prescripteur. Ce dernier peut former un recours devant une commission d'appel, présidée, avec voix prépondérante, par le médecin inspecteur territorial de la santé, et composée d'un représentant désigné par le conseil de l'ordre des médecins, d'un médecin expert de la discipline concernée désigné par le médecin inspecteur territorial de la santé et d'un médecin désigné par l'Exécutif du Territoire.

Le médecin conseil responsable du département des évacuations sanitaires ainsi que le médecin prescripteur sont entendus par la commission d'appel mais ne participent ni à ses délibérations, ni à ses votes. A sa demande, le praticion conseil chef de service du contrôle médical peut également être entendu par cette commission.

La commission d'appel statue dans un délai de 8 jours à compter de sa saisine et, en cas d'urgence, dans les délais les plus brefs. Son avis s'impose à l'organisme de prise en charge.

En cas de maintien du rejet de la demande, un membre de la commission médicale est chargé de se tenir à la disposition de la famille ou du malade afin d'apporter toutes les explications nécessaires en étroite relation avec le médecin prescripteur.

Le médecin expert est rémunéré dans les conditions prévues à l'article 36 de la présente délibération. Le médecin libéral désigné par le Conseil de l'Ordre perçoit une indemnité de vacation horaire égale à trois fois le montant de la valeur de la consultation (C) fixé par la convention médicale conclue entre le syndicat des médecins libéraux et les organismes de protection sociale.

- Art. 29. En cas d'urgence, le médocin conseil responsable du département ou son représentant, en application du règlement visé à l'article 17 de la présente délibération, donne l'avis préalable sur la demande d'évacuation sanitaire. Cet avis est consigné sur le registre mentionné à l'article 28 précédent.
- Art. 30. La commission donne un avis sur la demande d'accompagnement sanitaire et/ou familial du patient. Après avis favorable, la désignation du médecin et/ou de l'infirmier accompagnateur appartient au médecin prescripteur.

A cette fin, le département des évacuations sanitaires tient à la disposition du médecin prescripteur une liste de médecins et infirmiers accompagnateurs signataires de la convention spécifique établie à cet effet. Les médecins et les infirmiers, inscrits sur cette liste font un service d'astreinte à domicile permettant l'accompagnement de l'évacué en urgence.

La convention susmentionnée prévoit :

- -les obligations des deux parties et, notamment pour l'accompagnant, celles en matière de délai d'absence du Territoire ainsi que les conditions de mise à disposition et de restitution du matériel qui leur est confié afin d'assurer l'évacuation sanitaire.
- les modalités de rémunération des professionnels concernés, qu'ils soient originaires du secteur public ou privé (frais de mission, acte professionnel, indemnité d'astreinte).

### TITRE V - Contestations des décisions du Service du Contrôle Médical

Art. 31. - Les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade, aux soins qui lui ont été prodigués ou devraient lui être délivrés, donnent lieu à une procédure d'expertise médicale, nonobstant la procédure de recours amiable prévue à l'article 6 de la présente délibération.

Ces contestations sont soumises à un médecin expert désigné, d'un commun accord, par le médecin traitant et le médecin conscil ou, à défaut d'accord dans le délai de huit jours à compter de la contestation, par le Directeur Territorial des Affaires Sanitaires et Sociales, sur proposition du Médecin Inspecteur Territorial de la Santé, et qui en avise immédiatement l'organisme concerné.

Les fonctions d'expert ne peuvent être remplies par le médecin qui a soigné le malade ou la victime, un médecin attaché à l'entreprise employant la victime de l'accident du travail ou un médecin consoil de l'organisme concerné.

Art. 32. - L'expertise est pratiquée soit à la demande du malade ou de son représentant légal à l'exclusion du médecin traitant, soit à celle de l'organisme de protection sociale concerné.

Cette demande doit être présentée, au plus tard, dans le délai de trente jours à compter de la date de la décision contestée.

La demande est écrite. Elle précise l'objet de la contestation et indique le nom et l'adresse du médecin traitant. Cette demande est adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou déposée contre récépissé au guichet du Service du Contrôle Médical.

En vue de la désignation du médecin expert, le Service du Contrôle Médical est tenu de se mettre en rapport avec le médecin traitant dans les trois jours ouvrables qui suivent:

- 1º soit la date à laquelle la contestation a été déposée ou reçue au Service du Contrôle Médical;
- 2º soit la réception de la demande d'expertise ;
- 3° soit la notification du jugement prescrivant l'expertise.
- Art. 33. Dès qu'il est informé de la désignation du médecin expert, le Service du Contrôle Médical établit un protocole mentionnant obligatoirement:
  - 1° l'avis du médecin traitant nommément désigné;
  - 2º l'avis du médecin conseil;
  - 3º lorsque l'expertise est demandée par le malade, les motifs invoqués à l'appui de la demande, détaillés dans un certificat médical;
  - 4º la mission confiée à l'expert et l'énoncé précis des questions qui lui sont posées.
- Le Service du Contrôle Médical adresse au médecin expert la demande d'expertise obligatoirement accompagnée de ce protocole, par pli recommandé avec demande d'avis de réception.

Art. 34. - Le médecin expert procède à l'examen du dossier médical et/ou du malade, dans les cinq jours suivant la réception du protocole mentionné à l'article précédent, soit à son cabinet, soit au lieu de résidence du malade si celui-ci ne peut se déplacer.

Il informe immédiatement le malade, des lieu, date et heure de l'examen. Il doit aviser le médecin traitant et le médecin conseil qui peuvent assister à l'expertise.

Si le médecin expert réside en métropole, le délai de cinq jours est porté au maximum à quarante cinq jours.

Le médecin expert établit immédiatement les conclusions motivées en double exemplaire et adresse, dans un délai maximum de quarante huit houres, l'un des exemplaires au malade, l'autre au Service du Contrôle Médical.

Le rapport du médecin expert comporte le rappel du protocole mentionné ci-dessus, l'exposé des constatations qu'il a faites au cours de son examen, la discussion des points qui lui ont été soumis et les conclusions motivées mentionnées aux alinéas précédents.

Le médecin expert dépose son rapport au Service du Contrôle Médical avant l'expiration du délai de trente jours à compter de la date à laquelle il a reçu le protocole, à défaut de quoi il est pourvu au remplacement de l'expert, à moins qu'en raison des circonstances particulières à l'expertise la prolongation de ce délai n'ait été obtenue.

Le Service du Contrôle Médical adresse immédiatement une copie intégrale du rapport au médecin traitant du malade, et en informe simultanément ce dernier. L'organisme de protection sociale du malade ou de la victime est rendu destinataire des conclusions de l'expertise.

Art. 35. - L'organisme de protection sociale concerné prend une décision et la notifie au malade dans un délai maximum de quinze jours suivant la réception des conclusions motivées.

Cette décision est exécutoire par provision, nonobstant toute contestation.

Art. 36. - Les honoraires dus au médecin expert à l'occasion des examens ainsi que ses frais de déplacement sont réglés d'après un tarif fixé par décision du conseil d'administration de la Cafat après avis des provinces.

Ces dépenses sont convertes par l'organisme de prise en charge. Toutefois, l'organisme peut demander à la juridiction compétente de mettre à la charge du malade tout ou partie des honoraires et frais correspondant aux examens et expertises prescrits à sa requête lorsque sa contestation est manifestement abusive.

Art. 37, - Les dispositions prévues au présent titre s'appliquent dans les mêmes conditions en cas de litige relatifs aux soins dentaires ou à la prothèse dentaire.

### TITRE VI - Dispositions transitoires

Art. 38. - Les fonctionnaires territoriaux actuellement employés à la Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales sur les missions de contrôle médical et coux du bureau des évacuations sanitaires seront intégrés au Service du Contrôle Médical créé par la présente délibération.

Dès la publication de la présente délibération au Journal Officiel de la Nouvelle-Calédonie, la Cafat publiera un avis de vacance des postes finançés par le Territoire, en application de la convention financière prévue à l'article 19 précédent.

Les agents en fonction au Service du Contrôle Médical et des Evasan de la DTASS ayant postulé seront prioritaires pour occuperces postes par la voie du détachement ou de la mise à disposition.

Les médecins conseils actuellement employés par les provinces au titre de leur contrôle médical, ont vocation à être intégrés au Service du Contrôle Médical mis en place par la présente délibération, à la première vacance de poste, après avoir acquis le niveau de formation précisé à l'article 16 précédent.

Art, 39. - Le Directeur de la Cafat devra, dans un délai de 3 ans, organiser, pour les praticiens conseils en fonction à la date de publication de la présente délibération, les stages nécessaires à l'acquisition d'un niveau de formation tel que défini à l'article 16 précédent. Les praticiens conseils concernés sont tenus de suivre ces formations selon un plan de formation proposé par le praticien conseil chef du service.

Art. 40. - Afin de permettre la mise en oeuvre de la présente délibération, la Cafat adoptera les dispositions relatives au statut et aux modalités de carrière des agents du Service du Contrôle Médical, notamment en ce qui concerne l'organisation régulière de stages de formation continue.

### TITRE VII - Dispositions diverses

- Art. 41. Les articles 25 et 26 de la délibération modifiée n° 49 du 28 décembre 1989 relative à l'aide médicale et aux aides sociales sont abrogés et remplacés par :
- Art. 25. Le contrôle médical est assuré par le service changé du contrôle médical prévu par la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale.
- Art. 42. L'arrêté modifié n° 71-549/CG du 9 décembre 1971 est complété comme suit :
- Art. 7. bls Un contrôle médical portant notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'assuré et les abus en matière de soins est instauré.

li est organisé à l'initiative du conseil d'administration et pourra être éventuellement partiellement délégué par convention en application de l'article 1<sup>er</sup> de la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale.

Art. 43. - L'alinéa 1<sup>cr</sup> de l'article 7 de la délibération n° 116 des 7 et 21 août 1990 relative au régime spécial d'hospitalisation des fonctionnaires, est modifié comme suit :

### Au lieu de :

... médecin responsable du bureau des évacuations sanitaires de la Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales.

### Lire:

... service chargé du contrôle médical tel que défini par la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale.

Art. 44. - La présente délibération sera transmise au Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République.

Délibéré en séance, le 15 octobre 1997.

Le Secrétaire, D. MILLIARD Le Président, P. MARESCA

### ANNEXE

à la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997

### CONVENTION

entre le Territoire de Nouvelle-Calédonie et la Cafat relative aux modalités de financement du Service du Contrôle Médical

Entre:

Le Territoire de Nouvelle-Calédonie, représenté par son Exécutif, Délégué du Gouvernement, Haut-Commissaire de la République en Nouvelle-Calédonie, assisté du Directeur Territorial des Affaires Sanitaires et Sociales, en vertu de l'article 65 de la loi modifiée n° 88-1028 du 9 novembre 1988,

d'une part,

Et:

La Cafat, représentée par son président du conseil d'administration, dûment habilité,

d'autre part,

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

Art. 1<sup>cr.</sup> - Le Territoire s'engage à participer au financement du Service du Contrôle Médical créé par la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997 relative au contrôle médical des régimes d'assurance maladie des travailleurs salariés et de l'aide médicale dans les conditions suivantes :

- I- Il prend en charge financièrement la rémunération correspondant à 11 postes budgétaires, tels que définis en annexe à la présente convention, soit directement en cas de mise à disposition d'agents publics, soit en remboursement de rémunérations réellement versées par la Cafat en cas de détachement de fonctionnaire ou de recrutement direct sous le régime de la convention collective applicable à la caisse.
  Le nombre et la qualification des postes budgétaires évoqués ci-dessus pourront être réajustés chaque année par avenant, au vu du projet de budget prévu à l'article 18 de la délibération n° 214/CP du 15 octobre 1997.
- II- Il participe aux autres charges de fonctionnement par l'attribution d'une contribution forfaitaire annuelle de fonctionnement fixée à 6 (six) millions de francs CFP pour 1997, représentant 20 % des dépenses de fonctionnement hors charges de personnel du budget du contrôle médical après mise en ocuvre de la réunification des services concernés de la Cafat et de la DTASS.

Pour les années suivantes, il s'engage à maintenir une contribution équivalente à ce pourcentage.

- III- Il participe au financement du poste du nouveau praticien conseil chef du sorvice à hauteur du tiers du coût estimé prévisionnellement par la Cafat à 18 millions de francs CFP au total.
- Art. 2. Le Territoire s'engage à prévoir sur son budget les crédits nécessaires devant permettre d'assurer les remplacements des agents titulaires pendant leurs absences d'une durée supérieure à un mois.
- Art. 3. Les frais de formation initiale et continue des personnels mis à disposition par le Territoire sont pris en charge par le budget du Territoire dans le cadre d'un programme de formation présenté par l'Exécutif du Territoire, sur proposition du praticien conseil Chef du Service du Contrôle Médical.

Lorsque la Cafat recrutera un praticien fonctionnaire territorial, le Territoire s'engage à financer la mise en formation de ce praticien, dans un délai d'un an au maximum après sa prise de fonctions.

- Art. 4. Pour l'année 1997, la Cafat s'engage à faire l'avance des dépenses liées à la réunification des services de contrôle médical. Le Territoire en assurera le remboursement au prorata temporis, dans les conditions fixées à la présente convention, dès le début de l'année 1998.
- Art. 5. La présente convention est conclue pour une durée d'un an. Elle est renouvelable pour la même durée par tacite reconduction. Elle ne peut être dénoncée qu'au terme d'un préavis de 6 mois.

Fait à Nouméa, le

Le Délégué du Gouvernement Haut-Commissaire de la République Le Président du conseil d'administration de la Cafal

### ANNEXE

à la convention financière entre le Territoire de la Nouvelle-Calédonie et la Cafat relative aux modalités de financement du Service du Contrôle Médical

Postes budgétaires financés par le Territoire de la Nouvelle-Calédonie à compter du 1<sup>er</sup> novembre 1997 :

- 4 praticions conseils
- 7 agents administratifs dont :
  - . 1 agent de catégorie B
  - . 3 agents de catégorie C
- . 2 agents de catégorie D
- . 1 agent contractuel de catégorie D

LES DONNÉES DES ÉVACUATIONS SANITAIRES EXTRATERRITORIALES EN NOUVELLE CALÉDONIE

## Les évacuations sanitaires en Nouvelle Calédonie

Données annuelles	Nomk	Nombre		
1985		723		
1986	1	636		
1987	1	698		
1988	1	788		
1989	$\Phi$	656		
1990	<b>†</b>	648		
1991	1	721		
1992		721		
1993	<b>1</b>	808		
1994	1	785		
1995	<b>→^^^^^^^^^</b>	973		
1996	1	1 059		
1997	1	1 149		
1998	<b>P</b>	1 243		
1999	<b>P</b>	1 524		
2000	<b>P</b>	1 690		
2001	Ţ	1 740		
2002	Ţ	1 914		
2003	Ţ	2 014		
2004	1	2 227		
2005	$\overline{\Phi}$	2 134		
2006	<u> </u>	1 948		
2007	<u> </u>	1 507		
2008	Å	1 260		
2009	Ţ	1 355		
2010	Ţ	1 363		
2011	1	1 442		
2012	<b>*</b>	1 420		
2013		1 464		
2014	Ţ	1 628		
2015	<b>1</b>	1 696		
2016	4	1 534		

Source : DASS/CAFAT

PROJET DE DÉLIBÉRATION RELATIVE A LA CONVENTION TYPE « TRANSPORT SANITAIRE TERRESTRE » DESTINÉE A ORGANISER LES RAPPORTS ENTRE LA CPS ET LES TRANSPORTEURS SANITAIRES TERRESTRES



### Projet de DELIBERATION N°XX-2017/C.A.

relative à la convention type « Transport sanitaire terrestre » destinée à organiser les rapports entre la CPS et les transporteurs sanitaires terrestres

# LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

Vu l'arrêté modifié n° 1336 IT du 28 septembre 1956 portant organisation et fonctionnement de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française, notamment ses articles 5, 6 et 12, 9 et 10 modifiés par la délibération n°91-47 AT du 15 février 1991;

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

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 99-11 APF du 14 janvier 1999 organisant le contrôle et l'évaluation des régimes de protection sociale et des instances qui les gèrent ;

Vu l'arrêté n° 1206 CM du 26 juillet 2017 portant c réation d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ;

Vu la délégation n° 100/P en date du 05 septembre 2 017 du Président du Conseil d'administration de la CPS au directeur de la Caisse :

Vu le procès-verbal de réunion du Conseil d'administration en date des 26 et 27 octobre 2017 ;

S'étant prononcé à au cours d	ıе	: ceπe	seance.
-------------------------------	----	--------	---------

### **DECIDE**:

Article 1er. - Est approuvée la convention type « Transport sanitaire terrestre » destinée à organiser les rapports entre la CPS et les transporteurs sanitaires terrestres, jointe à la présente délibération.

Article 2. - Le Directeur de la Caisse est chargé de signer ladite convention.

Article 3. - Le Directeur et l'Agent-Comptable sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente délibération.

PAPEETE, le .. octobre 2017

LE SECRETAIRE,

LE PRESIDENT,

Thierry MOSSER

**Ronald BLAISE** 

Rendue exécutoire par arrêté n°



### **CONVENTION TYPE CONSOLIDEE**

# « TRANSPORT SANITAIRE TERRESTRE »

Destinée à organiser les rapports

## **Entre**

LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE

 = =		• •	= 1	•	•	= •	•	•	<b>=</b> 1	• •	-	m I	 •	=	•	- 1	<b>=</b> 1	• •	• •	• •	=	-	=	•

ET

CPS - Edition du ...



#### **ENTRE:**

## LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE

<b>FRANCAISE,</b> sise à PAPEETE, Avenue du Commandant Chessé - B.P. 1 - 98713 PAPEETE - TAHITI
en tant qu'organisme de gestion : - du Régime des Salariés, - du Régime des Non-Salariés, - du Régime de Solidarité de la Polynésie française,
et vu les délibérations :
- n°2017/CA en date du octobre 2017 du Consei I d'administration de la CPS ;
<ul> <li>n°2017/CG.RSPF en date du</li></ul>
<ul> <li>n°2017/CA.RNS en date du</li></ul>
approuvées et rendues exécutoires par arrêtés n° CM, n° CM et n° CM en date du 2015 publiés au JOPF n° du 2015 ;
représentée par son Directeur, Monsieur Yvonnick RAFFIN, habilité par délégations :
<ul> <li>n°100/P en date du 05 septembre 2017 du Président du Conseil d'administration de la CPS;</li> </ul>
<ul> <li>n°025/RNS en date du 05 septembre 2017 du Président du Conseil d'administration du Régime des Non-salariés;</li> </ul>
<ul> <li>n° 025/RSPF en date du 05 septembre 2017 du Préside nt du Comité de gestion du Régime de solidarité de la Polynésie française,</li> </ul>
ci-après dénommée « la C P S »,
d'une part
ET:
Ayant son siège social à
Immatriculée au R.C. sous le numéro
représentée par M
ci-après dénommée « le Transporteur » ou "l'Entreprise",

d'autre part,



#### IL EST EXPOSE ET CONVENU CE QUI SUIT :

#### Préambule

#### I - CADRE REGLEMENTAIRE

Les prestations accordées aux patients nécessitant un transport sanitaire assis ou allongé relevant des différents régimes de protection sociale gérés par la CPS, comprennent le remboursement des frais de transport de l'intéressé, de sa résidence habituelle à la formation sanitaire ou à l'établissement hospitalier concerné, et inversement, quel que soit le moyen d'acheminement et par la voie la plus directe, sur la base de tarifs homologués par la Caisse de prévoyance sociale.

La délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999 relative à la création d'un Comité Territorial de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires et l'arrêté n° 162 CM du 9 février 2001 modifié fixant les conditions d'agrément des transports réglementent l'organisation des transports sanitaires en Polynésie française et rappellent les deux principes ci après :

#### a) LIBRE CHOIX DU MALADE

Le principe du libre choix du patient prévoit que le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. En conséquence, le patient dispose du libre choix de l'entreprise qui le prendra en charge, dans le respect de la prescription réalisée par le médecin.

Ce principe s'applique lorsque le transport du malade est effectué hors de la responsabilité juridique et financière de l'établissement de santé. Le patient organise alors son transport et peut demander le concours de l'établissement de santé qui fournit au patient une liste d'entreprises de transport sanitaire, agréées.

Cette liste est établie par la Direction de la Santé après avis du Comité Territorial de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires. Si le patient n'exprime aucun choix et que son état nécessite un transport sanitaire, il s'en remet alors à l'établissement de santé pour faire appel aux entreprises concernées.

#### b) MISSIONS DES AMBULANCIERS PRIVÉS

L'ambulancier a vocation à assurer, au moyen de véhicules spécialement adaptés et agréés, les transports des patients pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription ou en cas d'urgence médicale. Pendant le transport en ambulance, le titulaire du certificat de capacité d'ambulancier assure la surveillance du patient et la bonne exécution des gestes appropriés à son état. (nécessité réglementaire d'être deux ambulanciers à minima).

L'ambulancier peut être amené à assurer le brancardage au départ et à l'arrivée (étages compris le cas échéant).



L'ambulancier fournit la literie nécessaire au transport et assure son nettoyage. En cas de besoin, et sur prescription médicale, il doit être en mesure d'administrer de l'oxygène au patient ( seulement lors transport en ambulance ). Après le transport, il désinfecte le véhicule.

#### **II - CONDITION DE PARTENARIAT**

La présente convention a pour but de régir les rapports entre l'organisme de gestion des régimes de protection sociale de Polynésie française et les Transporteurs réglementairement autorisées à exercer en Polynésie française à titre libéral, pour leurs prestations dès lors que celles-ci sont tarifées à l'acte.

Les parties conviennent que leurs relations seront exclusivement régies par le présent contrat. Tout accord les liant conclu antérieurement est caduc.

La réalisation des conditions d'un partenariat conventionnel étroit et permanent, dans une confiance réciproque, est une condition indispensable.

Ce partenariat doit être fondé sur les principes suivants il doit :

- permettre aux professionnels d'assumer pleinement leurs différentes missions au service des ressortissants des trois régimes de protection sociale de Polynésie française et leurs responsabilités en ce qui concerne la qualité des prestations, l'évaluation, la maîtrise médicalisée de l'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie.
- préserver tant l'indépendance d'exercice des professionnels que l'exécution par la Caisse de sa mission de service public
- garantir à tous les assurés sociaux dans le cadre de la législation applicable au régime dont ils relèvent, un niveau de prestations de qualité ;
- promouvoir en commun une politique de régulation des dépenses de transports sanitaires, dans le respect des dispositions réglementaires.

Dans ce cadre, les parties signataires conjuguent leur action dans le respect de leurs responsabilités respectives pour assurer la collecte et l'étude des informations concernant l'évolution des dépenses, la consommation des soins et les conditions économiques de l'exercice de la profession d'ambulancier.

Elles entendent toutefois préciser qu'en aucun cas elles n'ont l'intention de souscrire un contrat de travail et de créer entre elle un lien de subordination quelconque.

Les parties reconnaissent que chacune d'entre elles doit respecter les obligations légales ou réglementaires qui leur sont imposées par les autorités administratives de tutelle.

Les dites obligations de chacune des parties s'imposent de plein droit à l'autre partie, et réciproquement.

L'adhésion à la convention, facultative, constitue pour le transporteur une garantie de qualité offrant aux assurés sociaux le confort et la sécurité exigés par l'agrément.

Les parties font du contenu de l'exposé ci-dessus une condition déterminante de leur convention.



#### **Article 1 - OBJET DE LA CONVENTION**

La présente convention a pour objet d'organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et la C.P.S. en application de l'article 9 de l'arrêté n° 162/CM du 09 février 2001 précisant que les tarifs des transports effectués par les véhicules sanitaires sont établis par voie de conventionnement entre la Caisse de prévoyance sociale, agissant au nom des régimes de protection sociale, et les professionnels.

Elle a ainsi pour finalité de fixer avec le Transporteur les règles et les modalités de prises en charge pour que les remboursements, dus par la Caisse de prévoyance sociale pour ses bénéficiaires, s'effectuent sous la forme du tiers-payant pour la part garantie par les régimes d'assurance maladie et accident du travail gérés par la C.P.S.

A cet effet, la convention précise les conditions d'intervention du transporteur ainsi que les obligations des parties signataires en précisant notamment les modalités pratiques de facturation et de règlement de ces transports et en proposant une tarification des prestations.

#### Article 2 - PIECES à FOURNIR à la CPS

Le Transporteur s'engage à transmettre à la C.P.S., à compter de la date de la signature de la présente convention et ce dans un délai d'un mois, son statut consolidé, son extrait d'inscription au registre du commerce (extrait K-bis), son arrêté d'agrément l'autorisant à effectuer des transports sanitaires, la liste et l'identification des véhicules autorisés utilisés, la liste des personnels ainsi que leurs qualifications et le règlement intérieur de l'Entreprise.

Toute modification relative aux conditions de fonctionnement de l'Entreprise devra être communiquée à la C.P.S. dans un délai maximum d'un mois. A défaut, la convention pourra être dénoncée de droit, sans préavis par la C.P.S., par lettre recommandée avec accusé de réception ou tout autre moyen certain de transmission.

#### **Article 3 - CONDITIONS PREALABLES A LA PRISE EN CHARGE**

#### 1. Vérification de l'ouverture des droits

Le Transporteur est tenu de vérifier chaque fois qu'il est nécessaire auprès du ressortissant, l'ouverture de ses droits aux prestations au vu des informations fournies par la Caisse : la carte verte C.P.S. ; la carte rouge C.P.S. ; le site Internet de la C.P.S. ou toute attestation de prise en charge écrite de la C.P.S.

Dans le cas particulier où le Transporteur n'a pas, lors de la demande de transport, la preuve de l'affiliation d'un patient à l'un des régimes d'assurance maladie et accidents du travail, et de l'existence de ses droits, le Transporteur lui demande le paiement direct de la prestation et lui

délivre une quittance dûment complétée, accompagnée de la prescription et, le cas échéant, de la demande d'entente préalable (DEP).

L'ouverture des droits s'apprécie par rapport à la date de la prescription médicale. Ni la délivrance d'un carnet de « longue maladie » ni l'accord d'une demande d'entente préalable, par la Caisse, ne sont la preuve de l'ouverture des droits du ressortissant concerné.



#### 2. Dispense d'avance des frais

Les ressortissants, qui le souhaitent, sont dispensés de l'avance des frais de transport pour la part garantie par les régimes d'assurance maladie et accident du travail gérés par la C.P.S.

Le remboursement par la Caisse des frais de transport est subordonné à une prescription médicale. Cette prescription est soumise à une demande d'entente préalable adressée au médecin-conseil de la C.P.S. par le médecin traitant sous la forme d'un imprimé préétabli par la CPS. (cf annexe II) dans les conditions définies en annexe III. Cette demande doit notamment préciser les éléments suivants :

- Nom, prénoms et adresse géographique de(des) la personne(s) transportée(s).
- Le régime d'affiliation et le numéro d'immatriculation « DN ».
- La date et l'heure du transport, le cas échéant, l'heure de la consultation ou de l'hospitalisation, le nombre et la fréquence des transports.
- Le poste kilométrique de départ et celui d'arrivée.
- L'identification du Centre de soins.
- Le moyen de transport à utiliser (ambulance VSL )

La CPS accorde la prise en charge dans les conditions de droit commun. Cette prise en charge couvre l'ensemble des prestations définies dans l'annexe III de la présente convention.

Les prestations du Transporteur sont exécutées, suivant les cas, à la demande du patient en concertation avec l'établissement de soins ou à celle de l'établissement de soins lui-même.

A cet effet, le Transporteur confirme de manière systématique au patient ou à l'établissement de soins la faisabilité du transport. En cas d'impossibilité, il en informe le patient et le médecin prescripteur.

Le Transporteur s'oblige à assurer la meilleure prise en charge s'agissant de personnes en soins, comme le prévoient les obligations liées à ses fonctions.

Le patient ou à défaut l'établissement de soins transmet également au Transporteur les coordonnées de la personne à transporter afin de permettre son identification à la prise en charge.

#### Article 4 - ENGAGEMENTS DU TRANSPORTEUR

Le Transporteur exerce les activités de transport conformément au Code de la route et s'engage à observer strictement les règles dudit code et de bonnes pratiques telles que définies dans **l'annexe IV** de la présente.

Le Transporteur a souscrit une assurance en responsabilité civile professionnelle prenant en compte les dommages causés aux :

- patients, aux parturientes par suite d'erreur ou de faute professionnelle,
- biens des patients.

Une copie de l'attestation d'assurance est transmise à la C.P.S.



Le Transporteur embauche et rémunère le personnel qualifié nécessaire à la bonne marche de son activité, il est seul responsable du personnel embauché ou exerçant au sein de l'entreprise.

Le Transporteur s'organise pour répondre à toutes les demandes individualisées de transport qui lui sont transmises dans la mesure où celles-ci lui sont communiquées la veille des rendez-vous programmés et ce, avant 17 heures et quelque soit le lieu de résidence des patients à transporter sur l'île de Tahiti.

Le transporteur s'engage à assurer la prise en charge complète des personnes à transporter consistant en l'accueil, le pointage et les transports aller et retour conformément aux indications figurant sur l'attestation de soins figurant en annexe II.

Le Transporteur s'engage à respecter les horaires de rendez-vous. A cet effet il dépose le patient avec un délai maximum de 30 minutes avant le RDV et le reprend dans le même délai maximum après les soins.

Afin d'effectuer les transports demandés, le transporteur s'engage à affecter un véhicule ayant une capacité adaptée au nombre de personnes à transporter.

Le transporteur doit recueillir la signature du patient et du médecin traitant sur l'attestation de soins pour attester de la réalité de l'exécution de la prestation.

Le transporteur s'engage au strict respect du secret professionnel. Pour cela, aucune information ou document ne pourra faire l'objet d'une communication de quelque nature que ce soit. Le non-respect de cette clause par le transporteur entraînera la résiliation immédiate et sans indemnité de la présente convention par l'envoi d'un courrier recommandé avec demande d'avis de réception.

#### **Article 5 - LES DROITS DU PATIENT**

Le Transporteur s'engage à prendre toutes les mesures afin que les droits du patient soient observés par son personnel :

- respect de l'intimité lors de la prise en charge d'un patient,
- · respect de la non-discrimination des patients,
- · respect de la confidentialité,
- respect de l'intégrité physique du patient.

Les deux parties contractantes sont tenues au secret professionnel.

#### **Article 6 - FACTURATION et PAIEMENT**

#### 1) Facturation

Le paiement direct des frais de transport au Transporteur intervient dans les conditions suivantes :

Le transporteur établira mensuellement, sur la base des tarifs annexés à la présente convention, une facture mentionnant notamment le nom, l'adresse, le numéro et la date d'agrément de l'Entreprise, le type de véhicule utilisé, le nom du chauffeur, le nom et le prénom de la personne transportée, son régime d'affiliation et son numéro d'immatriculation, le numéro de DEP, le point de prise en charge du patient et le point d'arrivée (PK), les dates et heures (départ et arrivée) des transports effectués, le nombre de personnes transportées et le montant à payer, conformément au modèle en annexe II.



Le transporteur joindra à cette facture :

- La prescription médicale de transport, (ordonnance ou rédaction de la DEP)
- Suivant les cas :
  - La demande d'entente préalable (DEP) visée favorablement par le Contrôle médical.
  - o Le certificat de passage lors d'une consultation émargé par le patient
  - o Le bulletin de situation en cas d'hospitalisation
  - L'état mensuel des transports qui comporte la signature du médecin et du malade attestant la réalité et les conditions du transport (modèles figurant en annexe II) en cas de transport en série.

L'ensemble des pièces peut être accompagné d'un bordereau récapitulatif.

La facture devra être adressée au service de l'Assurance Maladie de la C.P.S dans un délai maximum d'un an à compter de la date d'éxécution sous peine de rejet.

Le Transporteur peut prendre en charge dans un même véhicule trois personnes au maximum, auquel cas la facturation sera établie individuellement pour chacun d'eux en y reportant l'identité des autres patients transportés.

La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délia de 30 jours calendaires en cas de transmission papier et de 15 jours ouvrés en cas de télétransmission à compter de la date de réception des pièces justificatives.

#### 2) Modalités de règlement

Sous réserve des dispositions particulières prévues aux articles 3, 4 et 5 de la présente convention, la C.P.S. règle directement au Transporteur, les sommes correspondantes à la part garantie par l'assurance maladie et accidents du travail.

La CPS s'engage à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour payer les dossiers validés dans un délia de 30 jours calendaires en cas de transmission papier et de 15 jours ouvrés en cas de télétransmission à compter de la date de réception des documents justificatifs.

Les dossiers rejetés et régularisés donnent lieu à un traitement prioritaire.

Les partenaires s'efforceront de mettre en œuvre des échanges d'informations sur support magnétiques permettant de faciliter les règlements.

En cas d'erreur de facturation repérée après règlement par la C.P.S., celle-ci établit un ordre de recette adressé au Transporteur.

La Caisse s'engage à rembourser les frais de transport dans les conditions définies à l'article 3 et sur la base des tarifs fixés en annexe III de la présente convention.

Ces tarifs s'entendent en matière d'ambulance pour le transport d'un seul malade par véhicule.

En matière de VSL, le transporteur peut prendre en charge dans un même véhicule trois (3) personnes au maximum, dans ce cas le prix facturé comprend le forfait de prise en charge pour chacune des personnes transportées, majoré s'il y a lieu d'un tarif kilométrique correspondant aux surplus kilométriques parcourus par rapport au ressortissant pris en charge, au lieu de soins ou au domicile.



Lorsqu'un véhicule, ambulance ou VSL, effectue un transport comportant l'aller et le retour du malade, deux transports sont facturables.

Le Transporteur doit tenir à disposition de l'assuré un exemplaire de la facture portant la mention « dispense d'avance des frais ».

Le transporteur doit donner acquit sur la facture pour toute somme effectivement reçue de l'assuré à l'occasion du transport.

#### **Article 7 - CONTROLE**

Le Transporteur s'engage à donner à la C.P.S. toute facilité en vue de permettre le contrôle médical, administratif et financier de son activité. A cet effet, un bilan d'activité et financier de l'Entreprise sera transmis et présenté à la C.P.S. avant le 31 août de chaque année.

#### **Article 8 - TARIFICATION**

Le remboursement des frais de transport sanitaire est calculé sur la base de la distance séparant le point (P.K.) de prise en charge du malade du point d'arrivée (P.K.) de la structure de soins par le traiet le plus court.

Les détours de trajet pour convenance personnelle du patient et toute prestation supplémentaire non couverte par les tarifs fixés à l'annexe III, ne donne pas lieu à remboursement par la CPS.

Lorsque la CPS aura constaté des anomalies dans les éléments de facturation, le Transporteur pourra faire l'objet d'une procédure de récupération des sommes indûment versées.

Les tarifs des prestations pourront faire l'objet d'une révision annuelle, à chaque date d'anniversaire, à la demande du Transporteur ou de la C.P.S. Les nouveaux tarifs ainsi proposés ne pourront s'appliquer qu'après avoir été arrêtés en Conseil des Ministres et qu'après accord express et par écrit des parties signataires, sous forme d'avenant.

#### **Article 9 - MODIFICATION**

Les clauses de la présente convention pourront être à tout moment modifiées à la suite de nouvelles dispositions législatives ou réglementaires.

#### Article 10 - DUREE de la CONVENTION et DENONCIATION

La présente convention prend effet à compter de la signature des parties pour le reste de l'année civile restant à courir. Elle se renouvellera ensuite d'année civile en année civile par tacite reconduction sauf en cas de dénonciation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec accusé de réception ou tous autres moyens certains de transmission en respectant un préavis de trois (3) mois avant son échéance.



#### **Article 11 - ADHESION A LA CONVENTION**

La CPS adresse au Transporteur le texte de la présente convention par lettre recommandée avec avis de réception.

Dans le délai d'un mois suivant la notification du texte de la convention, ou de la date de son installation, le Transporteur doit faire connaître s'il souhaite ou non exercer sous le régime de la présente convention. Il notifie sa décision par écrit à la CPS.

L'absence de réponse du transporteur dans le délai précité équivaut à un refus d'exercer dans le cadre de la présente convention.

#### **Article 12 - LA RESILIATION**

La présente convention peut être résiliée par l'une des parties, en cas de manquement à ses obligations envers l'autre partie, par lettre recommandée avec avis de réception qui devra être adressée au moins trente jours avant l'expiration de la période d'un an ou dans le cas d'un litige persistant en cours d'exercice, après un préavis de trois (3) mois. et pour les motifs suivants :

- Manquement de la CPS à ses obligations définies à l'article 6.
- Non-respect par le Transporteur de ses obligations définies aux articles 4,5 et 6,
- Impossibilité d'assurer son activité pour quelque cause que ce soit,
- Perte d'agrément (à partir de la date d'effet et pour la durée de ce retrait)
- Série d'incidents préjudiciables aux patients.
- Modifications législatives, réglementaires ou économiques mettant en cause les principes fondamentaux qui gouvernent l'exercice de la profession du transporteur sanitaire dans ses rapports avec la CPS

La présente convention est résiliée de droit en cas de dissolution ou de vente de l'Entreprise.

#### Article 13 - LE REGLEMENT DES LITIGES

En cas de difficultés soulevées par l'interprétation, l'exécution ou la cessation du présent contrat, les parties s'efforceront de se rapprocher et de trouver une solution amiable.

Si aucun rapprochement n'est possible, les parties conviennent de s'en remettre à un arbitre ; celui-ci devra être désigné par un accord entre les parties.

S'il n'y a pas d'accord sur le nom d'un arbitre ou sur sa décision, la présente convention sera soumise à la compétence exclusive des tribunaux de Papeete, même en cas de garantie ou de pluralité de défendeurs.

#### Article 14 - DISPOSITIONS DIVERSES

Il est expressément entendu que la convention ainsi que toute utilisation éventuelle de documents, quelle qu'en soit la présentation n'impliquent entre les parties soussignées aucun lien ou rapport autres que ceux définis par la présente convention.



Envers des tiers, chacune des parties est seule responsable des actes et prestations lui incombant d'après la présente convention.

## Fait à PAPEETE, le en trois (3) exemplaires originaux

Pour le transporteur,	Pour la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie française,
LE GERANT	LE DIRECTEUR,
M	Yvonnick RAFFIN



#### **ANNEXE I**

#### Arrêté n°162 / CM du 09 février 2001

fixant les conditions d'agrément des transports sanitaires soumis aux dispositions de la délibération n°99-27 APF du 11 février 1999 portan t création d'un Comité Territorial de l'Aide Médicale Urgente et des Transports sanitaires

#### Extrait

#### Article 1

Toute personne physique ou morale qui se propose d'effectuer des transports sanitaires doit avoir été préalablement agréée, par arrêté du Président du Gouvernement de la Polynésie française, conformément à l'article 9 de délibération n° 99-27 APF du 11 février 1999 portant création d'un Comité Territorial de l'Aide Médicale Urgente et des Transports sanitaires.
211111111111
Article 3
Le transport doit être effectué dans le respect du libre choix du malade et sans discrimination d'aucune sorte.
Il doit s'effectuer sans interruption injustifiée du trajet.

#### Article 9

Les tarifs des transports effectués par les véhicules sanitaires sont établis par voie de conventionnement entre la Caisse de prévoyance sociale, agissant au nom des régimes de protection sociale, et les professionnels.

Ils entrent en vigueur après leur approbation par arrêté pris en Conseil des Ministres.

A défaut de conventionnement, les tarifs sont fixés par arrêté pris en Conseil des Ministres.



#### ANNEXE II

DEP – Attestation de soins – Récapitulatif mensuel



#### ANNEXE III - TARIFS

#### Conditions d'application :

Sont pris en charge après entente préalable d'un médecin-conseil de la CPS, par remboursement direct à l'intéressé ou par tiers payant, au taux de la réglementation en vigueur, les frais de transport sanitaire terrestre des patients nécessitant des séances d'hémodialyse ou de radiothérapie ou de chimiothérapie, des soins de pédopsychiatrie en hôpital de jour ou un transfert secondaire vers un autre établissement de santé.

Le remboursement par la Caisse des frais de transport est subordonné à une prescription médicale.

		nité Forfaitaire placement	TARIFS KILOMETRIQUES		
TARIFICATION en Francs CFPTTC	Jour	Nuit (*), dimanche et jours fériés	Jour	Nuit (*), dimanche et jours fériés	
Véhicule de Catégorie C Transport en ambulance	3 800 FCFP	4 750 FCFP	50 F/km	50 F/km	
Transport en ambulance avec la présence d'un ambulancier titulaire du CCA, en plus du chauffeur-	4 750 FCFF	5 930 FCFP	50 F/km	50 F/km	
ambulancier, pour surveiller le patient Véhicule de Catégorie D					
Transport en Véhicule Sanitaire Léger	1 520 FCFP	1 900 FCFP	50 F/km	50 F/km	

Ces transports doivent être médicalement justifiés. Le type de transport nécessaire au patient doit être clairement précisé (transport en ambulance ou transport en VSL avec ou sans accompagnateur); à défaut, le transport effectué sera considéré comme un transport en VSL.

Le transport par ambulance doit être effectué en raison d'une urgence ou d'un transport sanitaire médicalement justifiée à destination d'un établissement hospitalier ou de soins, ou d'un cabinet médical.

Ces tarifs s'entendent sur une prise en charge à domicile, ou en structure hospitalière et inversement : ils comprennent la prestation Aller-Retour, incluant le temps d'attente si besoin. Ils constituent un forfait pour une zone géographique s'étendant du PK 16 cote Est au PK 16 cote Ouest. Au-delà de ces zones, le tarif kilométrique s'applique à la distance totale parcourue en passant par des voies carrossables et le plus court chemin.

Ces tarifs sont valables de jour, de 7 h à 19 h. Ils seront majorés en cas de transport de nuit (de 19 h à 07 h) et les dimanches et jours fériés.

(\*) La tarification de nuit s'applique lorsque plus de la moitié du temps de la course est effectuée entre 18 h 30 et 06 h 30, sous réserve du visa du Centre de soins.

Il n'est pas appliqué de supplément pour les bagages mis dans le coffre.

En cas de transport commandé et non réalisé, celui-ci est dû, en cas de déplacement, et sera facturé au demandeur dans la limite maximale du prix de la course commandée. (Le recouvrement du montant étant à la charge du Transporteur).



#### <u>ANNEXE IV</u>

#### **BONNES PRATIQUES**

L'ambulancier s'inscrit dans la chaîne de prise en charge des patients. Il est un lien indispensable entre le patient et les établissements de santé. Pour améliorer la prise en charge du patient, il est nécessaire qu'établissements de santé et ambulanciers tiennent compte de leurs contraintes réciproques et s'engagent mutuellement.

Afin d'améliorer la qualité de la prestation, les entreprises de transport sanitaire s'engagent à ce que leurs personnels respectent strictement les règles d'hygiène personnelle et de désinfection des véhicules. Elles fournissent à leurs personnels des tenues adaptées permettant d'identifier l'intervenant, sa fonction au sein de l'équipage, ainsi que l'entreprise à laquelle il appartient. Enfin, les entreprises de transport sanitaire détermineront, au moyen d'un « protocole de désinfection » les modalités de suivi du nettoyage ou du change des draps et couvertures.

#### **ENGAGEMENTS du TRANSPORTEUR**

- 1. L'ambulancier s'engage à aller chercher le patient à son domicile ou à tout autre endroit prescrit.
- 2. Avant de le transporter, il vérifie que ce dernier dispose de tous les documents nécessaires à la prise en charge de son transport mais également des documents nécessaires à son hospitalisation, à sa consultation ou sa séance de soins.
- 3. L'ambulancier (titulaire du certificat de capacité d'ambulancier pour ce qui concerne les ambulances ) veille à la bonne surveillance du patient et la bonne exécution des gestes appropriés à l'état du patient.
- 4. La prescription médicale déterminant le lieu et le moyen de transport le plus adapté à l'état du patient sera respectée par l'ambulancier.
- 5. L'ambulancier accompagne le patient jusqu'au service concerné, et s'assure, avant de quitter le patient, que celui ci est pris en charge.
- 6. L'ambulancier transmet à un membre de l'équipe soignante du service concerné tous les documents utiles à son hospitalisation, sa consultation, ses séances.
- 7. Les entreprises de transport sanitaire s'engagent au respect des horaires convenus avec l'établissement de santé.
- 8. Lors de consultations ou de séances, le service informe l'ambulancier de la durée prévisible des soins. L'ambulancier n'est en effet pas tenu d'attendre sur place la fin de la consultation.
- 9. Au vu de l'heure prévue de sortie, l'établissement veille à ce que le patient soit prêt, les formalités liées à son départ effectuées, et la prescription médicale de transport réalisée.
- 10. L'ambulancier ramène le patient à son domicile ou à tout autre endroit prescrit.

Au-delà des bonnes pratiques ci-dessus mentionnées, les partenaires envisageront de mettre en place de nouvelles organisations permettant l'amélioration du service rendu aux patients. Ainsi la centralisation des transports non à la charge juridique et financière des établissements de santé pourrait être organisée par la profession. Dans ce cas, les professionnels décideront de s'organiser soit au niveau de chaque établissement, soit au niveau géographique, gérant ainsi l'intégralité des demandes de transports de l'ensemble des entreprises de l'île de Tahiti.

ARRETÉ N° 2598 CM DU 21 DÉCEMBRE 2017 RENDANT EXÉCUTOIRE LA DÉLIBÉRATION N° 9-2017/CA.RNS RELATIVE AU PROGRAMME DU FONDS D'ACTION SOCIALE (FAS) DU RÉGIME DE NON-SALARIÉS POUR L'EXERCICE 2018



NOR: DPS1722482AC-2

Par arrêté n° 2598 CM du 21 décembre 2017.— Est rendue exécutoire la délibération n° 9-2017 CA.RNS du 22 novembre 2017 relative au programme du Fonds d'action sociale (FAS) du régime de non-salariés pour l'exercice 2018.

#### **DELIBERATION N° 09-2017/CA.RNS**

relative au programme du **Fonds d'action sociale** (FAS) du Régime de Non-salariés pour **l'exercice 2018** 

#### LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DU REGIME DES NON-SALARIES

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-19 AT du 10 mars 1994 modifiée portant institution du Conseil d'administration du régime des non-salariés ;

Vu la délibération n° 94-171 AT du 29 décembre 1994 modifiée relative aux dispositions administratives et financières du régime des non-salariés ;

Vu la délibération n° 94-172 AT du 29 décembre 1994 modifiée instituant les prestations familiales pour le régime des non-salariés et la délibération n° 97-56 APF du 20 mars 1997 instituant un fonds d'action sanitaire et sociale en faveur des ressortissants du régime des non-salariés :

Vu l'arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS);

Vu la note de présentation n° 2056/MSS en date du 6 novembre 2017 relative au projet de budget 2018 du Fonds d'action sociale du Régime des Non-salariés ;

Vu le procès-verbal de réunion du Conseil d'administration en date du 22 novembre 2017 :

S'étant prononcé à l'unanimité au cours de cette séance,

#### **ADOPTE:**

Article 1<sup>er</sup>. - Est adopté le programme du Fonds d'action sociale de l'exercice 2018 du Régime des Non-salariés pour un budget arrêté à la somme de CENT SOIXANTE MILLIONS SIX CENT DIX MILLE FRANCS PACIFIQUE (160 610 000 XPF), joint à la présente délibération.

<u>Article 2.</u> - L'Agent-comptable de la Caisse de prévoyance sociale et la Directrice des affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente délibération.

PAPEETE, le 22 novembre 2017

Pour le secrétaire absent : *Un administrateur présent*, Patrick YIENG KOW.

Le président, Marc ATIU.

			POSTON DEAL	STORY SOUTA						
			erio de la companya							
Nº compte	[artitals	Budget 2017	Builget 2017 (modifié après trausfert)	Afterrissage projete 2017 au 31/12/2017	DNII budgei FAS RNS 2018	Budget 2018	Variation 2018/2017	Variation?		
	A PARTY OF		224.2030000	The substitute		E PER MENTAL PROPERTY AND PROPE	**************************************			
	(MAIDESDE PREVIERENE DESTREMENTALE)	3/11/5/000	71,5176 188 083	6900.000	256,900,000	F 16 850 000	323 T 3 5 000	<b>300</b> 3355		
6571201	Aides alimentaires	1 965 000	4 130 000	4 700 000	4 700 000	4 700 000	2 735 000			
6571021	Aides vestimentaires divers	400 000	788 083	850 000	850 000	800 000	400 000			
6571022	Aides vestimentaires EVASAN	250 000	220 000	300 000	300 000	250 000	0			
6573107	Aides en produits d'hygiène et d'entretien	500 000	1 050 000	1 050 000	1 050 000	1 100 000	600 000	2002 - SK400		
	SAMPLE STREET,	3450,000		160 000		450,000	2/1/2/20	206.03330		
	Pharmaceutiques	100 000	50 000	25 000 55 000	25 000 55 000	100 000 50 000	0			
	Alàses et conches	50 000	50 000	35 000	35,000	200 000	0	'		
	Prothèses Auxiliaires médicaux	200 000 100 000	50 000 100 000	80 000	80 000	100 000	o			
03/2041 1378/20188	Alconaires medicaio: 315 HABEPAT ET LOGEMENT	200000	1500 000	1380,000		2 600 000	900 000	24000073		
6572101		300 000	600 000	500 000	500 000	700 000	400 000			
	Equipements ménagers ou mobilier ou literies	350 000	850 000	850 000	850 000	800 000	450 000			
6572104		50 000	50 000	30 000	30 000	100 000	50 000			
	Aide à l'accompagnement à domicile				22222	12 N 1000 000	1 000 000			
	48ATDES A L'EPANOUISSEMENT DE L'ENFANTIO	10 190 000	Z 4 10 990 038	10 692 825	510 692 825	14390 000	200 000	29		
6572021	Oroches garderies	2 500 000	4 200 000	3 640 145	3 640 145	4 200 000	1 700 000			
6572022	Foyers	1 200 000	0	0	0	700 000	-500 000			
6572023	Notorous	0	0	0	0	0				
	Bourses de vacances	o 000 000	6 690 038	7 000 000	7 000 000	9 000 000 100 000	3 000 000			
	Divers frais de scolarité	100 000	50 000	24 700	24 700 0	40 000	0			
	Cantines scolaires Forminures scolaires	40 000 50 000	50 000	27 980	27 980	50 000	0			
	Polaminus scolares Séjours linguistiques FAPELEC	200 000	0	27,500.	0	200 000	0			
	Activités périscolaire	100 000	0	0	0	100 000	0			
	SAUTRES AIDES AUX FAMILLES (1974)	120,000	829 962	692,998	7692 998	######################################	300 000	的說說		
657130I	Frais de transport inter lles	120 000	90 000	60 000	60 000	120 000	0			
6571302	Frais de transport hors polynésie	0	289 962	289 962	289 962	300 000	300 000			
	Frais de transport en commun	0	0	0	0	50 000	50 000			
	Aides en matériaux de construction	300 000	0	0	0	200 000	-100 000			
	Aides à l'insertion	400 000	50 000	40 036	40 036	300 000	-100 000	·		
	Bourses de formation animateurs	200 000	300 000	223 000	223 000	250 000	50 000			
	Aides diverses	100 000	100 000	80 00Ö	80 000	200 000	100 000			
	AIGES GIVETES GOPROTECTIONEDES PUBLICS VUENERABLES	100 000	STOKET EXPENSE	191917	101017			× 2.19		
	Hébargament personnes agées (Fara matahiapo)	570 720	91 917	91 917.	91 917	500 000	-70 720	- Carattania		
	Tierces personnes	2 454 280	400 000	100 000	100 000	2 000 000	-454 280			
	Placement Adultes handicapées	200 000	50 000	0	0	200 000	0	'		
03/2037	H DECOMMENDED	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	55-72 X 5-400 K080		500.000	7 20 10 10 10				
657174	Soutien aux familles en difficultó	1 200 000	400 000	300 000	300 000	1 200 000	0			
03/2/4		7737	100000			256842527840	res de march	rest section		
	GUE NEIGHE HOVERNOMINES	200000	15.06.00	3,000	4 7 00 000	69,000,000	2000 m			
	Collegate Homeles Coulos Educativo	200000	100	1.120.70		200000	60000000			
000000	Aides acceptionnelles	1 000 000	1 300 000	1 282 260	1 282 260	1 500 000	500 000	TANK THE PARTY		
	Aides exceptionneues Actions collectives	1 000 000	1 300 000	1 201 200	1 101 100	500 000	500 000			
	Actions collectives Aides exceptionnelles aux enfants scolarisés	. 000 000				60,000,000	60 000 000			
Garage (Sec.	gagera a gilor gara gijava ili kirilari ili sa sega g	SALESCON STATE OF STATE	THE PERSON NAMED IN COLUMN	MARKET STREET		19 A 20 85 84 A				
	Total général	48 000 000	48 000 000	58 600 000	58 600 000	160 610 000	112 610 000	193		

ARRETÉ N° 2603 CM DU 21 DÉCEMBRE 2017 RENDANT EXÉCUTOIRE LA DÉLIBÉRATION N° 55- 2017/CG.RSPF RELATIVE AU BUDGET DU FONDS D'ACTION SOCIALE DU RÉGIME DE SOLIDARITÉ DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE POUR L'EXERCICE 2018

NOR: DPS1722465AC-3

Par arrêté n° 2603 CM du 21 décembre 2017.— Est rendue exécutoire la délibération n° 55-2017 CG.RSPF du 14 novembre 2017 relative au budget du Fonds d'action sociale du régime de solidarité de la Polynésie française pour l'exercice 2018.

#### **DELIBERATION N° 55-2017 CG.RSPF**

relative au budget du Fonds d'action sociale du Régime de Solidarité de la Polynésie française pour l'exercice 2018

## LE COMITE DE GESTION DU REGIME DE SOLIDARITE DE LA POLYNESIE FRANCAISE,

Vu la délibération n° 94-6 AT du 3 février 1994 modifiée définissant le cadre de la couverture sociale généralisée applicable aux résidents de la Polynésie française ;

Vu la délibération n° 94-20 AT du 10 mars 1994 modifiée portant institution du comité de gestion du régime de solidarité ;

Vu la délibération n° 95-135 AT du 24 août 1995 modifiant les dispositions relatives à l'institution d'un fonds d'action sociale au régime de solidarité;

Vu l'arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) ;

Vu la note de présentation du budget du Fonds d'action sociale du Régime de solidarité pour l'exercice 2018 n° 31043/MSS et son annexe, en date du 3 novembre 2017 ;

Vu le procès-verbal de réunion du Comité de gestion du Régime de solidarité en date du 14 novembre 2017 ;

S'étant prononcé à l'unanimité au cours de cette séance.

#### ADOPTE:

Article 1<sup>er</sup>. - Le budget 2018 du Fonds d'action sociale du Régime de Solidarité de la Polynésie française est arrêté à un montant de :

- DEUX MILLIARDS TRENTE SIX MILLIONS DE FRANCS PACIFIQUE (2 036 000 000 XPF),

répartis conformément au tableau récapitulatif joint à la présente délibération.

Article 2. - L'Agent-comptable de la Caisse de prévoyance sociale et la Directrice des affaires sociales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente délibération.

Papeete, le 14 novembre 2017. Le président, Jacques RAYNAL.

Le secrétaire, Eugène SOMMERS.

> La directrice des affaires sociales, Christiane AH SCHA.

						oles desemble	
	RUDGET 2018)		(2017年) (1917年)		পুনা <i>ে</i> গোলাস্থ্য		
	DERREIMICDESOLIDARHI	STATE OF THE PARTY			NE EUCLEMONE		
N comme	Difficult	Analger 2017			Bridges	Variation; 2018/2017	Variation
			(modifié après	projete 2017/ au 31/12/2017	2018		
			draini(ert)				
	ACIPRICACIONSTENINAGERE	900.300000	924:300000	7/8/140/000	904100.000	2800000	0%
	IL ANDENDERRAMERE NECESSURE	2010/0000000	0.0000000000000000000000000000000000000	2084000000	57707070707070	  -30/000/0000	1000
6571201	Aides alimentaires	150 000 000	170 000 000	168 000 000	170 000 000	20 000 000	137
6571021	Aides vestimentaires divers	17 000 000	17 000 000	11 000 000	17 000 000	20 000 000	<del> </del>
6571022	Aides vestimentaires EVASAN	8 000 000	8 000 000	6 000 000	8 000 000	0	
6573107	Aides en produits d'hygiène et d'entretien	35,000 000	45 000 000	43 000 000	45 000 000	10 000 000	
	2 SANIE SEE TO MESSES TO A SECOND	16,000,000	14.500.000	6 800 000	16000.000	0	2
6571011	Pharmaceutiques	2 000 000	2 000 000	500 000	2 000 000	0	
6571012	Alèses et couches	2 000 000	2 000 000	1 300 000	2 000 000	0	
6571101	Prothèses	8 000 000	8 000 000	3 000 000	8 000 000 4 000 000	0	
6572041	Auxiliaires médicaux 8 SHABITAULES LOCHMENTS	4 000 000	2 500 000 40 800 000	2 000 000 28 28 280 000		210,000,000	570
6572101	Loyers	6 000 000	4 000 000	3 800 000	6 000 000	0	A STATE OF THE STA
6572102	Equipements ménagers ou mobilier ou literies	9 000 000	24 800 000	22 000 000	20 000 000	11 000 000	<del></del>
6572104	Energie	1 000 000	1 000 000	480 000	1 000 000	0	
XXXX	Aide à l'amélioration des conditions d'habitat	11 000 000	11 000 000	2 000 000	10 000 000	-1 000 000	
	A caides a ciapanonisse viduraden directiva nec	191 800 000	3191300.000	a 165 d 60 000	中医院 新疆 经通过 医克里里氏 医克里氏 医克里氏	##±50000-000	22/
6572021	Crèches garderies	40 000 000	40 000 000	35 000 000	40 000 000	0	
6572022	Foyers	7 500 000	7 500 000	4 000 000	7 500 000	0	
6572023	Nounous	1 000 000 135 000 000	500 000 135 000 000	125 000 000	1 000 000 135 000 000	0	
6573101	Bourses de vacances Divers frais de scolarité	600 000	600 000	600 000	600 000	0	
6573102	Cantines scolaires	600 000	600 000	110 000	600 000	.0	
6573103	Fournitures scolaires	600 000	600 000	150 000	600 000	0	
6573105	Séjours linguistiques FAPELEC	1 500 000	1 500 000	0	1 500 000	0	
6573106	Activités périscolaire	5 000 000	5 000 000	300 000	2 000 000	-3 000 000	
	5 VACHIRES ANDES AUXIEANING ES ASSESSED	2/L500.000	19,700,000	14500.000	22500.000	800,000	49/
	Frais de transport inter îles	4 000 000	4 000 000	4 500 000	4 500 000	500 000	
	Frais de transport hors polynésie	2 000 000	2 000 000 500 000	600 000	2 000 000 800 000	300 000	
6572103	Frais de transport en commun Aides en matériaux de construction	500 000 2 000 000	1 200 000	800 000 1 000 000	2 000 000	300 000	
6572111	Aides à l'insertion	5 000 000	4 000 000	1 800 000	5 000 000	0	
6572301	Bourses de formation animateurs	5 000 000	5 000 000	3 000 000	5 000 000	0	
6572401	Aides diverses	3 000 000	3 000 000	2 800 000	3 000 000	0	
	GERROTECTIONEDES RUBICCS VALENERABLES	435,000,000	#415,000,000	335,400,000	5400,000,000	35 000 000	-09/
	Placement enfants en familles agréées	0	0	0	0	0	
	Placement enfants en familles Tiers ou Fetii	126 000 000	126 000 000	96 000 000	120 000 000	-6 000 000	
	Accueillants familiaux (enfants et adultes)	126 000 000	126 000 000 10 000 000	118 000 000 5 500 000	125 000 000	-1 000 000 0	
	Placement personnes âgées Hébergement personnes âgées (Fare matahiapo)	10 000 000 5 000 000	5 000 000	4 900 000	5 000 000	0	
6572011	Tierces personnes	108 000 000	88 000 000	55 000 000	80 000 000	-28 000 000	
6572031	Placement Adultes handicapées	60 000 000	60 000 000	56 000 000	60 000 000	0	ļ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
	R-PRESTAULONS EN ESPECIES	37.000.000	17/000/000			1511-000-000	45%
(5777)	Soutien aux familles en difficulté	31 000 000	11 000 000	2 000 000	20 000 000	-11 000 000	
657174 CPS	Prestations en espèces (RPSMR)	6 000 000	6 000 000	6 100 000	6 000 000	-11 000 000	
CIB	Trestations en especes (At Divity  (C. PARNETOTPAULON/AUX CANTELLES	600,000,000	6000000000	482,000,000	520,000,000	80.000.000	159/
	SCOLATRES (gerdespirit for CES)						
	D::Propromment/admireoutale	165 000 000	165-000.000		225800,000	58-800-000	20%
			24000	F1 (24 22	50,000,000	5.000.000	
6573401	Insertion des familles	54 000 000 63 000 000	54 000 000 63 000 000	51 433 578 57 042 286	59 000 000 63 500 000	5 000 000 500 000	<del> </del>
6573402 6573403	Insertion des jeunes Insertion des personnes âgées	5 000 000	5 000 000	2 554 867	10 300 000	5 300 000	
6573405	Insertion des personnes agees Insertion des personnes handicapées	27 000 000	27 000 000	39 857 705	72 000 000	45 000 000	
6573406	Développement social local	16 000 000	16 000 000	14 111 564	19 000 000	3 000 000	
	H-Anies exceptionnelles et actions collectives	4444000000	414,000,000	244,600,000	362 100 000	-51.900.000	149/
9999991	Aides exceptionnelles	50 000 000	50 000 000	33 000 000	50 000 000	0	
9999992	Actions collectives	4 000 000	4 000 000	2 600 000	4 000 000		
CPS	Aides exceptionnelles aux enfants scolarisés	360 000 000		209 000 000			Congress and a
	Total general	2117300.000	2117308000	1 677 840 800	2 036 000 000	<b>-81-300-000</b>	
	2000年1月1日 - 1900年1月 - 190	<b>用表现的解析的</b>			THE RESERVE OF THE PERSON NAMED IN	PLANE TO BE TO THE	中央的學術學

ARRETÉ N° 2582 CM DU 21 DÉCEMBRE 2017 PORTANT REGLEMENT D'OFFICE DU PROGRAMME DU FONDS D'ACTION SANITAIRE, SOCIALE ET FAMILIALE (FASS) POUR L'EXERCICE 2018

### PARTIE OFFICIELLE

#### ACTES DES INSTITUTIONS DE LA POLYNESIE FRANÇAISE

#### ARRETES DU CONSEIL DES MINISTRES

ARRETE n° 2582 CM du 21 décembre 2017 portant règlement d'office du programme du Fonds d'action sanitaire, sociale et familiale (FASS) pour l'exercice 2018.

NOR; DPS1722483AC-10

Le Président de la Polynésie française,

Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé, en charge de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 676 PR du 16 septembre 2014 modifié portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions :

Vu l'arrêté n° 1335 IT du 28 septembre 1956 modifié portant institution d'un régime de prestations familiales au profit des travailleurs salariés ;

Vu l'arrêté n° 1336 IT du 28 septembre 1956 modifié portant organisation et fonctionnement de la Caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française, notamment ses articles 9 et 10 modifiés par la délibération n° 91-47 AT du 15 février 1991:

Vu l'arrêté n° 1408 IT du 13 octobre 1956 modifié fixant les règles relatives aux opérations financières et comptables de la Caisse de prévoyance sociale ;

Vu l'arrêté n° 1154 CM du 3 décembre 1987 fixant le nouveau plan comptable de la Caisse de prévoyance sociale ;

Vu l'arrêté n° 357 TLS du 8 février 1961 modifié portant institution d'un régime d'aide aux vieux travailleurs salariés et en confiant la gestion à la CPS ;

Vu le décret n° 57-245 du 24 février 1957 modifié sur la réparation et la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles dans les territoires d'outre-mer;

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

Vu la décision n° 754 TLS du 10 octobre 1978 modifiée portant refonte des textes relatifs à la classification des secteurs d'activité au regard de la Caisse de prévoyance sociale et aux taux de cotisations qui leur sont applicables ; Vu la délibération n° 82-33 du 15 avril 1982 modifiée portant institution d'un minimum vieillesse ;

Vu la délibération n° 87-11 AT du 29 janvier 1987 modifiée instituant un régime de retraite des travailleurs salariés de Polynésie française ;

Vu la délibération n° 95-180 AT du 26 octobre 1995 modifiée instituant un régime de retraite tranche B au profit des ressortissants du régime général des salariés ;

Vu l'arrêté n° 2157 CM du 19 décembre 2016 fixant les taux de cotisations, les planchers et plafonds mensuels de rémunérations soumises à cotisations de la Caisse de prévoyance sociale à compter du 1er janvier 2017;

Vu l'arrêté n° 2247 CM du 28 novembre 2017 renvoyant en seconde lecture la délibération n° 43-2017 CA du conseil d'administration des 26 et 27 octobre 2017 ;

Vu l'arrêté n° 1822 CM du 12 octobre 2017 portant création d'un service dénommé Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS);

Vu le rapport n° 436 MSS/ARASS du 5 décembre 2017 de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale ;

Vu le procès-verbal de réunion du conseil d'administration du régime général des salariés en date du 28 novembre 2017:

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 20 décembre 2017,

#### Arrête:

Article 1er. — Le programme du Fonds d'action sanitaire, sociale et familiale (FASS) est arrêté à la somme prévisionnelle d'un milliard sept cent soixante-douze millions francs CFP (1 772 000 000 F CFP) pour l'exercice 2018.

Art. 2.— Le ministre des solidarités et de la santé, en charge de la protection sociale généralisée, de la prévention et de la famille, est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 21 décembre 2017. Edouard FRITCH.

Par le Président de la Polynésie française : Le ministre des solidarités et de la santé, Jacques RAYNAL.

#### **PROGRAMME**

#### D'ACTION SANITAIRE, SOCIALE ET FAMILIALE

#### POUR L'EXERCICE 2018

Le Fonds d'action sanitaire, sociale et familiale du régime des salariés, créé suivant arrêté n° 2071 TLS du 18 août 1969, peut octroyer des aides en nature ou en espèces aux bénéficiaires d'un régime de prestations de la Caisse de prévoyance sociale et à leur famille qui rencontrent des difficultés dans leur quotidien.

Les aides sociales sont attribuées sous condition de ressources, à l'exception de la participation aux cantines scolaires prévue pour tous les enfants scolarisés déjeunant à la cantine, pour partie en nature et pour partie en numéraires. Elles sont gérées :

- D'une part, par le service social, après évaluation sociale, s'agissant des aides sociales et familiales nécessitant des interventions et accompagnements individuels en faveur des familles les plus démunies;
- Et d'autre part, par le service des Prestations Familiales en ce qui concerne les prestations extra-légales : Complément familial (CF), les bourses de vacances (BVAC), le programme de loisirs éducatifs en internat (PLEI), l'Allocation de rentrée scolaire (ARS) et la participation aux frais de cantine scolaire.

Ce programme retrace les propositions d'actions et les propositions budgétaires du Fonds d'action sanitaire, sociale et familiale pour l'exercice 2018, hors réformes. Il comprend deux parties :

- la première partie traite les aides gérées par le service social, en distinguant :
  - les aides sociales et familiales :

194 MF

o les aides sanitaires

46 MF

 la deuxième partie concerne les prestations extra-légales, gérées par le service des prestations familiales
 1 532 MF

\*\*\*\*\*

#### I/ LES AIDES SOCIALES ET FAMILIALES : 194 MF

Pour bénéficier d'une aide, les familles doivent justifier d'une moyenne économique journalière inférieure ou égale à 1840 FCP. Les aides sont octroyées, sous réserve, après évaluation sociale.

#### 1) VESTIMENTAIRES ET CHANGES

Vestimentaires	25 000 000	19 000 000	25 000 000
65710200		ALEGERALIZATE	

Les aides vestimentaires sont délivrées dans le cadre des accompagnements effectués par les travailleurs sociaux. Ces aides son fortement sollicitées à l'occasion de la rentrée scolaire par les familles.

#### Evolution en nombre et montant

ĺ						Tal Fine parties	
				Tanian		THE THE THE THE	
	Vestimentaires	1 083	11 011 271	1 489	16 253 910	1 629	16 892 816

Pour 2018, il est proposé de reconduire une enveloppe budgétaire égale à 25 000 000 XPF.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 25 000 000 XPF

#### 2) ALIMENTATION

65712000	ra di North Million	erandaniki (G. 2012a)	in our commentations are asset
Aides Alimentaires	30 000 000	21 000 000	30 000 000

Nos interventions se font sous forme de bons alimentaires en faveur des familles en situations difficiles : suite à une maladie, décès, séparation, incarcération, rupture brutale de revenus (ex : perte d'emploi) et surendettement des ménages.

#### Evolution en nombre et montant

					that the second	
Aides Alimentaires	270	15 019 463	258	1	279	21 072 086

Pour 2018, il est proposé de maintenir le budget à 30 000 000 XPF compte tenu du contexte socio économique toujours fragile.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018: 30 000 000 XPF

#### 3) AIDE À L'EQUIPEMENT MÉNAGER ET TECHNIQUE

65717100	100 March 1985	and Supering and S	
Aide à l'équipement			
ménager et technique	15 000 000	10 000 000	14 000 000

Il s'agit d'une aide octroyée au demandeur pour lui permettre d'acquérir du mobilier ou des appareils ménagers de première nécessité, tels que fours, réfrigérateurs, congélateurs, machines à laver, lits, matelas, tables, chaises, armoires et garde-manger dans le cadre de l'amélioration du cadre de vie des familles mais aussi dans le cadre de la prévention des risques d'accident domestique. Notre participation s'étend aussi aux dégâts des eaux et incendies.

L'aide à l'équipement technique (ex : achat de machines à coudre, outils de jardinage, etc.) est également proposée afin d'accompagner le demandeur dans un projet d'activité économique.

#### Evolution en nombre et montant

		中国第一级	2	ii Esperante		2016
		montant .		montant :	T. T. T. T.	montant
Aide à l'équipement	84	5 781 775	92	6 705 007	137	10 619 752
ménager et technique			1.0			

Pour 2018, il est proposé de retenir un budget à 14 000 000 XPF.

#### PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018: 14 000 000 XPF

#### 4) <u>AIDE AU LOGEMENT</u> (657 173)

65717300	es suoiva voives	MATERIAL SPICE PROPERTY.	Store and the Control of the
Aide au logement	17 000 000	10 000 000	15 000 000

Cette aide s'adresse à des familles qui s'installent ou qui sont déjà dans des logements en location privée. Dans le cadre de leur installation, les familles doivent faire face à des frais de caution et d'agence qu'ils ne peuvent pas supporter. De ce fait, la CPS contribue aux paiements des premiers loyers.

Ces familles peuvent également rencontrer des difficultés ponctuelles liées à une perte de revenus inopinée (maladie, sinistre, licenciement, évacuation sanitaire, deuil.)

#### **Evolution en nombre et montant**

a Libelle		2014	2	015		2016
	TO HOUSE	and the same of th		Thich and		
Aide au logement	55	7 759 116	43	6 974 453	45	6 327 442

Le partenariat avec l'Agence Immobilière Sociale (AIS) se poursuit depuis 2013 pour permettre ainsi à des familles en accompagnement de pouvoir prétendre à une aide plus étalée dans le temps. Ce partenariat s'est renforcé en 2017 avec une quarantaine de familles en accompagnement social.

#### Pour 2018, il est proposé de retenir un budget à hauteur de 15 000 000 XPF.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018: 15 000 000 XPF

#### 5) FRAIS DE GARDE (657 203)

65720300			in order and in The State of the
Frais de garde	20 000 000	19 000 000	20 000 000

Il s'agit essentiellement de prise en charge des frais de garderie des enfants (en journée pour les bébés et en périscolaire pour les enfants scolarisés) du fait de la situation salariée des parents.

#### Evolution en nombre et montant

Frais de Garde	90	13 903 650	67	10 069 619	70	10 425 168
		novi nice	Transfer of the second		17.5元前20	
STATE OF STATE		ary.				20110

Il est proposé de retenir un budget de 20 000 000 XPF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 20 000 000 XPF

#### 6) BOURSES DE FORMATION DE CADRES DE CENTRES DE VACANCES

65723000		Added to the South	
Bourse de formation			
des animateurs	2 000 000	2 000 000	2 000 000

#### Evolution en nombre et montant

	SONE OF THE PARTY.		i de district		12.00	
	No fine				Office and the second	essant hemselves
Bourse de formation	65	874 800	-			
des animateurs	65	674 600	48	655200	82	1 224 000

Il s'agit de permettre aux jeunes mais aussi aux adultes salariés, de bénéficier d'une aide pour couvrir des frais de formation d'animateurs ou directeurs de centres de vacances.

Périodes de formation

Petites vacances scolaires

Montant bourse de formation

1 800 FCFP/jour

Demi-bourse

900 FCFP/jour

Il est proposé de maintenir le budget à 2 000 000 XPF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018: 2 000 000 XPF

#### 7) PRISE EN CHARGE DES FRAIS DE DEMI-PENSION ET PENSION

65730100			
Frais de Pension	4 000 000	1 000 000	4 000 000
et Demi-Pension	4000000	1 000 000	4 000 000

Cette rubrique concerne essentiellement des collégiens et lycéens des îles qui sont obligés de poursuivre leur cursus scolaire à Papeete et qui nécessitent un hébergement sur place. Pour ces enfants, les familles relais sur Papeete sont inexistantes ; de même, on observe une pénurie de places vacantes en internat.

Le prix moyen de la pension est de 30 000 XPF par mois. Les demandes sont traitées au cas par cas suivant les besoins des familles et de la réussite scolaire de l'étudiant.

#### Evolution en nombre et montant

garage and a property of				40 <u>6</u> 66 234		2016-38
	Tombe	montant	Lamine		Voiding	Jushon
Frais de Pension						
et Demi-Pension	7	645 880	9	913 600	15	802 969

Il est proposé de reconduire un budget de 4 000 000 XPF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 4 000 000 XPF

#### 8) FRAIS DE SCOLARITE ET VOYAGE D'ETUDIANTS

65731000	STREET,	PAUGITSPHS2017	Proposition stoles 2.002
Frais de Scolarité et			
Voyages d'Etudiants	5 000 000	2 000 000	5 000 000

Les voyages linguistiques permettent aux jeunes de parfaire la langue du pays vers lequel ils s'orientent. Ces derniers ont été sélectionnés parmi les plus méritants et issus de familles les plus modestes. Les périodes de prise en charge concernent les vacances scolaires de Juillet /Août ou celles de décembre. Notre partenaire principal pour la langue anglaise est la FAPELEC (destination Nouvelle-Zélande).

Suite au décès brutal du référent néozélandais en mai 2016, le voyage de juillet 2016 a été annulé. Pour 2017, nous sommes informés que l'association FAPELEC rencontre de grosses difficultés financières et ne pourra assurer l'organisation de voyages en 2017. Le partenariat avec la FAPELEC est précaire ; il faudra donc rechercher d'autres partenariats pour 2018.

Compte tenu des nouvelles filières ouvertes ces dernières années dans les établissements scolaires professionnels, nous souhaitons nous adapter dans la prise en charge des enfants amenés à voyager pour parfaire une langue dans le cadre de leur cursus scolaire. L'objectif étant de faciliter dans le futur leur insertion professionnelle. Ce dispositif a été ouvert sur le budget 2017. Pour le premier semestre 2017, 11 enfants ont pu bénéficier de cette aide pour un montant total de 898 628 XPF.

#### Evolution en nombre et montant

					The second secon	
	te de la companya de		and the second	200 (1993) (1994) (1994) (1994) 201 (1994) (1994) (1994) (1994) (1994) (1994)		
Frais de Scolarité et			× .			
Voyages d'Etudiants	6	1 290 001	13	2 812 500	0	0

Un maintien de l'enveloppe budgétaire de 5 000 000 XPF est sollicité pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 5 000 000 XPF

#### 9) SUBVENTIONS DIVERSES INSTITUTIONS SOCIALES

65734000			
Subventions à Diverses			
Institutions Sociales	40 000 000	40 000 000	40 000 000

Pour 2017, cette rubrique a concerné :

1) La subvention au Centre d'Accueil de l'Enfance "Te Maru Pererau", propriété de la C.P.S, d'un montant de 33 598 395 XPF.

Le directeur de ce centre sollicite pour 2018 une subvention de **34 608 478 XPF**, soit une augmentation de + 3 % liée à la mise aux normes du temps de travail (temps de pause) des personnels éducatifs suite à une intervention syndicale et consultation de l'inspection du travail.

Aussi, à compter de la rentrée scolaire 2017//2018, l'embauche d'un personnel éducatif supplémentaire sera nécessaire. Par ailleurs, le centre a pris la décision de baisser les effectifs de 30 à 24 enfants, et de 3 dortoirs à 2 dortoirs pour pouvoir conserver un budget de fonctionnement équilibré.

2) La subvention à la Délégation de la Croix-Rouge de Polynésie, d'un montant de 3 944 421 XPF pour le projet de création d'un espace d'accueil pour les personnes âgées semi autonomes. Au 31/08/2017, les première et deuxième tranches de subvention ont été payées pour un montant de 2 563 873 XPF (soit 65 % de la subvention).

#### Evolution en nombre et montant

institutions sociales	1	35 578 049	1	35 852 524	1	33 946 287
Subventions à diverses					, .	
in the first of the second		( ) V ( ) V ( ) Service ( ) Se		200		

Il est proposé de fixer le budget 2018 à hauteur de 40 000 000 XPF.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 40 000 000 XPF

#### 10) SECOURS D'URGENCE

65724000				
Secours d'urgence	30 000 000			
Subvention du pays	55 000 000	65 000 000	30 000 000	
Téal	35000000	e e		

Certaines situations familiales nécessitent une intervention rapide du service social. Des bons alimentaires et/ou vestimentaires peuvent être délivrés immédiatement en cas de sinistre, rupture de revenus, deuil.

Il s'agit essentiellement d'urgence en besoin alimentaire en cas de perte ou baisse des revenus familiaux. Ce type d'aides permet également de répondre en urgence à des besoins et à la détresse des familles suite à des sinistres ou catastrophes naturelles.

Pour 2017, 3 sinistres dus aux intempéries de janvier à mars 2017 ont entrainé une consommation importante de cette ligne budgétaire. L'enveloppe prévue pour 2017 de 30 MF a été rapidement consommée.

Le Pays s'était engagé, au titre de la solidarité pour l'ensemble de la population, à voter un collectif budgétaire afin de couvrir les dépenses engagées par le FASS suite à ces sinistres. Une subvention exceptionnelle de 55 MF a donc été versée par le Pays, permettant d'abonder l'enveloppe budgétaire à hauteur de 85 MF.

#### Evolution en nombre et montant

<u>l [bel</u> ]ê		2014		2015		2016
Secours d'Urgence	Nombre 217	montant 4 213 712	Nombre 424	montant 13 276 193	Nombre 208	12 051 816

Il est proposé de retenir un budget de 30 000 000 XPF pour 2018, hors situation exceptionnelle.

#### 11) <u>INTERVENTIONS DIVERSES</u>: (657 252)

65725200	Budget 2017		Proposition Budget 2018
Interventions Diverses	17 000 000	2 000 000	9 000 000

Globalement, cette rubrique s'adresse à des dépenses non prévues par ailleurs.

A titre d'exemples, il s'agit de :

- · financement de projets d'animation,
- prise en charge de projet d'activité extrascolaire culturelle, danse, musique,
- prise en charge de la participation familiale aux bourses de vacances, dans le cadre d'accompagnement social,
- prise en charge de fournitures scolaires et assurance scolaire, pour les familles non bénéficiaires du complément Familial.

Ces interventions sont très utiles dans le cadre de projets négociés avec les familles ou les partenaires sociaux.

#### Evolution en nombre et montant

		anton mate Tallogo in d					
							Addition the second of the sec
Interventions Diverse	s	70	3 029 150	58	2 716 378	60	3 880 666

Il est proposé de retenir un budget de 9 000 000 XPF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018: 9 000 000 XPF

\*\*\*\*\*

**AIDES SANITAIRES: 46 MF** 

#### 1) PROTHÈSES

6571100	2017 E 1187.017 A 1		Proposition and the second
Prothèses	25 000 000	7000000	30000000

Cette rubrique s'adresse aux familles non retraitées ne pouvant faire face aux dépenses liées au port de lunettes, prothèses dentaires, prothèses auditives, etc.

Cette rubrique permet ainsi d'attribuer une aide aux familles les plus démunies qui ne peuvent faire face au reste à charge des frais médicaux et d'appareillages notamment l'appareillage lourd pour lequel le niveau de remboursement a diminué compte tenu de la mise en place de tarifs de responsabilité par la loi du pays n° 2013-1 du 14 janvier 2013.

#### Evolution en nombre et montant

	Prothèses	17	1 037 439	23	1 663 902	14	820 582
,					*		

La consommation de ce budget a été faible depuis le début de l'année. Un partenariat avec la DAS et les fournisseurs pour simplifier le processus d'octroi des aides a été mis en place, avec notamment la réforme de la prise en charge de l'apnée du sommeil à 70 % depuis le 15/04/2017.

Suite à la mise en place de ce dispositif et suite à la facilité des démarches administratives, une augmentation du nombre de bénéficiaires a été constatée. A ce jour nous avons traité une trentaine de demandes. La consommation de cette ligne risque donc d'être plus importante à l'avenir.

Il est proposé, pour 2018, d'augmenter le budget à 30 000 000 XPF.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 30 000 000 XPF

#### 2) SECOURS D'URGENCE EVASAN

65724000			
secours d'urgence			
evasans	5 000 000	5 000 000	5 000 000

Une enveloppe de 5 000 000 XPF sera dédiée exclusivement à des secours d'urgence liés à des situations d'évacuation sanitaire.

#### Evolution en nombre et montant

	4. 12.2 (12.2)	317		2015		21:15
			none.			N. Carl
secours d'urgences						
evasan	113	5 242 509	119	5 374 515	97	4 133 245

Pour 2018, il est proposé de retenir un budget de 5 000 000 XPF.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 5 000 000 XPF

#### 3) INTERVENTIONS DIVERSES:

65725200	Budget 2017	73.00 July 55 5 13 2 11 7 3	Proposition Budget 2018
1. 1. 1. 1. 1. 1.			
Interventions Diverses	5 000 000	2 000 000	11 000 000

Globalement, cette rubrique s'adresse à des dépenses non prises en charge par l'assurance-maladie.

A titre d'exemples, il s'agit de la prise en charge des frais non pris en charge par l'Assurance Maladie ou partiellement remboursés (pharmacie, kinésithérapie, orthodontie). A ce titre, une enveloppe de 11 000 000 XPF sera affectée exclusivement à ce type d'interventions.

Une augmentation de cette enveloppe est attendue pour 2018, compte tenu d'une meilleure information et d'un meilleur accompagnement des assurés par le service social de la CPS pour l'accès aux prestations sanitaires qui sont envisagés dans le cadre du projet de service que la CPS souhaite mettre en place.

#### Evolution en nombre et montant

Interventions Diverses	70	3 029 150	2 716 378	60	3 880 666
					Beating in the
			20.67		7016 Same
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		4			

Il est proposé de retenir un budget de 11 000 000 XPF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018: 11 000 000 XPF

#### PRESTATIONS EXTRA-LEGALES: 1 532 MF

Dans cette partie, sont traitées les aides attribuées sous condition de ressources à l'exception de la participation aux cantines scolaires, sans enquête sociale. Il s'agit des prestations suivantes:

- 1) le complément Familial (CF) versé en nature ;
- 2) l'allocation de rentrée scolaire (ARS) attribuée pour partie en nature sous forme d'une prise en charge de l'assurance scolaire, et pour partie en numéraires ;
- 3) une participation financière pour les cantines scolaires en faveur de tous les enfants scolarisés relevant du RGS déjeunant à la cantine scolaire, sans condition de ressources.
- 4) les bourses de vacances, versées en nature ;
- 5) la participation aux programmes de loisir éducatif en internat (PLEI), versée en nature.

Pour rappel, depuis le 1er janvier 2010, les moyennes économiques sont déterminées comme suit :

- ≤à1300 F

attribution de la totalité des aides dans la limite des tarifs

plafonnés;

- de 1 301 F à 1 400 F :

attribution des aides à raison de 50 % pour chacune desdites aides, à l'exception des frais de cantine scolaires pris en charge à 100 % dans la limite des mêmes tarifs

plafonnés depuis janvier 2016.

Les aides attribuées en nature sont affectées directement aux prestataires pour le compte des enfants éligibles à ces aides.

#### 1) LE COMPLEMENT FAMILIAL

Budget 2017	Atterrissage 2017	Proposition budget 2018	
730 MF	700 MF	725 MF	

#### Tableau d'évolution des engagements

2014		2015		2016	
Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
18 751	662 588 177	19 447	688 526 409	18 446	657 730 641

Il est proposé d'ajuster le budget à 725 MF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 725 000 000 XPF

### 2) L'ALLOCATION DE RENTREE SCOLAIRE (ARS)

Pour rappel, depuis la rentrée 2009/2010, l'aide est versée aux familles bénéficiaires du complément familial, pour partie en nature sous forme d'une prise en charge de l'assurance scolaire, et pour partie en numéraires. Le montant par enfant de cette allocation, hors assurance scolaire, est fixé comme suit :

enfants moins de 6 ans
 de 6 ans à moins de 12 ans
 de 12 ans à moins de 16 ans
 de 16 ans à 21 ans
 5 000 F
 8 000 F
 12 000 F
 16 000 F

Le montant de l'aide relative à l'assurance scolaire est de 1 800 F/enfant bénéficiaire. Cette aide est versée directement au prestataire.

-	Budget 2017	Atterrissage 2017	Proposition budget 2018
	182 MF	185 MF	188 MF

### Tableau d'évolution des engagements

	2014		2015		2016
Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
16 063	177 281 500	15 605	174 489 300	17 028	187 556 500

A fin 2016, on constate une augmentation de 1423 enfants, soit 9%.

Il est proposé de porter le budget à 188 MF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 188 000 000 XPF

### 3) PARTICIPATION AUX CANTINES SCOLAIRES

Pour rappel, la participation de la CPS au titre des aides pour les cantines scolaires est fixée comme suit depuis janvier 2013 :

- 85 F par repas à Tahiti
- et 95 F par repas dans les îles.

Elle est attribuée sans conditions de ressources.

Budget 2017	Atterrissage 2017	Proposition Budget 2018
480 MF	475 MF	479 MF

### Evolution en nombre et en montant

	2014		2015		2016
Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
34 925	468 258 962	35 390	477 772 356	34 877	464 812 893

NS 7959

Pour 2016, le nombre d'enfants déjeunant à la cantine scolaire est relativement stable par rapport à 2015.

Il est proposé de fixer le budget à 479 MF pour 2018.

### PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 479 000 000 XPF

### 4) BOURSES DE VACANCES

A titre de rappel, le tableau ci-dessous récapitule les montants journaliers des bourses et demi-bourses de vacances :

Nature du centre	Bourse	Demi-bourse			
Camps et Colonies (avec hébergement)	2 000 F	1 000 F			
C.L.S.H (sans hébergement)	1 500 F	750 F			
Enfants sous AE "assistance éducative"					
Camps et Colonies (avec hébergt)	2 500 F	1 250 F			
C.L.S.H (sans hébergement)	2 000 F	1 000 F			

Budget 2017	Atterrissage 2017	Proposition Budget 2018
135 MF	130 MF	135 MF

### Evolution en nombre et en montants

2014			2015		2016
Nombre*	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
2 559	87 763 756	2 970	107 803 782	3 155	121 536 107

Il est proposé de reconduire le budget de 135 MF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 135 000 000 XPF

### 5) PROGRAMME DE LOISIRS EDUCATIFS EN INTERNAT (PLEI)

La prise en charge des frais issus de ce dispositif est effective depuis début 2007. Le PLEI est essentiellement encadré par 4 organismes de centres de vacances : CEMEA, FOL, CPCV et ARII HEIVA RAU.

Il s'adresse aux élèves internes des archipels scolarisés aux Tuamotu, aux Australes et à Tahiti.

Budget 2017	Atterrissage 2017	Proposition Budget 2018
5 MF	5 MF	5 MF

### Evolution en nombre et en montants

	2014		2015		2016
Nombre	Montant	Nombre	Montant	Nombre	Montant
199	5 MF	224	5 MF	221	5 MF

Il est proposé de reconduire le budget de 5 MF pour 2018.

PROPOSITION POUR LE BUDGET 2018 : 5 000 000 XPF

### TOTAL DES AIDES DU FONDS D'ACTION SOCIALE, SANITAIRE ET FAMILIAL

**POUR 2018:** 

- AIDES SOCIALES

194 000 000 XPF

- AIDES SANITAIRES

ė

46 000 000 XPF

- PRESTATIONS EXTRA-LEGALES :

1 532 000 000 XPF

TOTAL GENERAL: 1772 000 000 XPF

Le Sous-directeur en charge des prestations de la PSG,

Jean JISSANG

TABLEAU RECAPTIULATIF ATTERRISSAGE DU BUDGET FASS 2017 ET PROJET DE BUDGET FASS 2018	F ATTERRISSAGE DU	J BUDGET FASS 2017	ET PROJET DE BUD	GET FASS 2018	
		RC	RGS		A. S.
	BUDGET VO'TE 2017	Subvention exceptionnelledn Pnys	Budget 2017 modifié	ATTERRISSAGE	PROJET BUDGET
				2017	2018
	ICITY	AIDES SOCIALES			
Vestimentaires et changes	25 MF		25 MF	19 MF	25 MF
Alimentation	30 MF		30 MF	21 MF	30 MF
Aide à l'équipement ménager et technique	15 MF		13 MF	10 MF	14 MF
Aide nu logement	17 MF		17 MF	10 MF	IS MF
Fruis de garde	20 MF		20 MF	IP MF	20 MF
Bourses de formation de cadres de centres de vacances	⊒ MF		2 MF		2 MF
Secours d'urgence	30 MF	55 MF	85 MF	65 MF	30 MF
Interventions Diverses	17 MF		17 MF	2 MF	9 MF
Prixe en charge des frals de demi-pension et de pension	4 MF	-	4 MF	1 MF	4 MF
Voynges linguistiques	S MF		5 MF	2 MF	5 MF
Subventions diverses institutions sociales	40 MF		40 MF	40 MF	40 MF
SOUS-TOTAL AIDES SOCIALES	205 MF	JIN SS	260 MF	191 MF	194 MF
	AIDES	AIDES SANITAIRES			
Prothèses	25 MF		25 MF	7 MF	30 MF
seconts d'urgence évasan	5 MF		5 MF	5 MF	5 MF
interventions diverses prestations santé	5 MF		5 MF	2 MF	11 MF
SOUS-TOTAL AIDES SANITAIRES	35 MF	0 MF	35 MF	14 MF	46 MF
	PRESIDATION	PRESTATIONS/FXTIRATERGADES			
Complément familial (CF)	730 MF		730 MF	700 MF	725 MF
Allocation de rentrée scolaire (ARS) + MAE	182 MF		182 MF	185 MF	188 MF
Frak de cantines scolaires	480 MF		480 MF	475 MF	479 MF
Participation aux colonies de vacances	135 MF		135 MF	130 MF	135 MF
Programme de loisirs éducatifs en internat	5 MF		5 MF	S MF	5 MF
SOUS-TOTAL PRESTATIONS EXTRACTEGATES	1 532 MF		1 532 MF	1 495 MF	1 532 MF
TOTAUX	1 772 MF	55 MF	1 827 MF	1 700 MF	1 772 MF

ARRETÉ N° 980 CM DU 24 JUILLET 2015 RELATIF A LA DÉNOMINATION, AUX MISSIONS ET A L'ORGANISATION DE LA DÉLÉGATION DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE

ARRETE n° 980 CM du 24 juillet 2015 relatif à la dénomination, aux missions et à l'organisation de la délégation de la Polynésie française à Paris.

NOR : DPF1500960AC

Le Président de la Polynésie française,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 676 PR du 16 septembre 2014 modifié portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions:

Vu la délibération n° 2000-132 APF du 9 novembre 2000 fixant les principes de déconcentration de l'administration de la Polynésie française, ensemble les textes pris pour son application :

Vu la délibération n° 85-1064 AT du 16 juillet 1985 modifiée, créant un service territorial dénommé "service de la délégation de la Polynésie française";

Vu la réunion d'information du personnel en date du  $26 \ \mathrm{mai} \ 2015$  ;

Vu l'avis de la direction de la modernisation et des réformes de l'administration n° 194-15 PR/DMRA en date du 2 juillet 2015 ;

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 22 juillet 2015,

### Arrête :

Article 1er. - Dénomination

L'article 1<br/>er de la délibération n° 85-1064 AT du 16 juillet 1985 est rédigé ainsi qu'il suit :

"Est créé un service de la Polynésie française dénommé "délégation de la Polynésie française à Paris"."

Art. 2.— Objet et missions

La délégation de la Polynésie française à Paris exerce une compétence générale en matière de représentation de la Polynésie française en France métropolitaine et en Europe.

A cet effet, elle est chargée :

- d'être le représentant du Président de la Polynésie française, du vice-président et de chacun des ministres auprès des autorités de l'Etat et de l'Union Européenne à Paris :
- de suivre les relations du gouvernement de la Polynésie française avec les autorités nationales et européennes ;
- d'être le relais de l'action de l'administration de la Polynésie française à l'égard des administrations de l'Etat et de l'Union européenne;
- d'assister les personnalités en mission auprès des institutions nationales et européennes;
- de mettre en valeur les atouts économiques et culturels de la Polynésie française, promouvoir son image et encourager les investissements.

 de faire le lien avec les membres de la communauté polynésienne en métropole et les assister dans leurs formalités.

Art. 3. - Siège

Le siège du service est situé à Paris.

Art. 4. — De la direction

La direction est composée d'un chef de service et d'un secrétariat. Peuvent y être rattachés des chargés de missions et des chargés d'études.

### Art. 5.— Dispositions relatives au chef de service

Dans le cadre des missions qui sont assignées à la délégation de la Polynésie française à Paris, le chef de service prend les dispositions utiles pour que leur exécution soit assurée. Il rend compte au Président de la Polynésie française de l'activité de son service.

Il exerce l'autorité hiérarchique sur les personnes affectées au service.

Il exerce à leur égard le pouvoir disciplinaire et de notation, selon les dispositions de la réglementation particulière en vigueur et compte tenu de la délégation de signature dont il dispose.

### Art. 6.— De l'organisation de la délégation

Outre la direction, la délégation de la Polynésie française à Paris est organisée comme suit :

- a) Le bureau de l'administration, des finances et des moyens généraux ;
- b) Le bureau de la promotion et de la communication ;
- c) Le bureau de soutien à la communauté des Polynésiens en France métropolitaine.

### Art. 7.— Dispositions relatives aux bureaux

a) Le bureau de l'administration, des finances et des moyens généraux est chargé du budget, des ressources humaines, de la comptabilité, de la logistique et de l'informatique de la délégation.

Il est également gestionnaire des allocations de la Polynésie française attribuées aux étudiants polynésiens en métropole.

Enfin, il assure l'organisation logistique des missions des personnalités de la Polynésie française.

Il veille au suivi et à l'entretien des biens mobiliers et immobiliers de la Polynésie française en France métropolitaine.

b) Le bureau de la promotion et de la communication est chargé d'organiser des événements de promotion ou d'animation.

Il est chargé de l'information du public et de l'accueil des investisseurs.

c) Le bureau de la communauté polynésienne est chargé d'assister les Polynésiens en France métropolitaine dans les formalités qu'ils ont à accomplir.

### Art. 8. — Désignation des responsables

Les responsables des bureaux sont désignés par note de service du chef de service.

Ces responsables rendent compte au chef de service, chacun en ce qui le concerne, des actions dont ils ont la charge.

Ils exercent l'autorité hiérarchique vis-à-vis des personnels qui leur sont subordonnés.

### Art. 9.— Situation des effectifs

Les postes ouverts au service de la délégation de la Polynésie française, à la date du présent arrêté, font l'objet d'une ventilation entre la direction et les différents bureaux du service par note de service du chef de service.

 ${
m Art.}$  10.-  ${
m Note}$  interne d'organisation et de fonctionnement du service

Des notes du chef de service précisent les dispositions d'organisation fixées par le présent arrêté ainsi que, le cas échéant, celles nécessaires pour assurer le fonctionnement régulier du service.

- Art. 11.— Dans tous les textes réglementaires, la référence à la délégation de la Polynésie française à Paris se substitue à la référence au "service de la délégation de la Polynésie française" et à celle de la "délégation de la Polynésie française".
- Art. 12.— L'arrêté n° 867 CM du 27 juin 2013 portant création et organisation de la "délégation de la Polynésie française à Paris" et l'arrêté n° 1162 FT du 10 mars 1980 portant création d'un centre de sous-ordonnancement à Paris, sont abrogés.
- $\operatorname{Art.} 13.-\operatorname{Le}$  présent arrêté sera publié au Journal officiel de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 24 juillet 2015. Edouard FRITCH.

ARRETE n° 982 CM du 24 juillet 2015 approuvant l'attribution d'une subvention de fonctionnement en faveur de la Fédération polynésienne de golf pour l'organisation de la 31e édition de l'Open international de golf de Tahiti du 22 au 28 juin 2015.

NOR: SJS1520224AC-1

Le Président de la Polynésie française,

Sur le rapport du ministre de la jeunesse et des sports, chargé des relations avec l'assemblée de la Polynésie française et le Conseil économique, social et culturel,

Vu la loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 modifiée portant statut d'autonomie de la Polynésie française, ensemble la loi n° 2004-193 du 27 février 2004 complétant le statut d'autonomie de la Polynésie française ;

Vu l'arrêté n° 676 PR du 16 septembre 2014 modifié portant nomination du vice-président et des ministres du gouvernement de la Polynésie française, et déterminant leurs fonctions ;

Vu la loi du pays n° 2009-15 du 24 août 2009 modifiée définissant les conditions et critères d'attribution des aides financières et d'octroi des garanties d'emprunt aux personnes morales autres que les communes ;

Vu la délibération n° 2014-125 APF du 5 décembre 2014 modifiée approuvant le budget général de la Polynésie française pour l'exercice 2015;

Vu l'arrêté n° 691 CM du 17 mai 2010 modifié portant application de la loi du pays n° 2009-15 du 24 août 2009 définissant les conditions et critères d'attribution des aides financières et d'octroi des garanties d'emprunt aux personnes morales autres que les communes ;

Vu la demande d'une subvention de fonctionnement de la Fédération polynésienne de golf pour l'exercice 2015 en date du 20 février 2015 ;

Vu la lettre 2879 PR du 19 mai 2015 adressée au président de l'assemblée de la Polynésie française déclarant l'urgence et réceptionnée par l'assemblée de la Polynésie française le 19 mai 2015;

Vu l'avis de la commission de contrôle budgétaire et financier n° 79-2015 CCBF/APF du 26 mai 2015 ;

Le conseil des ministres en ayant délibéré dans sa séance du 22 juillet 2015,

### Arrête :

Article 1er. — Est approuvée l'attribution d'une subvention de fonctionnement de dix millions de francs CFP (10 000 000 F CFP) en faveur de la Fédération polynésienne de golf pour financer l'organisation de la 31e édition de l'Open international de golf de Tahiti du 22 au 28 juin 2015.

- Art. 2.— La dépense est imputable au budget général de la Polynésie française au sous-chapitre 97106, article 6574, centre de travail 8240-F.
- Art. 3.- Le versement de la subvention s'effectuera selon les modalités suivantes :
- une 1re de 50 %, soit cinq millions de francs CFP (5 000 000 F CFP), à compter de la publication au Journal officiel de la Polynésie française;
- le solde de 50 %, soit cinq millions de francs CFP (5 000 000 F CFP), sur présentation des pièces justificatives de la 1re fraction perçue.
- Art. 4.— La Fédération polynésienne de golf s'engage à produire les pièces justificatives du solde de 50 % auprès de la direction de la jeunesse et des sports, attestant de l'utilisation de cette subvention dans le cadre du projet présenté dans un délai de six mois à compter du versement de ce dernier.
- Art. 5.— A défaut de justificatifs ou dans le cas où la subvention aurait reçu une destination n'entrant pas dans le cadre des actions citées à l'article 1er, un ordre de recette sera établi pour le remboursement de tout ou partie de cette aide.
- Art. 6.— Le vice-président, ministre du budget, des finances et des énergies et le ministre de la jeunesse et des sports, chargé des relations avec l'assemblée de la Polynésie française et le Conseil économique, social et culturel, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié la Fédération polynésienne de golf et publié au Journal officiel de la Polynésie française.

Fait à Papeete, le 24 juillet 2015. Edouard FRITCH.

# AVENANT N° 1 A LA CONVENTION POUR L'ORGANISATION DU « NOËL DES PATIENTS » A PARIS ET A AUCKLAND ENTRE LA CAISSE DE PRÉVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE ET LA FÉDÉRATION A TAUTURU IA NA





# AVENANT N° 1 à la CONVENTION

# **POUR L'ORGANISATION DU**

# « NOEL DES PATIENTS » A PARIS ET A AUCKLAND

# entre

- la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française
- La Fédération A TAUTURU IA NA

### **ENTRE:**

# LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE,

en tant qu'organisme de gestion :

- du Régime des Salariés,
- du Régime des Non-Salariés,
- du Régime de Solidarité de la Polynésie française,

ci-après dénommée «la Caisse » ou « C.P.S. », représentée par sa Directrice par intérim, Mme Aline SUE, et représentée aux fins d'exécution des présentes par ses agences de PARIS et d'AUCKLAND, ci-après dénommées « AGENCE de la C.P.S.»,

d'une part,

### ET:

### La Fédération A TAUTURU IA NA

Domiciliée à PAPEETE

ci-après dénommée « la Fédération » représentée par son Président, Monsieur Patrice JAMET, et représentée aux fins d'exécution des présentes par les Associations A TAUTURU IA NA de PARIS et d'AUCKLAND, ci-après dénommées « l'Association »

d'autre part,

Etant préalablement précisé que l'opération annuelle **«Noël des patients»** constitue à la fois une action de solidarité engagée par l'ensemble de la communauté polynésienne et une occasion de réunir les professionnels impliqués dans la mise en œuvre du dispositif sanitaire en faveur des patients polynésiens et de leurs accompagnateurs familiaux.

CONVIENNENT DE L'AVENANT N° 1 A LA CONVENTION DU 03 NOVEMBRE 2006 DANS LES TERMES CI-APRES :



# Article 1 er. - L'article 1 « Du champ d'application de la convention » est modifié comme suit :

La Caisse de Prévoyance Sociale et la Fédération A TAUTURU IA NA conviennent de mettre en commun leurs moyens humains, matériels et financiers pour l'organisation de la traditionnelle fête annuelle du « Noël des patients » en faveur des patients en situation d'évacuation sanitaire à PARIS ou à AUCKLAND, au mois de décembre.

### Article 2 - L'article 2 « Du rôle de la CPS de PARIS » est modifié comme suit :

### « Du rôle de l'AGENCE DE LA CPS ».

L'agence de la CPS, en concertation avec l'Association, a en charge la recherche du site susceptible de pouvoir accueillir, au maximum :

- 350 personnes à PARIS
- 50 personnes à AUCKLAND

dans un cadre permettant une animation polynésienne (spectacle, orchestre, ...) et comportant un espace « cuisine » libre d'accès aux personnels de l'agence de la C.P.S. et aux membres de l'Association.

Le reste sans changement.

Fait à PAPEETE, le en deux (2) exemplaires originaux.

Pour la Fédération A TAUTURU IA NA.

Pour la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française,

RECTRICE par intérim,

a Directrice

LE PRESIDENT,

Patrice JAMET

10 100

# CONVENTION POUR L'ORGANISATION DU « NOEL DES PATIENTS » A PARIS

# entre

- la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française
- La Fédération A TAUTURU IA NA

### **ENTRE:**

# LA CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE,

en tant qu'organisme de gestion :

- du Régime des Salariés,
- du Régime des Non-Salariés,
- du Régime de Solidarité de la Polynésie française,

ci-après dénommée «la Caisse » ou « C.P.S. », représentée par son Directeur, Monsieur Alexandre LEONTIEFF, et représentée aux fins d'exécution des présentes par son agence de PARIS, ci-après dénommée « C.P.S. PARIS »,

d'une part,

### ET:

### La Fédération A TAUTURU IA NA Domiciliée à PAPEETE

ci-après dénommée « la Fédération » représentée par son Président, Monsieur Patrice JAMET, et représentée aux fins d'exécution des présentes par l'Association A TAUTURU IA NA PARIS, ci-après dénommée « l'Association »

d'autre part,

Etant préalablement précisé que l'opération annuelle « Noël des patients à Paris » constitue à la fois une action de solidarité engagée par l'ensemble de la communauté polynésienne et une occasion de réunir les professionnels impliqués dans la mise en œuvre du dispositif sanitaire en faveur des patients polynésiens et de leurs accompagnateurs familiaux.

IL EST CONVENU LES TERMES DE LA CONVENTION QUI SUIT.

### Article 1. - Du champ d'application de la convention

La Caisse de Prévoyance Sociale et la Fédération A TAUTURU IA NA conviennent de mettre en commun leurs moyens humains, matériels et financiers pour l'organisation de la traditionnelle fête annuelle du « Noël des patients » en faveur des patients en situation d'évacuation sanitaire à PARIS, au mois de décembre.

### Article 2. - Du rôle de la C.P.S. de PARIS

La C.P.S. de PARIS, en concertation avec l'Association, a en charge la recherche du site susceptible de pouvoir accueillir 350 personnes dans un cadre permettant une animation polynésienne (spectacle, orchestre, ...) et comportant un espace « cuisine » libre d'accès aux personnels de la C.P.S. de PARIS et aux membres de l'Association.

### Elle assure par ailleurs:

- Le choix du traiteur pour le plat principal, le dessert, les boissons ;
- les invitations des patients et accompagnateurs ;
- les invitations de ses partenaires ;
- l'organisation du transport des patients et des accompagnateurs agréés ;
- les demandes d'autorisation de sortie auprès des hôpitaux ;
- la fourniture et la confection des cadeaux aux patients ;
- la décoration florale du site.

### Article 3. - Du rôle de l'Association

### L'Association assure :

- les invitations de ses partenaires ;
- la préparation du plat d'entrée traditionnelle « poisson cru » et de son accompagnement (taro, bananes, fei...) ; en complément du repas traiteur ;
- l'animation musicale (chanteur, orchestre, danse, ...);
- la vente éventuelle de produits réalisés par l'association ;
- la participation à la confection et à l'emballage des cadeaux aux patients;
- la mise en place du sapin de Noël.

### Article 4. - Du financement

### La C.P.S. prend en charge :

- la location du site,
- la quote-part de ses invités « partenaires » au prix fixé par le traiteur ;
- la quote-part de ses invités « partenaires » par l'indemnisation de l'Association sur la base du prix fixé pour le poisson cru;

- le coût du repas « traiteur » des patients et accompagnateurs agréés ;
- le coût du poisson cru pour les patients et accompagnateurs agréés, par l'indemnisation de l'Association sur la base du prix fixé pour le poisson cru;
- l'achat des cadeaux et du nécessaire d'emballage.

### L'Association prend en charge :

- la fourniture, la mise en place et la décoration du sapin ;
- le coût du repas « traiteur » et du poisson cru des accompagnateurs non agréés;
- la quote-part de ses invités « partenaires » au prix fixé par le traiteur ;
- le poisson et son accompagnement ;
- l'animation (chanteur, orchestre, danse ...).

### Article 5. - De l'engagement des parties

Les parties s'engagent à respecter leurs obligations et à mettre tout en œuvre pour concourir à la réussite de la manifestation.

A ce titre, aucun désistement ne sera admis trois mois avant l'événement festif.

### Article 6. - De la prise d'effet de la Convention

La présente Convention est conclue pour l'organisation du Noël des patients qui aura lieu en décembre, à une date fixée d'un commun accord.

Une évaluation de la manifestation sera opérée au plus tard 2 mois après la date mentionnée ci-dessus. Suite à cette évaluation, les termes de la présente convention seront révisés si nécessaire.

Elle est renouvelable par tacite reconduction, d'année en année, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties, notifiée par lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout autre moyen certain de transmission, en respectant un préavis de trois (3) mois.

### Article 7. - De la résiliation de la Convention

La présente convention peut être résiliée à tout moment, à l'initiative de l'une ou l'autre des parties signataires, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par tout autre moyen certain de transmission, en précisant les motifs sur lesquels elle estime devoir fonder sa décision, en cas de violation grave et répétée des engagements conventionnels du fait de l'autre partie.

La résiliation ne prend effet qu'à l'échéance d'un préavis de trois (3) mois à compter de la date de sa notification.

### Article 8. - De la compétence du tribunal

Les parties signataires conviennent de faire leur possible pour résoudre à l'amiable toute contestation susceptible de résulter de l'interprétation, de l'exécution ou de la cessation de la présente convention.

A défaut, la présente convention sera soumise à la compétence exclusive des tribunaux de PAPEETE.

Fait à PAPEETE, le en deux (2) exemplaires originaux.

Pour la Fédération A TAUTURU IA NA,

Pour la Caisse de Prévoyance Sociale de la Polynésie Française,

LE PRESIDENT,

Patrice JAMET

LE DIRECTEUR,

lexandre LEONTIEFF

# GUIDE DE LA CPS SUR L'ÉVACUATION SANITAIRE EN NOUVELLE ZÉLANDE, ÉDITION 2011



Édition 2011 L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande Caisse de Prévoyance Sociale Te Fare Turuuta'a

# **NUMÉROS PRATIQUES**

# Guide

**L'évacuation sanitaire** en Nouvelle-Zélande

### Les services de la CPS en Polynésie française

si vous appelez de la Nouvelle-Zélande n'oubliez pas de composer le oo 689 avant tout numéro pour la Polynésie.

Service EVASAN	Tél.	41 68 50 41 68 52	Fax 41 68 51 evasan-inter@cps.pf
Le bureau social du Service EVASAN	Tél. ou	41 68 53 41 68 54	Fax 41 68 51 evasan-inter@cps.pf
Service contrôle médical	Tél.	41 68 20	Fax 45 01 34



### L'agence de la CPS à Auckland

l. 00 64 9 522 14 10
x 00 64 9 522 14 09

### Adresse postale : P.O.Box 26415 Epsom – Auckland – Nouvelle-Zélande

Secrétariat	Mme Maryse TEMATUA	Tél. 021 54 57 08 mtematua@cpsevacuation.co.nz
Visiteuse des patients	Mme Blondine WHITEHEAD	Tél. 027 48 30 671 bwhitehead@cpsevacuation. co.nz

### **Autres numéros**

Association A Tauturu Ia Na NZ	Mme Mataina MAOATE			267 07 94 21 14 90 232 e@gmail.com
Fédération A Tauturu la Na Tahiti	Président : M. Patrice JAMET		Tél. Fax	43 60 10 43 57 69
Europ Assistance Océanie de Papeete	Tél.	50 78 50	Fax	50 78 51

# **SOMMAIRE**

VOUS DEVEZ ÊTRE ÉVASANNÉ Votre médecin vous informe que vous devez être évasanné Demandez à votre médecin	4	Sommaire
LES PRESTATIONS DE LA CPS LORS DE VOTRE ÉVACUATION SANITAIRE Pour le patient Pour l'accompagnateur pris en charge par la CPS Pour l'accompagnateur non pris en charge par la CPS	5	
SOINS ET SERVICES La prise en charge de l'hébergement en pension complète Frais de transport terrestre en soins extrahospitaliers Permission et changement de centre de soins La prise en charge en assurance maladie des indemnités journa Le visa	6 alières	
<b>VOTRE DÉPART</b> Préparez vos bagages Préparez vos vêtements	9	
VOTRE ARRIVÉE Accueil à Auckland Comment rester en contact avec votre famille ? Votre argent Vos déplacements Les services CPS à Auckland	12	
<b>L'ACCOMPAGNATEUR FAMILIAL</b> Votre présence à Auckland  L'accompagnateur familial pris en charge par la CPS  L'accompagnateur familial non pris en charge par la CPS	19	
VOTRE RETOUR AU FENUA	22	Guide gratuit téléchargeable
LEXIQUE FRANÇAIS / TAHITIEN / ANGLAIS	24	sur www.cps.pf Directeur de publication: La Caisse de Prévoyance Sociale Édition mars 2011 Ce document ne se substitue pas à la documentation officielle

# VOUS DEVEZ ÊTRE ÉVASANNÉ VOTRE MÉDECIN VOUS INFORME

### Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

### > Votre médecin vous informe que vous devez être évasanné

L'évacuation sanitaire est une offre de soins proposée au patient par le médecin traitant, lorsque les soins ne sont pas réalisables dans le Pays par manque d'infrastructures, de services et/ou de moyens adaptés à sa pathologie.

> Votre évacuation sanitaire est prise en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) dans les conditions prévues par votre régime d'affiliation (régime des salariés, des non salariés et de solidarité, ENIM et Sécurité Sociale).

### > Demandez à votre médecin :

- La durée approximative du traitement,
- Des renseignements sur les différents traitements que vous suivez et allez suivre,
- De prévoir, si vous êtes salarié, un arrêt de travail (ou la prolongation d'un arrêt de travail) à compter de la date de départ de l'evasan, et de le faire parvenir au service Assurance maladie de la CPS et à votre employeur,
- Tous les documents médicaux vous concernant (radiographies, scanner, lames,...)



## LES PRESTATIONS DE LA CPS LORS DE VOTRE ÉVACUATION SANITAIRE

Selon votre situation et le régime auquel vous êtes affilié(e), vous pouvez bénéficier de prestations.

Quels sont les frais pris en charge en rapport avec votre évacuation sanitaire ?

### > Pour le patient

- Les frais liés à l'hospitalisation, aux soins externes (radiothérapie, kinésithérapie, ...);
- Le billet aller-retour du patient ainsi que les transferts entre l'aéroport et le lieu d'hébergement ou d'hospitalisation;
- L'hébergement en pension complète si vos soins sont effectués en externe;
- Les transports terrestres entre le lieu d'hébergement et le lieu de soins ou d'examens;
- Le rapatriement de la dépouille mortelle en cas de décès du patient par voie aérienne.

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins en structure hospitalière privée ou publique ne sont pas pris en charge par la CPS, et restent à la charge du patient.



### Pour l'accompagnateur pris en charge par la CPS

d'un enfant de moins de 16 ans (18 ans sous dérogation)

- le billet aller-retour de l'accompagnateur pris en charge;
- l'hébergement en pension complète;
- le transport terrestre entre le lieu d'hébergement et le lieu de soins pour un accompagnateur agréé pris en charge par la CPS, uniquement d'enfant de moins de 18 ans.

### d'un adulte

Selon une évaluation médico-socioéconomique, les frais pris en charge pour l'accompagnateur familial sont :

- Le billet aller-retour de l'accompagnateur;
- L'hébergement en pension complète.

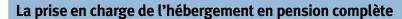
### Pour l'accompagnateur non pris en charge par la CPS

Votre transport et votre séjour sont entièrement à votre charge, vous pouvez solliciter l'aide de l'Association A Tauturu la Na Nouvelle-Zélande (voir p. 2).

Votre situation d'accompagnateur peut changer sur place en fonction de l'état de santé du malade. Les prestations de la CPS lors de l'évasan

### **SOINS ET SERVICES**

### Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande



Votre hébergement en pension complète est pris en charge à 100% en tiers payant:

Au motel suivant les disponibilités : A Alpers lodge, en pension complète. 16 Alpers Avenue, Newmarket,

Tél: (09) 523 33 67 -Fax: (09) 520 38 09 www.alperslodge.co.nz.

Auckland..

Vous êtes en famille d'accueil : La famille pourra bénéficier d'une

indemnité forfaitaire journalière à condition de remplir le calendrier d'indemnisation fourni l'agence de la CPS d'Auckland accompagné des pièces justificatives demandées (photocopie d'une pièce d'identité de la famille d'accueil, RIB de la famille d'accueil et courrier nominatif avec justificatif de domicile). Adressez ces documents à l'agence de la CPS d'Auckland. Le paiement s'effectue dans un délai d'un mois à réception des documents au Siège de la CPS à Papeete.

Hébergement en appartement : Faites établir une attestation de séjour (ou un contrat de location: quittance de loyer) par le propriétaire. La CPS indemnisera directement le ressortissant évasané à hauteur des tarifs conventionnés.

Vous êtes à l'hôtel: Gardez vos factures acquittées pour pouvoir bénéficier des indemnités de logement. Cette indemnisation se fera à la CPS de Tahiti sur présentation des justificatifs à hauteur des tarifs conventionnés.



Les transports terrestres à votre arrivée à l'aéroport et à votre départ sont assurés par EAO. L'agence de la CPS de Nouvelle-Zélande organise les transferts entre les lieux de soins et le lieu d'hébergement.

Durant votre séjour en famille d'accueil, c'est la famille d'accueil qui assure vos transports.





### Permission et changement de centre de soins

### > Les permissions

Si vous désirez sortir provisoirement en week-end, dans la famille ou chez des amis, vous devez demander au médecin une permission médicale. Si votre demande de permission est accordée, demandez un bulletin de sortie et signalez-le à l'agence de la CPS de Nouvelle–Zélande.

Si vous souhaitez sortir en dehors d'Auckland, vous devez signer une décharge auprès de la CPS. Une permission n'est pas considérée sur le plan administratif comme une sortie. L'hôpital transmettra une facture à la CPS, et par conséquent, aucune indemnisation de la famille ou des amis qui vous accueillent ne sera possible.

### Le visa

Le visa est accordé pour une période de 3 mois, passé ce délai, le patient doit le renouveler.

L'agence CPS Auckland vous assistera dans ces démarches. La personne devra fournir 2 photos d'identité et 85 NZ\$ par renouvellement de visa. Cette dépense n'est pas prise en charge par la CPS.

### > Soins externes

En revanche, les sorties justifiées par un bulletin de situation feront l'objet d'une indemnisation en faveur de la famille d'accueil.

### > Un changement d'hôpital

Si vous devez changez d'hôpital, le/la surveillant(e) doit également avertir l'agence de la CPS de Nouvelle-Zélande afin que la demande de prise en charge pour le nouvel hôpital soit transmise à la CPS de Papeete.

La visiteuse, également informée, vous rendra visite dans votre nouvel hôpital.





### **SOINS ET SERVICES**

### Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

### La prise en charge en assurance maladie des indemnités journalières

Afin de bénéficier du paiement des indemnités journalières, il vous convient de fournir certains justificatifs.

### Pour les assurés du régime des salariés

- l'arrêt de travail ou l'avis de prolongation;
- les bulletins d'hospitalisation ou de situation délivrés par l'hôpital où sont effectués les soins.

# Pour votre information, vous percevrez:

- 100% du salaire journalier du 4° au 30° jours d'arrêt de travail (dont l'avance aura été faite par l'employeur) dans la limite du plafond soumis à cotisation;
- 75% à partir du 31° jour d'arrêt de travail, majoré de 5% par enfant à charge, plafonné jusqu'à 90% et dans la limite du plafond soumis à cotisation.

### Pour les assurés du régime des non-salariés

- l'arrêt de travail ou l'avis de prolongation;
- les bulletins d'hospitalisation ou de situation délivrés par l'hôpital où sont effectués les soins:
- une déclaration de perte de revenus.

# Pour votre information, vous percevrez :

- 50 % du revenu professionnel soumis à cotisation, versé à partir du 15° jour pour les 2 premiers arrêts maladie et du 30° jour pour le troisième arrêt maladie dans l'année civile, selon le cas et sous réserve du respect de certaines conditions :
  - être à jour des cotisations; respecter le repos à domicile et suspension effective de l'activité;
  - avoir subi une perte de revenus professionnels.

### Pour les assurés en longue maladie

Vérifiez la validité de votre exonération en longue maladie mentionnée dans votre carnet de soins.



### **VOTRE DÉPART**

### Préparez et limitez vos bagages\*

Votre voyage suppose une organisation et information au préalable sur les conditions et modalités pratiques liées au déplacement. Voici quelques informations utiles au patient « évasané » ou à son accompagnateur pris en charge ou pas par la CPS.

### Votre billet vous donne droit à :

- 1 bagage à main de moins de 7 kg en cabine,
- 1 bagage en soute ayant un poids maximum de 23 kg par bagage en classe économique ou 2 bagages de 32 kg en classe business.

Tout excédent ou supplément de bagages seront à vos frais. Ils seront facturés selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes :

### Excédent de bagages\*

Pour chaque bagage dépassant 23 kg et jusqu'à hauteur de 32 kg, un forfait de 1 300 Fcfp/kg pour Air New Zealand, et un forfait d'environ 3 000 Fcfp pour Air Tahiti Nui est appliqué.

### Supplément de bagages\*

Chaque bagage supplémentaire est facturé selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes : Air New Zealand : 5 500 Fcfp par bagage et Air Tahiti Nui : 4 700 Fcfp par bagage supplémentaire.

Votre départ

Un ruban rouge et blanc vous sera remis par la CPS, attachez-le aux poignées de vos bagages pour en faciliter l'identification.

### Que mettre dans vos bagages?

### Dans votre bagage à main

Conservez sur vous ou dans votre bagage cabine les médicaments avec l'ordonnance médicale dont vous aurez besoin pendant le temps du voyage. Pour des raisons de sécurité, l'aéroport impose des mesures de restriction de bagages cabine. Vous devez présenter dans un sac plastique transparent fermé, d'environ 20 cm sur 20 cm (type sac de congélation) vos flacons, tubes, aérosol de moins de 100 ml chacun sinon ils seront confisqués au contrôle de sûreté. Il existe des exceptions autorisées :

- pour les médicaments à condition de présenter une ordonnance à votre nom,
- pour les aliments liquides de bébé.

### Dans votre valise

Rangez soigneusement les documents médicaux (radiographies, scanner, lames, ...) à remettre au médecin à votre arrivée. Conservez l'emballage et la notice de vos médicaments, ils pourront apporter des informations supplémentaires concernant votre traitement. Ne vous encombrez pas de choses inutiles, ne surchargez pas vos valises. Il est interdit de transporter tous produits alimentaires (citrons, mitihue, uru, poisson,....) vous risquez des amendes de la douane néo-zélandaise.

\*Ces informations sont à titre indicatif. Renseignez-vous auprès des compagnies aériennes.

# **VOTRE DÉPART**

# Guide

**L'évacuation sanitaire** en Nouvelle-Zélande

### Préparez vos vêtements

À titre indicatif, nous vous proposons une liste minimum de vêtements à emporter avec vous.

Si vous suivez un traitement en radiothérapie, n'utilisez pas d'eau de toilette, de monoï, d'huile de tamanu, de savon et de vêtement synthétique :

n'utilisez que des vêtements en coton. Une aide au trousseau peut être attribuée après l'évaluation sociale de la famille.

Le bureau social du service des EVASAN de la CPS vous donnera plus d'informations (selon un barème).

### **Quelques recommandations**

### > Pour les femmes

### Période chaude, de novembre à avril

- 2 robes
- 3 chemises
- 3 T-shirts
- 3 pantalons
- 2 joggings
- 4 culottes
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson
- 2 pyjamas ou chemises de nuit
- 1 robe de chambre
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilette
- 2 pareo

### Période froide, de mai à octobre

### Rajoutez:

1 anorak et 2 pull-overs

**Chaussures :** 1 paire de tennis - 1 paire de chaussures - 1 paire de savates - 1 paire de pantoufles - 4 paires de chaussettes.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, pince à épiler, rouge à lèvres, 1 peigne.

### > Pour les hommes

### Période chaude, de novembre à avril

- 4 pantalons (dont un pour la messe)
- 3 chemises (dont une pour la messe)
- 3 T-shirts
- 3 maillots de corps
- 3 joggings
- 4 slips
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson
- 3 pyjamas
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilettes
- 2 paréo

### Période froide, de mai à octobre

### Rajoutez:

1 anorak et 2 pull-overs

**Chaussures :** 1 paire de tennis - 1 paire de chaussures - 1 paire de savates - 1 paire de pantoufles - 4 paires de chaussettes.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, 1 peigne, rasoir, mousse à raser.



Votre départ

### > Pour les enfants

### Période chaude, de novembre à avril

- 2 robes ou 2 shorts
- 3 chemises
- 3 T-shirts
- 3 pantalons
- 3 joggings
- 4 culottes ou 3 slips
- 2 pyjamas ou chemises de nuit
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson

2 serviettes de bain

2 gants de toilette

### Période froide, de mai à octobre

Rajoutez:

- 2 pull-overs
- 1 anorak
- 1 bonnet.

**Chaussures :** 1 paire de tennis - 1 paire de chaussures - 1 paire de savates - 1 paire de pantoufles - 4 paires de chaussettes.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, 1 peigne.

### > Pour les enfants de moins de deux ans

### Période chaude, de novembre à avril

- 4 shorts
- 4 chemises
- 4 T-shirts ou brassières
- ou maillots de corps
- 4 pantalons
- 4 joggings ou grenouillères
- 4 culottes ou 3 slips
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson son petit coussin
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilette
- 1 paquet de changes complets

### Période froide, de mai à octobre

- Rajoutez:
- 4 pull-overs
- 1 anorak
- 1 bonnet

**Chaussures:** 1 paire de chaussures - 4 paires de chaussettes ou chaussons.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, 1 peigne.

# **VOTRE ARRIVÉE**

### Guide L'évacuation sanitaire

en Nouvelle-Zélande

### Accueil à Auckland

Un agent de la CPS vous accueille à votre sortie de l'avion, récupère votre billet d'avion et celui de votre accompagnateur familial, vous informe des modalités de votre séjour et vous dirige vers le transporteur d'EAO (en ambulance ou en taxi).

### > Votre arrivée à l'hôpital

- L'ambulancier se charge d'enregistrer votre entrée au bureau d'admission.
- Le personnel du service vous attend. Remettez les documents médicaux (radiographies, scanner, lames, y compris emballages et notices de vos médicaments).

Le service fera un complément d'examens, de bilans. Cela peut prendre une semaine.

Le médecin se prononcera sur le traitement adéquat, en fonction des résultats, pouvant ainsi différer du traitement envisagé initialement. Le service dans lequel vous êtes accueilli est performant, soyez confiants. Demandez à l'équipe médicale de vous expliquer votre maladie, votre protocole de traitement et la surveillance ultérieure. N'hésitez pas à demander des renseignements sur tout ce qui ne vous paraît pas clair. Pour les interventions (comme par exemple: les opérations chirurgicales, l'anesthésie et certaines procédures de diagnostics) on vous demandera de donner spécifiquement votre consentement par écrit.

### > Votre sortie de l'hôpital

L'infirmière responsable fera les démarches nécessaires pour votre sortie. Veuillez passer au bureau des infirmiers de votre service pour remplir un formulaire de sortie avant de quitter l'hôpital.

L'antenne CPS sera informée de votre sortie et assurera votre transport de l'hôpital vers le lieu d'hébergement prévu.

### > Les offices religieux

Dans la plupart des hôpitaux, il y a une chapelle où se tiennent régulièrement des offices. Le service d'aumônerie est à la disposition des patients et de leur famille. Le personnel de votre service contactera les aumôniers pour vous à tout moment du jour et de la nuit.

L'agence CPS est en relation avec des prêtres et pasteurs tahitiens et rarotongiens, n'hésitez pas à demander aux visiteuses des informations supplémentaires.

### Comment rester en contact avec votre famille?

**Quelques moyens de communication sont disponibles selon votre situation et vos besoins. Vous pouvez aussi vous renseigner sur place.** 

### > Par courrier

Votre famille peut vous envoyer du courrier à l'adresse de l'hôpital ou de l'agence de la CPS (voir les Numéros pratiques en Nouvelle-Zélande page 2). Renseignez-vous.

- Si vous recevez du courrier à l'hôpital, il vous sera remis par le vaguemestre ou la surveillante;
- Si vous souhaitez expédier du courrier, faites appel à eux. Attention le timbre est payant;
- Si vous recevez du courrier à l'agence de la CPS Auckland, la visiteuse vous le remettra.

### > Par téléphone

Pour téléphoner de la Nouvelle-Zélande en Polynésie française, composez le : oo + 689 + numéro de votre correspondant

### Depuis votre chambre d'hôpital:

Sous certaines conditions, vous pouvez recevoir des appels ou appeler. L'ouverture de la ligne et les frais de communications sont à votre charge. Demandez à la surveillante du service la procédure à suivre.

### À partir d'une cabine téléphonique :

Il vous suffit d'acheter une carte téléphonique.

# En PCV : en anglais, il s'agit d'un «collect call», composez le 018 :

En cas d'urgence, vous pouvez appeler votre famille en PCV (demander à le/la surveillant(e) de l'hôpital). Les frais seront à la charge de votre famille.

### À partir de votre téléphone portable,

vous pouvez acheter une carte à puce rechargeable à un prix d'environ 35 \$NZ.

### > Par fax

C'est un service payant. Vous pouvez vous renseigner auprès de :

- L'agence de la CPS à Auckland;
- L'association A TAUTURU IA NA - Nouvelle-Zélande;
- Des centres d'hébergement.

### > Par internet

Le motel met à votre disposition Internet en libre service

### Horaire de décalage

Il y a 22 heures de décalage entre la Nouvelle-Zélande et la Polynésie française.

**Exemple** : Quand vous téléphonez depuis la Nouvelle-Zélande à 10 h le mardi matin, il est lundi midi à Tahiti.

N'oubliez pas de dire à vos proches de mentionner au standard qu'ils appellent de la Polynésie Française.

Votre arrivée

# **VOTRE ARRIVÉE**

### Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

### **Votre argent**

Nous vous conseillons de prendre de l'argent de poche en prévision des frais possibles, lors de votre séjour.

### > Change

Vous pouvez faire le change auprès de votre banque avant votre départ (montant suggéré : 50 000 Fcfp soit environ 850 \$NZ, à voir en fonction de la durée de votre séjour).

**Pour information :** 1 \$NZ équivaut à environ 62 Fcfp.

### > Carte bleue

Pensez à prendre votre carte bleue, si vous en avez une, et vérifiez sa date de validité.

### > Envoi d'argent

Si votre famille souhaite vous envoyer de l'argent, les organismes bancaires proposent différents modes de transfert comme, par exemple, le mandat-lettre et l'envoi par mandat télégraphique.

Renseignez-vous auprès de votre banque pour une offre de service rapide et efficace. Les visiteuses peuvent également vous assister dans ces démarches.

Faites préciser par votre famille le service et, si possible, le numéro de votre chambre à l'hôpital.

# Lors de votre séjour, quelques recommandations :

Les vols d'argent et de bijoux sont fréquents (à l'hôpital, au motel...). Nous vous recommandons de ne garder qu'une partie de votre argent et de déposer le reste :

- Soit auprès de la surveillante du service pour qu'elle le mette au coffre de l'hôpital;
- Soit au coffre de votre motel.



Le soir, le week-end et les jours fériés, le coffre de l'hôpital est fermé.

Soyez donc vigilants : si vous êtes amenés à sortir de l'hôpital (sortie définitive ou transfert dans un autre hôpital), pensez à récupérer vos biens personnels.

# **Exemples de frais possible lors de votre séjour**







Achat d'une <b>carte téléphonique</b> (120 unités)	de 20 à 50 \$NZ	soit environ	1260 à 3150 Fcfp	
Achat d'une puce	35 \$NZ		2205 Fcfp	
Argent liquide (frais imprévus, argent de poche)	500 \$NZ	Soit	30 000 Fcfp	
<b>Télévision :</b> Contactez la surveillante	en fonction	des hôpitaux		
Frais de <b>lessive</b> La lessive Le sèche linge	4 \$NZ 4 \$NZ	Soit Soit	250 Fcfp 250 Fcfp	
Achat de médicaments non pris en charge et hors hospitalisation	90 \$NZ	Soit	5 700 Fcfp	
Achat d'un ticket de bus	1,20 à 2,40 \$NZ	Soit	75 à 150 Fcfp	
Transport en taxi	Taximètre démarre à 2 \$NZ (soit environ 120 Fcfp) et le tarif est de 1,95 \$NZ par kilomètre. Les coûts sont plus élevés le week-end et jours fériés.			
Comptez environ	<b>850</b> \$NZ	SOIT	50 000 Fcfp	

# **VOTRE ARRIVÉE**

### Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

### Vos déplacements dans Auckland

### > Transport en bus

Auckland est divisé en zone pour le transport en bus. Chaque fois que le bus change de zone, le tarif change. Le prix varie entre 1,60 \$NZ (soit environ 100 Fcfp) à 2.80 \$NZ (soit environ 176 Fcfp).

Le trajet du LINK, le bus vert vous amène de Newmarket à l'hôpital. Le passage du bus est régulier, il passe toutes les 10 minutes.

### > Transport en taxi

Le taximètre démarre à environ 2 \$NZ (soit environ 120 Fcfp) et le tarif du taxi dépend de la distance, des jours et des heures. Les prix sont plus élevés le week-end, les jours fériés et après les heures de travail.



### Les services de la CPS en Nouvelle-Zélande

### L'agence CPS de Auckland

Toute l'équipe de la CPS d'Auckland vous accueille dès votre arrivée et reste à votre écoute afin que votre séjour se déroule le mieux possible et dans de bonnes conditions, tant sur le plan personnel, médical, administratif et social.

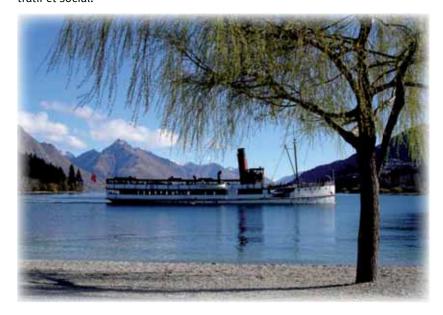
• Depuis la Polynésie française ou l'étranger, composez le :

### 00 64 9 522 14 10.

 Depuis Auckland en Nouvelle-Zélande, composez le:

522 14 10.





### **Adresse**

L'agence de la CPS AUCKLAND ALPERS LODGE 16 Alpers lodge ave Newmarket – AUCKLAND

### **Email**

bwhitehead@cpsevacuation.co.nz mtematua@cpsevacuation.co.nz

### Adresse postale

P.O. Box 26415 Epsom AUCKLAND – Nouvelle Zélande

### **Heures d'ouverture**

De 9hoo à 17hoo du lundi au vendredi. Une astreinte téléphonique est assurée le week-end.

# **VOTRE ARRIVÉE**

## Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

#### Visiteuses et interprètes

#### > Le rôle de la visiteuse

La visiteuse vous rendra visite durant votre séjour et durant votre hospitalisation.

Elle parle tahitien, français et anglais.

Elle vous apportera un soutien moral pendant votre hospitalisation.

Elle est en étroite collaboration avec le (la) surveillant(e), les infirmières et les médecins.

Elle tentera de vous apporter toutes les explications inhérentes à votre situation médicale.

#### > Les interprètes

Le personnel de l'hôpital peut recourir aux services d'interprètes si cela s'avère utile pour les personnes qui ne parlent pas anglais. Pour avoir un interprète, en chef du service (charge nurse) qui fera tout le nécessaire. Si vous êtes sorti de votre chambre lors de son passage, elle vous laissera un message sur votre table de chevet.

N'hésitez pas à la contacter quand vous en éprouvez le besoin.

N'oubliez pas de la tenir informée sur votre situation médicale, administrative ou vos sorties (permissions séjour extra-hospitalier, transport, retour)

Si lors de votre hospitalisation, vous rencontrez des difficultés au niveau de la langue, les visiteuses de l'antenne CPS en Nouvelle-Zélande peuvent vous assister.

# Contact à Auckland

Association A Tauturu la Na Tél./Fax 267 07 94 • Vini 021 14 90 232

L'association travaille en complémentarité avec l'agence CPS. A Tauturu la Na organise des sorties shopping, des visites touristiques et peut même vous accompagner à la messe le week-end, n'hésitez pas à les contacter.

# L'ACCOMPAGNATEUR FAMILIAL

Vous avez pris la décision d'accompagner le patient et d'apporter votre soutien.

Voici quelques recommandations pour organiser au mieux votre déplacement en Nouvelle-Zélande.

#### > Avant le départ

Si vous travaillez, veillez à vous mettre en règle avec votre employeur pour votre demande de congés. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'affiliation ou assurance pour votre couverture sociale hors du pays.

Pour parer au plus urgent, munissezvous de liquidités pour assurer vos frais divers durant votre séjour (50 000 Fcfp), soit 850 \$NZ



#### > Au départ :

À l'aéroport, Europ Assistance Océanie (EAO) vous accueillera et vous aidera si vous enregistrez en même temps que le patient.

#### > À l'arrivée :

Si vous êtes accompagnateur pris en charge par la CPS, EAO met en place votre transport.

Si vous êtes accompagnateur non pris en charge par la CPS et si vous n'avez pas la possibilité d'accompagner le patient dans le véhicule, contactez l'association A Tauturu la Na ou munissez-vous des adresses de l'hôpital et de votre hébergement. N'hésitez pas à demander à l'agent de la CPS le moyen de prendre un faxi.

#### > Lors de vos déplacements :

Conservez sur vous votre carte d'identité ou votre passeport, votre carte bancaire, votre carnet d'adresses et de téléphone.\*

Votre arrivée

## Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

#### Votre présence à Auckland

Vous êtes l'interlocuteur privilégié auprès de l'agence de la CPS Auckland et du personnel hospitalier.

Cet accompagnement demande une certaine autonomie :

- Connaître les différents moyens de transport et leur utilisation;
- Les moyens de retirer de l'argent (dans une banque, dans une billetterie), de recevoir de l'argent de la famille.

 De pouvoir vous débrouiller seul pour vos besoins et ceux du malade : faire les courses, la lessive, chercher les médicaments....

Il est important que l'accompagnateur requière toutes ces dispositions pour pouvoir assumer toutes les charges qui lui incomberont. L'accompagnateur devra être présent, faire face à toutes les situations et apporter en permanence son soutien au malade.

# L'accompagnateur familial pris en charge par la CPS

L'accompagnateur familial pris en charge par la CPS relevant du régime des salariés, du régime des non salariés, du régime de solidarité et de l'ENIM bénéficie de la prise en charge:

- Du billet d'avion Papeete-Nouvelle-Zélande aller et retour.
- De l'hébergement et des repas au motel.
- D'une indemnisation forfaitaire de la famille d'accueil à condition de remplir le calendrier d'indemnisation de la CPS en Nouvelle-Zélande et de fournir les pièces justificatives demandées.
- Vos déplacements personnels restent à votre charge.

L'accompagnateur familial

#### L'accompagnateur familial non pris en charge par la CPS

Votre présence permanente représente un soutien pour le patient.

Avertissez le plus tôt possible le service EVASAN de la CPS (Tél. 41 68 50 ou 41 68 52) de votre décision d'accompagner le patient.

Nous vous rappelons que l'ensemble des frais durant votre séjour est totalement à votre charge, à savoir:

 Les transports aériens et terrestres (y compris les transferts de/vers l'aéroport).

Si vous voyagez sans le patient, vous devez également organiser votre séjour :

- L'hébergement et les repas ;
- Les frais divers.

# Pensez à confirmer votre retour auprès de l'agence de voyage.

La CPS vous fait bénéficier pour votre hébergement des accords tarifaires qu'elle a avec le motel.

L'agence de la CPS en Nouvelle-Zélande et l'association A Tauturu la Na sont à votre écoute pour toutes informations lors de votre séjour.

#### La prise en charge des soins pour les accompagnateurs non pris en charge par la CPS

Pour l'accompagnateur non pris en charge par la CPS, toute consultation médicale et toute hospitalisation seront remboursables :

- au maximum sur la base des frais engagés et dans la limite des tarifs règlementaires en vigueur en Polynésie française,
- et sur présentation de factures acquittées et de justificatifs (compte-rendu médical, ordonnance, feuilles de soins, factures...).

Il est conseillé de prendre une assurance voyage pour bénéficier d'une prise en charge complémentaire, particulièrement en ce qui concerne la dispense d'avance des frais médicaux et le rapatriement aérien.



## **VOTRE RETOUR AU FENUA**

## Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

#### Votre retour en Polynésie française

Votre retour à Papeete a été décidé par votre médecin de l'hôpital d'accueil. Il établit un certificat médical autorisant votre retour. Un médecin régulateur d'Europe Assistance Océanie (EAO) va vous appeler pour avoir une confirmation de votre aptitude à prendre l'avion. Le patient ou l'assistante sociale du service avertit l'agence de la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) en Nouvelle-Zélande.

L'agent CPS se charge de la réservation de vos places d'avion vers Papeete. Il informe EAO qui réserve et confirme votre transport de l'établissement hospitalier ou du centre d'hébergement vers l'aéroport.

#### > Avant la sortie de l'hôpital

Pensez à demander vos documents, à savoir :

- Le compte-rendu médical d'hospitalisation remis par votre médecin;
   Ce document sera à remettre à votre retour à votre médecin de Tahiti et au médecin conseil de la CPS;
- Vos documents médicaux (radiographies, scanner, etc) que

- vous aviez emmenés avec vous de Tahiti :
- Votre bulletin d'hospitalisation auprès du/de la surveillant(e) ou service des admissions. Il est destiné à la CPS et à votre employeur;
- Un certificat médical pour les patients détenteurs d'un appareil cardiaque mécanique, indispensable pour franchir le détecteur laser à l'entrée de la douane.

Pensez à récupérer votre argent et vos effets personnels, si vous les aviez laissés au coffre ou au service dépôt de l'hôpital lors de votre hospitalisation.



## La préparation de vos bagages \*

Votre billet vous donne droit à :

- 1 bagage à main de moins de 7 kg en cabine;
- 1 bagage en soute ayant un poids maximum de 23 kg par bagage en classe économique ou 2 bagages de 32 kg en classe business;
- Tout excédent de bagages ou supplément de bagages seront à vos frais. Ils seront facturés selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes:
- Pour chaque bagage dépassant 23 kg et jusqu'à hauteur de 32 kg, un forfait de 1300 Fcfp pour Air New Zealand et un forfait de 3 000 Fcfp par kilo pour Air Tahiti Nui est appliqué.

Chaque bagage supplémentaire est facturé selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes. Sur Air New Zealand: 5 700 Fcfp par bagage et Air Tahiti Nui: 4 500 Fcfp par bagage supplémentaire.

Les ambulanciers peuvent refuser votre excédent de bagages.

Vérifiez si le ruban rouge et blanc sur les poignées de vos bagages est toujours en place.

#### > Votre transport à l'aéroport

Que vous soyez hospitalisé ou en externe, EAO se charge de réserver et confirmer votre transport de l'établissement hospitalier ou du centre d'hébergement vers l'aéroport.

#### → À l'aéroport

Un agent de la CPS s'occupe de votre enregistrement. Il est en possession de votre billet d'avion remis à votre arrivée.

#### → À votre arrivée à Faaa

Seuls les patients bénéficiant d'un retour médicalisé avec escorte et nécessitant un VSL ou une ambulance seront pris en charge par EAO.

#### Rappel

Dès votre retour sur le fenua, vous devez revoir votre médecin traitant de Papeete et le médecin-conseil de la CPS pour contrôle et le visa du traitement.

Si vous résidez dans les îles, effectuez cette visite avant votre retour dans votre île.

Votre retour au Fenua

<sup>\*</sup> suivant la réglementation aérienne

# LEXIQUE FRANÇAIS - TAHITIEN - ANGLAIS

Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

Français	TAHITIEN	Anglais
Identité	O vai oe	Identity
Quel est votre nom?	O vai to oe i'oa?	What is your name?
Quel est votre prénom ?	O vai to oe i'oa nainai?	What is your given name? What is your first name?
Pouvez-vous épeler votre nom ?	Nafea ia papai i to oe i'oa?	Can you spell your name?
Je m'appelle	O (mea) toʻu i'oa	My name is
Votre numéro de chambre est le	Teie te numera o to oe piha	your room number is
Quelle est votre date de naissance ?	Eaha to oe taio mahana fanauraa?	What is your date of birth?
Est-ce votre date de naissance ?	Tera anei to oe taio mahana fanauraa?	Is it your date of birth?
Avez-vous déjà été hospitalisé dans cet hôpital ?	Ua tapea-ē-na-hia anei oe i roto i teie fare ma'i?	Have you ever been a patien in this hospital before?
Quelques mots	Te tahi mau ta'o	Any words
Aujourd'hui	Teie mahana	today
Demain	Ananahi	tomorrow
Cette semaine	Teie hepetoma	This week
La semaine prochaine	Teie hepetoma i mua	Next week
Cette nuit / Ce soir	Teie po	Tonight   This evening
Ce matin	Teie poipoi	This morning
Petit déjeûner	Inuraa taofe	breakfast
Déjeûner	Tamaaraa avatea	Lunch
Dîner	Tamaraa ahiahi	Dinner
Après	I muri a'e	After
Avant	Na mua a'e	Before
Pendant	l roto	During
Avec	Na muri iho	With
Quelle quantité ? Combien ?	Ehia?	How much?
Combien de temps ?	Eaha te maororaa?	How long?
S'il vous plait	Ee	Please
Merci	Mauruuru	Thank you

Lexique
Français -
Tahitien
- Anglais

Français	TAHITIEN	Anglais
Pharmacie	Fare raau	Chemistry / Pharmacy
Ordonnance	Parau raau	Prescription
Dosage	Faito raau	a dose
Médicaments	Raau	Drugs /medications
Échocardiogramme	Hi'opoaraa mafatu	Echocardiogramme
Prise de Sang	Iritiraa toto	Blood test
Soins intensifs	Rapaauraa rahi	ICU /(intensive care unit)
Soins intensifs enfants	Rapaauraa rahi na te tamarii	PICU
Soins post-intensifs	Rapaauraa rahi roa	CCU / (critical care unit)
Service (médical)	Tuhaa fare ma'i	Ward
Admission	Vahi fariiraa taata	Admission
Sortir de l'hôpital	Faarue i te fare ma'i	To be discharged
Patient externe	Taata ma'i no rapae	Outpatient
Rendez-vous	Farereiraa taote	Appointments
Césarienne	Haafanauraa mea tāpū	C section
Accouchement	Fanau	Giving birth
Enquête	Uiuiraa	Investigation
De quoi vous plaignez-vous?	Eaha te fifi?	Of what do you complain?
Depuis combien de temps ?	Afea te haamataraa?	For how long?
Avez-vous mal?	Te maui ra anei oe?	Have you a pain (an ache)?
Où avez-vous mal?	lhea e maui ai?	Where is the pain?
La douleur est-elle sourde ?	E maui rii noa anei?	Is it a dull pain?
La douleur est-elle aigüe ?	E maui puai anei?	Is it a shooting pain?
Avez-vous bon appétit ?	Mea tamaa maitai oe?	Is your appetite good?
Depuis combien de temps vous sentez-vous comme ça ?	Mai afea mai ā to oe iteraa i teie fifi?	How long have you been feeling like this?
Prenez-vous des médicaments régulièrement ?	Te rave tamau ra anei oe i te raau?	Do you take any medication regulary?
Avez-vous des médicaments avec vous ?	Ua afai mai anei oe i ta oe raau?	Do you have any medication with you?

# LEXIQUE FRANÇAIS - ANGLAIS

# Guide L'évacuation sanitaire en Nouvelle-Zélande

Français	TAHITIEN	Anglais
Otez vos vêtements	Tatara to oe ahu	Take your clothes off
Jusqu'à la ceinture	To nia noa	To the waist
Sous la ceinture	To raro atoa	Take your underpants off
Dans la chambre	l roto i te piha	In the room
Voilà la sonnerie pour l'infirmière	Teie te pitopito no te pii i te tuati ma'i	Here is the nurse call bell
Voulez-vous boire?	E hinaaro anei oe e inu?	Do you want a drink?
Que voulez-vous boire	Eaha ta oe e hinaaro e inu?	What do you like to drink?
Eau	Pape	Water
Thé	Tī	Теа
Café	Taofe	Coffee
Chocolat	Totora	Choc milk
Jus d'orange	Vaiharo anani	Orange juice
Limonade	Vaiharo taporo	Limonade
Il faut boire davantage	A faarahi i te inu	You must drink more
Il faut boire moins	A faaiti i te inu	You must drink less
Vous pourrez manger	E nehenehe oe e amu i te maa	You will be able to eat
Voulez-vous vous asseoir	E hinaaro anei oe e parahi?	Do you want to sit up?
Voulez-vous vous allonger?	E hinaaro anei oe e tarava?	Do you want to lie down?
Voilà vos comprimés	eie ta oe huero raau	These are your tablets
Avalez les maintenant s'il vous plaît	A amu i ta oe raau i teie nei	Please take them now
Le docteur va venir vous examiner	E haere mai te taote e hi'opoa ia oe	The doctor will be in to examine you
Voulez-vous des comprimés	E hinaaro anei oe i te raau	Do you want
contre la douleur ?	no te tamārū i te mauiui?	tablets for pain ?
pour dormir?	no te taoto?	a sleeping tablet ?

Lexique
Français -
Tahitien
- Anglais

Français	TAHITIEN	Anglais
Avant l'opération	Hou te tāpūraa	Before surgical operation
Êtes-vous allergique	E tomea anei oe	Are you allergic
à certains médicaments ?	i te tahi raau?	to any drugs?
à certains aliments ?	i te tahi maa?	to any foods?
à certains pansements adhésifs ?	i te tahi tapiri?	to any tapes?
Avez-vous le diabète ?	E omaha tihota anei to oe?	Do you have diabetes?
Quand avez-vous mangé pour la dernière fois ?	Afea ta oe tamaaraa hopea?	When did you last eat?
Quand avez-vous bu pour la dernière fois ?	Afea ta oe inuraa hopea?	When did you last drink?
Avez-vous uriné ce matin ?	Ua omaha anei oe i teie poipoi?	Did you pass urine this morning?
Avez-vous été aux toilettes (selles) ?	Ua titiō anei oe i teie mahana?	Have your bowels opened today?
Avez-vous un dentier?	E niho haavare anei to oe?	Do you have false teeth?
Avez-vous une prothèse auditive ?	E tao'a anei to roto i to oe tari'a no te faaroo?	Do you have a hearing aids?
Avez-vous des lentilles de contact ?	Ua tamau anei oe i te hi'o i nia i to oe orio mata?	Do you have contact lenses?
Pouvez-vous les retirer ?	A tatara na	Can you remove them please?
Ce comprimé va vous relaxer	E tamārū teie raau ia oe	This tablet will relax you
Cette piqûre va vous relaxer	E tamārū teie patia ia oe	This injection will relax you
Restez au lit jusqu'à ce que le chariot vous amène dans la salle d'opération	A tiai i nia i to oe ro'i ia haerehia mai oe e tii na nia i te ro'i turairai no te afai ia oe i roto i te piha tāpūraa	Please stay in bed till the trolley comes to take you to theatre

# GUIDE DE LA CPS SUR L'ÉVACUATION SANITAIRE EN FRANCE, ÉDITION 2012

Votre guide CPS



# **NUMÉROS PRATIQUES**

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

# Les services de la CPS en Polynésie française

si vous appelez de la France n'oubliez pas de composer le 00 689 avant tout numéro pour la Polynésie.

Service EVASAN	Tél.	41 68 50 41 68 52	Fax evasa	41 68 51 an-inter@cps.pf
Le bureau social du Service EVASAN	Tél. ou	41 68 53 41 68 54	Fax evasa	41 68 51 an-inter@cps.pf
Service contrôle médical	Tél.	41 68 20	Fax	45 01 34



# L'agence de la CPS à Paris

_ 430.100 40 40 41 41.0					
L'agence de la CPS de Paris 28, Boulevard St-Germain, 75 005 Paris.	Responsable : Mme Maeva SERRE Secrétariat : Mme Jenny BROTHERSON	<b>Tél.</b> Fax age	01 53 10 20 60 01 53 10 20 63 01 53 10 20 61 nce-paris@ cps.pf		
Chargées de l'accueil à l'aéroport de Paris	Mme Odile MERCIER Mme Danièle THUNOT	Tél.	06 22 00 54 67 06 22 00 54 67		
Coordinatrice des visiteuses des patients	Mme Sabrina TEAI	Tél.	01 53 10 20 60		
	Mme Iris BOYER	Tél.	01 53 10 20 66		
Visiteurs des patients	Mme Maire PIFAO	Tél.	01 53 10 20 65		
visiteurs des patients	Mme Gladys TAERO	Tél.	01 53 10 20 67		
	M. Tamarii TETAHIOTUPA	Tél.	01 53 10 20 68		

#### **Autres numéros**

Association	1	dente :	Tél.	01 45 29 12 68
A Tauturu Ia Na Paris		Iniel HACQUES	Vini	06 16 33 10 16
Fédération A Tauturu la Na	Président :		Tél.	43 60 10
Tahiti	M. William TEVARIA		Fax	43 57 69
Europ Assistance Océanie de Papeete	Tél.	50 78 50	Fax	50 78 51

# **SOMMAIRE**

<b>VOUS DEVEZ ÊTRE ÉVASANNÉ</b> Votre médecin vous informe que vous devez être évasanné Demandez à votre médecin	4	Sommaire
LES PRESTATIONS DE LA CPS LORS DE VOTRE ÉVACUATION SANITAIRE Pour le patient Pour l'accompagnateur pris en charge par la CPS Pour l'accompagnateur non pris en charge par la CPS	5	
SOINS ET SERVICES La prise en charge de l'hébergement en pension complète Frais de transport terrestre en soins extrahospitaliers Hospitalisation en province Permission et changement de centre de soins Demande de médicaments hors hospitalisation La prise en charge en assurance maladie des indemnités journ	<b>6</b> alières	
<b>VOTRE DÉPART</b> Préparer vos bagages Préparer vos vêtements	10	
VOTRE ARRIVÉE Accueil à Paris Comment rester en contact avec votre famille ? Votre argent Vos déplacements dans Paris et sa banlieue Numéros pratiques en France métropolitaine	13	
<b>L'ACCOMPAGNATEUR FAMILIAL</b> Votre présence à Paris L'accompagnateur familial pris en charge par la CPS L'accompagnateur familial non pris en charge par la CPS	20	Guide gratu téléchargeabl sur www.cps.;
SI VOUS ÊTES UN ASSURÉ DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	23	Directeu de publication La Caisse d Prévoyance Social
VOTRE RETOUR AU FENUA	25	Edition 201 Ce documer ne se substitue pa

Edition 2012 Ce document ne se substitue pas à la documentation officielle

# VOUS DEVEZ ÊTRE ÉVASANNÉ VOTRE MÉDECIN VOUS INFORME

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

## > Votre médecin vous informe que vous devez être évasanné

L'évacuation sanitaire est une offre de soins proposée au patient par le médecin traitant, lorsque les soins ne sont pas réalisables dans le Pays par manque d'infrastructures, de services et/ou de moyens adaptés à sa pathologie.

Votre évacuation sanitaire est prise en charge par la Caisse de Prévoyance Sociale (CPS) dans les conditions prévues par votre régime d'affiliation (régime des salariés, des non salariés et de solidarité).

#### > Demandez à votre médecin :

- La durée approximative du traitement,
- Des renseignements sur les différents traitements que vous suivez et allez suivre,
- De prévoir, si vous êtes salarié, un arrêt de travail (ou la prolongation d'un arrêt de travail) à compter de la date de départ de l'evasan, et de le faire parvenir au service Assurance maladie de la CPS et à votre employeur,
- Tous les documents médicaux vous concernant (radiographies, scanner, lames,...)



# LES PRESTATIONS DE LA CPS LORS DE VOTRE ÉVACUATION SANITAIRE

Selon votre situation et le régime auquel vous êtes affilié(e), vous pouvez bénéficier de prestations.

Quels sont les frais pris en charge en rapport avec votre évacuation sanitaire ?

#### > Pour le patient

- Les frais liés à l'hospitalisation, aux soins externes (radiothérapie, kinésithérapie, ...);
- Le billet aller-retour du patient ainsi que les transferts entre l'aéroport et le lieu d'hébergement ou d'hospitalisation;
- L'hébergement en pension complète si vos soins sont effectués en externe;
- Les transports terrestres entre le lieu d'hébergement et le lieu de soins ou d'examens;
- Le rapatriement de la dépouille mortelle en cas de décès du patient par voie aérienne.

Les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins en structure hospitalière privée ou publique ne sont pas pris en charge par la CPS, et restent à la charge du patient.



# Pour l'accompagnateur pris en charge par la CPS

- le billet aller-retour de l'accompagnateur pris en charge;
- l'hébergement en pension complète;
- le transport terrestre entre le lieu d'hébergement et le lieu de soins pour un accompagnateur agréé pris en charge par la CPS, uniquement d'enfant de moins de 18 ans.

# Pour l'accompagnateur non pris en charge par la CPS

Votre transport et votre séjour sont entièrement à votre charge, vous pouvez solliciter l'aide de l'Association A Tauturu la Na Paris (voir p. 2).



# **SOINS ET SERVICES**

# Guide L'évacuation sanitaire en France



# La prise en charge de l'hébergement en pension complète

L'hébergement en pension complète est pris en charge selon les modalités suivantes :

- Vous êtes dans un hôtel ou une pension conventionnés par la CPS (Le Rosier Rouge, Casa Mia, la Croisée, Hospitel, Campanile): le séjour est pris en charge à 100% en tiers payant;
- Vous êtes dans une Maison des Parents: votre hébergement est pris en charge à 100% en tiers payant; des tickets repas vous seront remis pour le petit déjeuner et le déjeuner. En revanche, le soir et le week-end, la CPS vous indemnisera:
- Vous êtes en apparthôtel conventionné par la CPS : l'hébergement est pris en charge à 100% et l'indemnisation des repas est basée sur la différence entre

- l'indemnité forfaitaire de séjour et le coût de l'hébergement.
- Vous êtes dans un hébergement non conventionné par la CPS: le remboursement se fait dans la limite de l'indemnité journalière de séjour, au vu du calendrier d'indemnisation fourni par l'agence de la CPS de Paris dûment rempli et des pièces justificatives demandées. Adressez ces documents à l'agence de la CPS de Paris\*;
- Vous êtes en famille d'accueil: la famille pourra bénéficier d'une indemnité à condition de remplir le calendrier d'indemnisation fourni par l'agence de la CPS de Paris accompagné des pièces justificatives demandées. Adressez ces documents à l'agence de la CPS de Paris.\*

#### Frais de transport terrestre en soins extrahospitaliers

Vous êtes en hébergement et devez vous rendre à des soins : les transports terrestres sont organisés par l'agence de la CPS de Paris auprès des transporteurs conventionnés.

La prise en charge s'effectue en tiers payant lorsqu'il s'agit de transporteurs conventionnés par la CPS dans la limite de 25 km pour les départements 92 -93 - 94 uniquement, après accord de l'agence CPS de Paris.

Au-delà de 25 km, le surplus reste à la charge du ressortissant excepté les transferts pour nécessité médicale.

Dans le cadre d'un rapprochement familial en province, le patient fait l'avance des frais de transport et se fera rembourser dans la limite des 25 km sur présentation de justificatifs.

En cas de changement de date ou heure de rendez-vous, informez tout de suite l'agence de la CPS à Paris pour les modifications à faire auprès du transporteur.

En cas de transport en taxi, vous serez remboursés à 100% sur la base du justificatif, dans la limite de 25 km.

\* Le paiement s'effectue dans un délai d'un mois à réception des documents au Siège de la CPS Papeete.

# Hospitalisation en province

À votre arrivée à l'aéroport de Paris, vous allez devoir prendre une correspondance par train ou par avion.

À votre sortie de l'avion, dirigez-vous vers votre lieu de correspondance. En Province, un transporteur mis en place par EAO vous accueille et vous conduit jusqu'à votre destination.

Si pour des raisons personnelles ou familiales vous avez choisi d'être suivi en Province, le coût de vos transports terrestres vous sera remboursé dans la limite de 25 km par trajet.

Durant tout votre séjour l'Agence de la CPS de Paris reste votre contact privilégié.

Contactez l'agence pour tout changement de votre situation: médicale, administrative, vos sorties, permissions, séjours extrahospitaliers, transports, retour...

Votre billet d'avion aller et retour n'est pas modifiable. Vous ne pouvez changer ni la ville de départ, ni la destination, ni effectuer d'escale. Soins et services

# Permission et changement de centre de soins

Si vous avez une permission ou changez de lieu de soins, n'oubliez pas de demander les justificatifs médicaux et d'informer l'agence de la CPS à Paris.

#### > Les permissions

Si vous désirez sortir provisoirement en week-end, dans la famille ou chez des amis, vous devez demander au médecin une permission médicale.

Si votre demande de permission est accordée, demandez un bulletin de sortie et signalez le à l'agence de la CPS de Paris.

Une permission n'est pas considérée sur le plan administratif comme une sortie: l'hôpital transmettra une facture à la CPS, et par conséquent aucune indemnisation de la famille ou des amis ne sera possible.

Les sorties justifiées par un bulletin de situation feront l'objet d'une indemnisation.

#### > Un changement d'hôpital

Si vous changez d'hôpital, la surveillante doit également avertir l'agence de la CPS de Paris afin que la demande de prise en charge pour le nouvel hôpital soit transmise à la CPS de Papeete.

La visiteuse, également informée, vous rendra visite.



# **SOINS ET SERVICES**

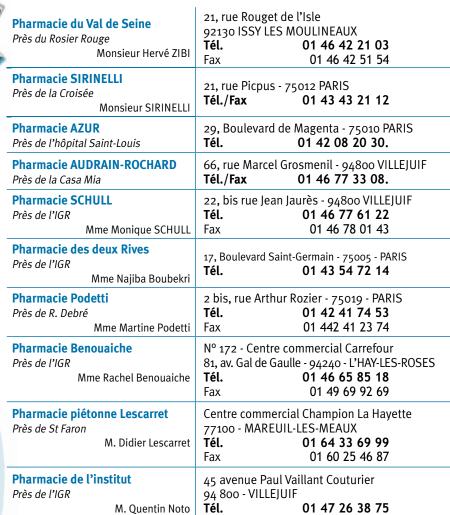
# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

#### Demande de médicaments hors hospitalisation

Vous pouvez vous procurer des médicaments sur présentation de l'ordonnance, auprès des pharmacies conventionnées suivantes.

Si vous vous rendez dans une autre pharmacie, vous devrez faire l'avance des frais. Le siège de Papeete procède au paiement en tiers payant en faveur des assurés du régime des salariés (RGS), des non salariés (RNS) et de la solidarité (RSPF).

Les médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale métropolitaine sont à la charge du patient.





# **SOINS ET SERVICES**

# La prise en charge en assurance maladie des indemnités journalières

Afin de bénéficier du paiement des indemnités journalières, il vous convient de fournir certains justificatifs.

#### Pour les assurés du régime des salariés

- l'arrêt de travail ou l'avis de prolongation;
- les bulletins d'hospitalisation ou de situation délivrés par l'hôpital où sont effectués les soins.

# Pour votre information, vous percevrez :

- 100% du salaire journalier du 4° au 30° jours d'arrêt de travail (dont l'avance aura été faite par l'employeur) dans la limite du plafond soumis à cotisation;
- 75% à partir du 31° jour d'arrêt de travail, majoré de 5% par enfant à charge, plafonné jusqu'à 90% et dans la limite du plafond soumis à cotisation.



#### Pour les assurés du régime des non-salariés

- l'arrêt de travail ou l'avis de prolongation;
- les bulletins d'hospitalisation ou de situation délivrés par l'hôpital où sont effectués les soins;
- une déclaration de perte de revenus.

# Pour votre information, vous percevrez :

- 50 % du revenu professionnel soumis à cotisation, versé à partir du 15° jour pour les 2 premiers arrêts maladie et du 30° jour pour le troisième arrêt maladie dans l'année civile, selon le cas et sous réserve du respect de certaines conditions :
  - être à jour des cotisations;
  - respecter le repos à domicile et suspension effective de l'activité;
  - avoir subi une perte de revenus professionnels.

## Pour les assurés en longue maladie

Vérifiez la validité de votre exonération en longue maladie mentionnée dans votre carnet de soins. Votre départ

# **VOTRE DÉPART**

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

## Préparez et limitez vos bagages\*

Votre voyage suppose une organisation et information au préalable sur les conditions et modalités pratiques liées au déplacement.
Voici quelques informations utiles au patient « évasané » ou à son accompagnateur pris en charge ou pas par la CPS.

#### Votre billet vous donne droit à :

- 1 bagage à main de moins de 10 kg en cabine,
- 1 bagage en soute ayant un poids maximum de 23 kg par bagage en classe économique ou 2 bagages de 32 kg en classe business.

Tout excédent ou supplément de bagages seront à vos frais. Ils seront facturés selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes:

#### Excédent de bagages :

Pour chaque bagage dépassant 23 kg et jusqu'à hauteur de 32 kg, un forfait de 9 000 Fcfp pour Air France et un forfait de 8 400 Fcfp pour Air Tahiti Nui est appliqué.

#### Supplément de bagages :

Chaque bagage supplémentaire est facturé selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes. Sur Air France : 12 000 Fcfp par bagage et Air Tahiti Nui : 12 000 Ffcp par bagage supplémentaire.

Un ruban rouge et blanc vous sera remis par la CPS, attachez-le aux poignées de vos bagages pour en faciliter l'identification.

# Que mettre dans vos bagages?

#### Dans votre bagage à main

Conserver sur vous ou dans votre bagage cabine les éléments indispensables : votre dossier médical, les documents fournis par le service evasan (certificat de prise en charge, ...), votre passeport, vos médicaments avec l'ordonnance médicale dont vous aurez besoin pendant le temps du voyage. Pour des raisons de sécurité, l'aéroport impose des mesures de restriction de bagages cabine. Vous devez présenter dans un sac plastique transparent fermé, d'environ 20 cm sur 20 cm (type sac de congélation) vos flacons, tubes, aérosol de moins de 100 ml chacun sinon ils seront confisqués au contrôle de sûreté. Il existe des exceptions autorisées :

- pour les médicaments à condition de présenter une ordonnance à votre nom,
- pour les aliments liquides de bébé.

#### Dans votre valise

Rangez soigneusement les documents médicaux (radiographies, scanner, lames,....) à remettre au médecin à votre arrivée.

Ne vous encombrez pas de choses inutiles, ne surchargez pas vos valises.

\* suivant la réglementation aérienne

# Préparez vos vêtements

À titre indicatif, nous vous proposons une liste minimum de vêtements à emporter avec vous.

Si vous suivez un traitement en radiothérapie, n'utilisez pas d'eau de toilette, de monoï, d'huile de tamanu, de savon et de vêtement synthétique :

n'utilisez que des vêtements en coton. Une aide au trousseau peut être attribuée après l'évaluation sociale de la famille.

Le bureau social du service des EVASAN de la CPS vous donnera plus d'informations (selon un barème).

#### Votre départ

#### **Quelques recommandations**

#### > Pour les femmes

#### Période chaude, d'avril à septembre

- 2 robes (dont une pour la messe)
- 3 chemises
- 3 T-shirts
- 3 pantalons
- 2 joggings
- 4 culottes
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson

2 pyjamas ou chemises de nuit

- 1 robe de chambre
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilette
- 2 pareo

## Période froide, d'octobre à mars

#### Rajoutez:

1 anorak et 2 pull-overs

**Chaussures :** 1 paire de tennis - 1 paire de chaussures - 1 paire de savates - 1 paire de pantoufles - 4 paires de chaussettes.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, pince à épiler, rouge à lèvres, 1 peigne.

#### > Pour les hommes

#### Période chaude, d'avril à septembre

- 4 pantalons (dont un pour la messe)
- 3 chemises (dont une pour la messe)
- 3 T-shirts
- 3 maillots de corps
- 3 joggings
- 4 slips
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson
- 3 pyjamas
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilettes
- 2 paréo

#### Période froide, d'octobre à mars

#### Rajoutez:

1 anorak et 2 pull-overs

**Chaussures :** 1 paire de tennis - 1 paire de chaussures - 1 paire de savates - 1 paire de pantoufles - 4 paires de chaussettes.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, 1 peigne, rasoir, mousse à raser.

# **VOTRE DÉPART**

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine



#### > Pour les enfants

#### Période chaude, d'avril à septembre

- 2 robes ou 2 shorts
- 3 chemises
- 3 T-shirts
- 3 pantalons
- 3 joggings
- 4 culottes ou 3 slips
- 2 pyjamas ou chemises de nuit
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilette

#### Période froide, d'octobre à mars

# Rajoutez:

- 2 pull-overs
- 1 anorak
- 1 bonnet.

**Chaussures :** 1 paire de tennis - 1 paire de chaussures - 1 paire de savates - 1 paire de pantoufles - 4 paires de chaussettes.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, 1 peigne.

#### > Pour les enfants de moins de deux ans

#### Période chaude, d'avril à septembre

- 4 shorts
- 4 chemises
- 4 T-shirts ou brassières
- ou maillots de corps
- 4 pantalons
- 4 joggings ou grenouillères
- 4 culottes ou 3 slips
- 1 K-way ou 1 imperméable ou 1 blouson son petit coussin
- 2 serviettes de bain
- 2 gants de toilette
- 1 paquet de changes complets

#### Période froide, d'octobre à mars

#### Rajoutez:

- 4 pull-overs
- 1 anorak
- 1 bonnet

**Chaussures :** 1 paire de chaussures - 4 paires de chaussettes ou chaussons.

**Trousse de toilette :** Gel douche (ou savonnette), brosse à dent, tube dentifrice, eau de Cologne, coupe-ongles, 1 peigne.

# **VOTRE ARRIVÉE**

#### **Accueil à Paris**

Un agent de la CPS vous accueille à votre sortie de la zone sous-douane, vous informe des modalités de votre séjour et vous dirige vers le transporteur d'EAO. Votre arrivée

#### > Durant votre séjour

- Vous êtes hospitalisé, présentez votre prise en charge au bureau des admissions.
  - Le service des admissions vous remet un bulletin de situation à chacune de vos sorties d'hospitalisation. Vous devez transmettre ce document à l'agence de la CPS de Paris.
- Vous êtes en soins externes

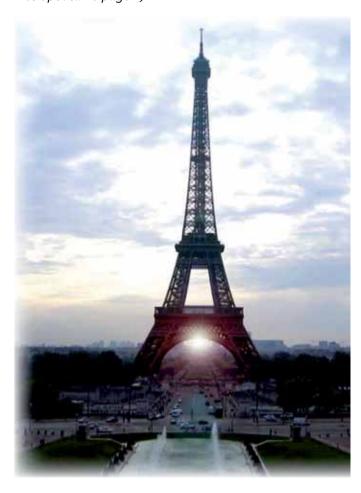
Vous pouvez remettre les demandes d'entente préalable (kinésithérapie, orthophonie, orthopédie...) et le planning de vos rendez-vous à l'accueil de votre hébergement, qui les transmettra à l'agence de la CPS de Paris.

#### > Les offices religieux

Renseignez-vous auprès de la surveillante du service et des centres d'hébergement.

#### > Contacts utiles à Paris

(voir Numéros pratiques en France métropolitaine page 2)



# **VOTRE ARRIVÉE**

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

#### Comment rester en contact avec votre famille?

Quelques moyens de communication sont disponibles selon votre situation et vos besoins. Vous pouvez aussi vous renseigner sur place.

#### > Par courrier

Votre famille peut vous envoyer du courrier à l'adresse de l'hôpital ou de l'agence de la CPS (voir les Numéros pratiques en France métropolitaine page 2) ou à votre hébergement. Renseignez-vous.

- Si vous recevez du courrier à l'hôpital, il vous sera remis par le vaguemestre ou la surveillante;
- Si vous souhaitez expédier du courrier, faites appel à eux. Attention le timbre est payant;
- Si vous recevez du courrier à l'agence de la CPS de Paris, la visiteuse vous le remettra.

#### > Par téléphone

#### Depuis votre chambre d'hôpital:

Sous certaines conditions, vous pouvez recevoir des appels ou appeler. L'ouverture de la ligne et les frais de communications sont à votre charge. Demander à la surveillante du service la procédure à suivre.

#### À partir d'une cabine téléphonique :

Il vous suffit d'acheter une carte téléphonique.

#### A partir de votre vini:

Vous pouvez acheter une carte à puce rechargeable dans des bureaux de tabac ou des magasins de téléphonie.

#### En PCV:

En cas d'urgence, vous pouvez appeler votre famille en P.C.V (demander à votre surveillant). Les frais seront à la charge de votre famille.

Comment téléphoner depuis la France métropolitaine en Polynésie française? Composez le oo + 689 + numéro de votre correspondant

#### > Par fax

C'est un service payant. Vous pouvez vous renseigner auprès de :

- l'agence de la CPS à Paris;
- l'association A TAUTURU IA NA Paris;
- des centres d'hébergement.

#### > Par internet

Il existe des cybercafés et des centres de services dans divers endroits de Paris vous donnant accès à internet. **C'est un service payant.** 

N'oubliez pas de dire à vos proches de mentionner au standard qu'ils appellent de la Polynésie Française.

#### Horaire de décalage

Il y a 12 heures de décalage en été et 11 heures de décalage en hiver entre la France métropolitaine et la Polynésie.

**Exemple :** quand vous téléphonez depuis la France à 20h00 le soir (heure d'été), en Polynésie, il est 8h00 du matin.

## **Votre argent**

Nous vous conseillons de prendre de l'argent de poche en prévision des frais possibles, lors de votre séjour.

## > Change

Vous pouvez faire le change auprès de votre banque avant votre départ (montant suggéré : 60 000 Fcfp soit 500 euros, à voir en fonction de la durée de votre séjour).

**Pour information :** 1 euro équivaut à 119,332 Fcfp.

#### > Carte bleue

Pensez à prendre votre carte bleue, si vous en avez une, et à vérifier sa date de validité.

# Lors de votre séjour, quelques recommandations :

Les vols d'argent et de bijoux sont fréquents (à l'hôpital, à l'hôtel...). Nous vous recommandons de ne garder qu'une partie de votre argent et de déposer le reste :

- Soit auprès de la surveillante du service pour qu'elle le mette au coffre de l'hôpital;
- Soit au coffre de votre hôtel ou pension. Certains centres d'hébergement comme l'hôtel Campanile- Villejuif ne disposent pas de coffre. Renseignez-vous.

# > Envoi d'argent

Si votre famille souhaite vous envoyer de l'argent, les organismes bancaires proposent différents modes de transfert comme, par exemple, le mandat-lettre et l'envoi par mandat télégraphique. Renseignez-vous.

Faites préciser par votre famille le service et, si possible, le numéro de votre chambre à l'hôpital.



Le soir, le week-end et les jours fériés, le coffre de l'hôpital est fermé. Soyez donc vigilant : si vous êtes amené à sortir de l'hôpital (sortie définitive ou transfert dans un autre hôpital), pensez à récupérer vos biens personnels.

Votre arrivée

# **VOTRE ARRIVÉE**

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

# Exemples de frais possible lors de votre séjour





Achat d'une <b>carte téléphonique</b> (120 unités)	41 €	Soit	5 ooo Fcfp
Achat d'une carte à puce rechargeable Prix des recharges variables	Env 15 € de 10 € à 100 €		1 800 Fcfp 1 200 Fcfp 12 000 Fcfp
Argent liquide (frais imprévus, argent de poche)	250 €	Soit	30 000 Fcfp
Timbres	5 €		600 Fcfp
<b>Télévision :</b> Contactez la surveillante	5 €	Soit	600 Fcfp/jour
<ul> <li>Frais de lessive</li> <li>au Rosier Rouge, à la Croisée et à Casa Mia</li> <li>en laverie pour un lavage et un séchage.</li> <li>Seul l'hôtel Campanile-Villejuif possède un service de blanchisserie (payant) mais pas de laverie.</li> </ul>	5 € 11 €	Soit Soit	600 Fcfp/lessive 1 300 Fcfp
Achat de médicaments non pris en charge et hors hospitalisation	50 €	Soit	5 900 Fcfp
Achat d'un forfait Navigo au mois pour vos accompagnateurs	60,40 €	Soit	6 700 Fcfp
Comptez environ	500 €	SOIT	60 000 Fcfp

# Vos déplacements dans Paris et sa banlieue

Le bus, le métro, le RER, le tramway et même le taxi sont des moyens de transport qui vous permettront d'aller d'un bout à l'autre de Paris et de sa banlieue. Les plans de déplacement sont disponibles gratuitement aux guichets de la RATP.

Vous pouvez en demander lorsque vous achetez vos tickets de métro. A chaque station de métro, vous avez le plan du quartier et le plan du métro qui vous permettront de vous repérer. N'hésitez pas à demander votre chemin au guichetier.

Vous avez la possibilité d'acheter vos tickets à l'unité, à la semaine ou au mois. Le forfait Navigo vous permet de circuler à volonté dans Paris et sa banlieue en bus, en tramway, en RER ou en métro.

#### A titre indicatif:

Un ticket à l'unité coûte 1,70 euro (environ 200 Fcfp). Le forfait Navigo semaine coûte en fonction de la zone choisie entre  $18,85\,\varepsilon$  et  $33,40\,\varepsilon$  (soit entre 2 300 et 4 000 Fcfp). Le forfait au mois revient de  $62\,\varepsilon$  à  $109,90\,\varepsilon$  (soit entre 7 400 Fcfp et 13 000 Fcfp). – Tarifs applicables depuis le  $1^{\rm er}$  juillet 2011.

Pour établir le forfait Navigo, une photo d'identité vous sera demandée. Pensez à avoir sur vous votre carte d'identité (en cas de contrôle).

En soirée, les transports sont moins fréquents. Faites attention à l'heure, sinon préférez le taxi. Selon les stations, le métro est ouvert de 5 heures du matin à 1 heure le lendemain matin.

Votre arrivée



# **VOTRE ARRIVÉE**

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

# Numéros pratiques en France métropolitaine

## L'agence CPS de Paris

L'agence de la CPS est à votre écoute afin que votre séjour en France métropolitaine se déroule le mieux possible et dans de bonnes conditions, tant sur le plan personnel, médical, administratif et social.  Depuis la Polynésie française ou l'étranger, composez le :

#### 00 33 1 53 10 20 60.

Depuis la France métropolitaine, composez le :

01 53 10 20 60.



#### Adresse

28, Boulevard St-Germain, 75 005 Paris

#### **Email**

agence-paris@cps.pf

#### **Heures d'ouverture:**

Du lundi au jeudi de 9 h oo à 17 h oo Le vendredi de 9 h oo à 16 h oo

Votre arrivée

Durant votre séjour, les visiteuses vous rendront visite, vous apporteront un soutien moral. En cas de besoin, elles assurent également la traduction lors de vos rendez-vous avec les médecins. Elles sont en étroite collaboration avec le/la surveillant(e), les infirmières, les médecins, et les assistantes sociales.

N'hésitez pas à les contacter quand vous en éprouvez le besoin.

Contactez l'agence pour tout changement de votre situation : médicale, administrative, vos sorties, (permission, séjour extrahospitalier, transport, retour...)

Toute l'équipe reste à votre écoute durant votre séjour.



# L'ACCOMPAGNATEUR FAMILIAL

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

Vous avez pris la décision d'accompagner le patient et d'apporter votre soutien.

Voici quelques recommandations pour organiser au mieux votre déplacement en France métropolitaine.



#### > Avant le départ

Si vous travaillez, veillez à vous mettre en règle avec votre employeur pour votre demande de congés. Renseignez-vous auprès de votre caisse d'affiliation ou assurance pour votre couverture sociale hors du pays.

Pour parer au plus urgent, munissezvous de liquidités pour assurer vos frais divers durant votre séjour (60 000 Fcfp), soit 500 €.

#### > Au départ :

À l'aéroport, Europ Assistance Océanie (EAO) vous accueillera et vous aidera si vous enregistrez en même temps que le patient.

## À l'arrivée :

Si vous êtes accompagnateur pris en charge par la CPS, EAO met en place votre transport.

Si vous êtes accompagnateur non pris en charge par la CPS et si vous n'avez pas la possibilité d'accompagner le patient dans le véhicule, contactez l'association A Tauturu la Na ou munissez-vous des adresses de l'hôpital et de votre hébergement. N'hésitez pas à demander à l'agent de la CPS le moyen de prendre un taxi.

#### > Lors de vos déplacements :

Conservez sur vous votre carte d'identité ou votre passeport, votre carte bancaire, votre carnet d'adresses et de téléphone.\*

#### **Contact à Paris**

La Fédération A Tauturu la Na est à votre écoute et peut vous apporter des conseils supplémentaires. **Renseignez vous :** Tél. 43 60 10.

Les membres de la Fédération préviendront les représentants de l'association de Paris de votre arrivée.

**Contact à Paris** Tél. 01 45 29 12 68 ou Portable 06 16 33 10 16 *Voir aussi contacts en page 2*.

\* Voir page 17 :
« Vos
déplacements
dans Paris et sa
banlieue »

L'accompagnateur familial

# Votre présence à Paris

Vous êtes l'interlocuteur privilégié auprès de l'agence de la CPS à Paris et du personnel hospitalier.

Cet accompagnement demande une certaine autonomie :

- Connaître les différents moyens de transport et leur utilisation,
- Les commodités pour la lessive et leur utilisation,
- Les moyens de communication téléphonique avec le malade, les différents services de l'hôpital, l'agence de la CPS à Paris, l'association A Tauturu la Na Paris et la famille.
- Les moyens de retirer de l'argent (dans une banque, dans une billetterie), de recevoir de l'argent de la famille.

## L'accompagnateur familial pris en charge par la CPS

L'accompagnateur familial pris en charge par la CPS relevant du régime des salariés, du régime des non salariés, du régime de solidarité et de l'ENIM bénéficie de la prise en charge:

- Du billet d'avion Papeete-Paris aller et retour, ainsi que le tronçon vers la province si nécessaire et le transfert vers votre lieu d'hébergement.
- De l'hébergement et des repas (maison des parents, foyer...) à hauteur d'un forfait de 6 610 Fcfp, soit 55,40 ε par jour (tarif 2011).

Si le patient est en hospitalisation, vos tickets repas (repas pris à l'hôpital) seront remis par la visiteuse. Contactez l'agence de la CPS à Paris (Tél. 01 53 10 20 60) pour leur renouvellement.
Tout ticket non utilisé doit être

Tout ticket non utilisé doit être restitué à l'agence CPS de Paris.

Vos déplacements personnels restent à votre charge.

Le transport du lieu d'hébergement au lieu de soins est pris en charge uniquement pour la personne qui accompagne un enfant.

# Changement d'accompagnateurs pris en charge par la CPS

En cas de changement d'accompagnateur, le billet d'avion n'est pas pris en charge mais l'accompagnateur peut bénéficier de l'aide de la continuité territoriale.

Le transfert de/vers l'aéroport reste à ses frais, en revanche, la CPS prend en charge l'hébergement et les repas.

# L'ACCOMPAGNATEUR FAMILIAL

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

## L'accompagnateur familial non pris en charge par la CPS

Votre présence permanente représente un soutien pour le patient.

Avertissez le plus tôt possible le service EVASAN de la CPS (Tél. 41 68 50 ou 41 68 52) de votre décision d'accompagner le patient.

Nous vous rappelons que l'ensemble des frais durant votre séjour est totalement à votre charge, à savoir :

 Les transports aériens et terrestres (y compris les transferts de/vers l'aéroport).

Si vous bénéficiez de la continuité territoriale, vous devez effectuer votre réservation et récupérer votre billet d'avion.

Si vous voyagez sans le patient, vous devez également organiser votre séjour :

- L'hébergement et les repas ;
- Les frais divers.

Dans les mêmes conditions que pour la continuité territoriale, la CPS vous fait bénéficier pour votre hébergement des accords tarifaires qu'elle a avec des groupes hôteliers.

L'agence de Paris et l'association A Tauturu la Na sont à votre écoute pour toutes informations lors de votre séjour.

# La prise en charge des soins pour les accompagnateurs non pris en charge par la CPS

Pour l'accompagnateur non pris en charge par la CPS, toute consultation médicale sera à sa charge et remboursée à Tahiti par la CPS, sur présentation d'un justificatif, à 80 % du tarif de la Sécurité sociale métropolitaine.

Toute hospitalisation pourra faire l'objet d'une prise en charge. Contactez l'agence de la CPS à Paris.



# SI VOUS ÊTES UN ASSURÉ DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

## Si vous êtes un assuré du régime de la sécurité sociale

Dans le cadre des accords de coordination des régimes polynésiens et métropolitains

de sécurité sociale, la CPS avance les frais de transport aérien pour les ressortissants de la Sécurité sociale métropolitaine à jour de leurs droits. la sécurité sociale

Assuré de



Les frais médicaux et d'hospitalisation sont pris en charge directement par votre caisse primaire d'affiliation suivant sa réglementation et sur présentation de votre carte vitale.

Munissez-vous de l'attestation, de vote carte vitale, de votre feuille d'imposition et de vos trois derniers bulletins de salaire.

Rapprochez-vous de votre caisse d'affiliation avant votre départ afin de mettre à jour vos droits.

#### > Frais de transport

La CPS fait l'avance de la prise en charge pour le compte de votre caisse :

- Billet aller/retour Papeete Paris;
- Transfert aller-retour, mis en place par EAO, de l'aéroport au lieu de destination.

Sous certaines conditions et sur prescription médicale, le transport aller/retour de votre lieu d'hébergement – hôpital pour des consultations ou des soins est pris en charge après l'obtention de l'accord préalable de votre caisse d'affiliation.

Rapprochez-vous de l'assistante sociale du service où vous êtes hospitalisé pour vérification de vos droits (transport et ou administratif).

#### > Accueil à Paris

Un agent de la CPS vous accueille à votre sortie de la zone sous-douane, récupère votre billet d'avion et celui de votre accompagnateur, vous informe des modalités de votre séjour et vous dirige vers le transporteur mis en place par EAO.

# SI VOUS ÊTES UN ASSURÉ DU RÉGIME DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

# Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

#### > Durant votre séjour

#### Frais d'hébergement

Vos frais d'hébergement et ceux de votre accompagnateur sont à votre charge.

Les foyers tels que le Rosier Rouge et la Croisée peuvent vous faire bénéficier d'un tarif calculé suivant vos ressources mais en aucun cas, vous ne serez remboursés par votre caisse primaire.

Pour les patients suivis à l'Institut Gustave Roussy en consultation simple, il n'y a pas de prise en charge de l'hébergement par la Sécurité sociale.

En revanche, si vous suivez une radiothérapie, vous bénéficiez de la prise en charge de votre hébergement à l'hôtel Campanile-Villejuif, de par la convention existant entre ces deux établissements, à compter du premier jour jusqu'à la fin de votre traitement. Le forfait journalier hospitalier est dû, sauf si vous avez une mutuelle complémentaire.

#### Frais médicaux

Lors de votre hospitalisation, un forfait journalier de  $16 \, \varepsilon$  par jour (soit  $1909 \, F$  cfp)\* et un forfait de  $18 \, \varepsilon$  (soit  $2148 \, F$ cfp pour tout acte dont le tarif est égal ou supérieur à  $91 \, \varepsilon$  (soit  $10859 \, F$ cfp) sont dûs.

En externe : pour les laboratoires d'analyses médicales, pour les centres de radiologies, pour les soins de rééducation, pour les pharmacies et pour les transports sanitaires terrestres votre carte vitale, à jour, est indispensable.

Pour les patients avec mutuelle complémentaire, renseignez-vous auprès de votre organisme de gestion.

#### Prise en charge des médicaments

Présentez votre carte de Sécurité sociale pour l'achat des médicaments prescrits sur l'ordonnance, pour bénéficier du tiers payant.

A défaut de prise en charge, vous devez régler la facture et adresser à votre centre de Sécurité sociale tous vos justificatifs :

- Feuille de maladie sur laquelle ont été apposées les vignettes des médicaments;
- Ordonnance:
- Relevé d'identité bancaire ou postal (RIB ou RIP).

Les médicaments non remboursés par la Sécurité sociale sont à la charge du malade.

<sup>\*</sup> forfait sécurité sociale 2008.

# **VOTRE RETOUR AU FENUA**

#### Votre retour en Polynésie française

Votre retour à Papeete a été décidé par votre médecin de l'hôpital d'accueil. Ce dernier établit un certificat médical autorisant votre retour qu'il transmet à l'agence CPS de Paris pour l'organisation de votre départ. Le/la surveillant(e) ou l'assistante sociale du service avertit l'agence de la CPS à Paris.

Si vous êtes en «externe», informez la CPS de Paris que vous avez une autorisation de départ. Un médecin régulateur d'EAO vous contactera pour confirmer votre aptitude à voyager.

L'agent CPS se charge de la réservation de vos places d'avion vers Papeete. Il informe EAO qui réserve et confirme votre transport de l'établissement hospitalier ou du centre d'hébergement vers l'aéroport.

#### › Avant la sortie de l'hôpital

Pensez à demander vos documents, à savoir :

- Le compte-rendu médical d'hospitalisation remis par votre médecin;
   Ce document sera à remettre à votre retour à votre médecin de Tahiti et au médecin conseil de la CPS;
- Vos documents médicaux (radiographies, scanner, etc) que

vous aviez emmenés avec vous de Tahiti :

- Votre bulletin d'hospitalisation auprès du/de la surveillant(e) ou service des admissions. Il est destiné à la CPS et à votre employeur;
- Un certificat médical pour les patients détenteurs d'un appareil cardiaque mécanique, indispensable pour franchir le détecteur laser à l'entrée de la douane.

Pensez à récupérer votre argent et vos effets personnels, si vous les aviez laissés au coffre ou au service dépôt de l'hôpital lors de votre hospitalisation.



Votre retour au Fenua

#### **VOTRE RETOUR AU FENUA**

#### Guide L'évacuation sanitaire en France métropolitaine

#### La préparation de vos bagages \* (rappel)

Votre billet vous donne droit à :

- 1 bagage à main de moins de 10 kg en cabine;
- 1 bagage en soute ayant un poids maximum de 23 kg en classe économique ou 2 bagages de 32 kg en classe business;
- Tout excédent de bagages ou supplément de bagages seront à vos frais. Ils seront facturés selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes:
- Pour chaque bagage dépassant 23 kg et jusqu'à hauteur de 32 kg, un forfait de 75 ε pour Air France et un forfait de 70 ε par kilo pour Air Tahiti est appliqué.
- Chaque bagage supplémentaire est facturé selon les tarifs en vigueur des compagnies aériennes.

Sur Air France : 100  $\epsilon$  par bagage et Air Tahiti Nui : 100  $\epsilon$  par bagage supplémentaire.

Les ambulanciers peuvent refuser votre excédent de bagages.

Vérifiez si le ruban rouge et blanc sur les poignées de vos bagages est toujours en place.

#### > Votre transport à l'aéroport

Que vous soyez hospitalisé ou en externe, EAO se charge de réserver et confirmer votre transport de l'établissement hospitalier ou du centre d'hébergement vers l'aéroport

#### > À l'aéroport

Un agent de la CPS s'occupe de votre enregistrement.

#### > À votre arrivée à Faaa

Seuls les patients bénéficiant d'un retour médicalisé avec escorte et nécessitant un VSL ou une ambulance seront pris en charge par EAO.

#### Rappel

Dès votre retour sur le fenua, vous devez revoir votre médecin traitant de Papeete et le médecin-conseil de la CPS pour contrôle et le visa du traitement.

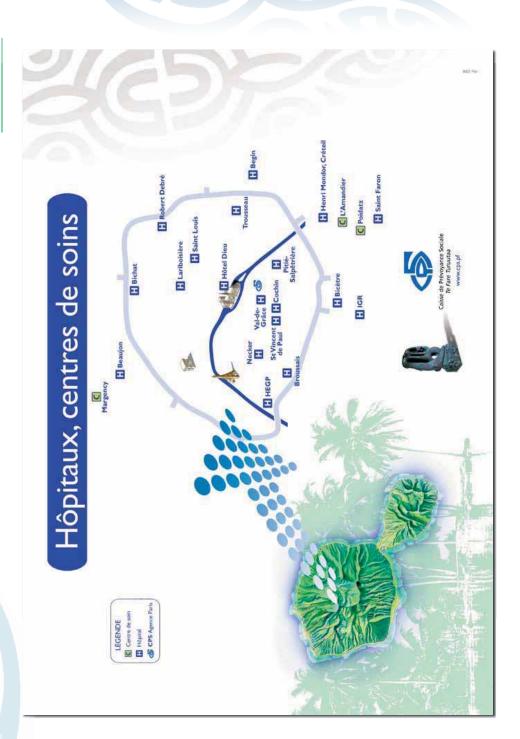
Si vous résidez dans les îles, effectuez cette visite avant votre retour dans votre île.

<sup>\*</sup> suivant la réglementation aérienne

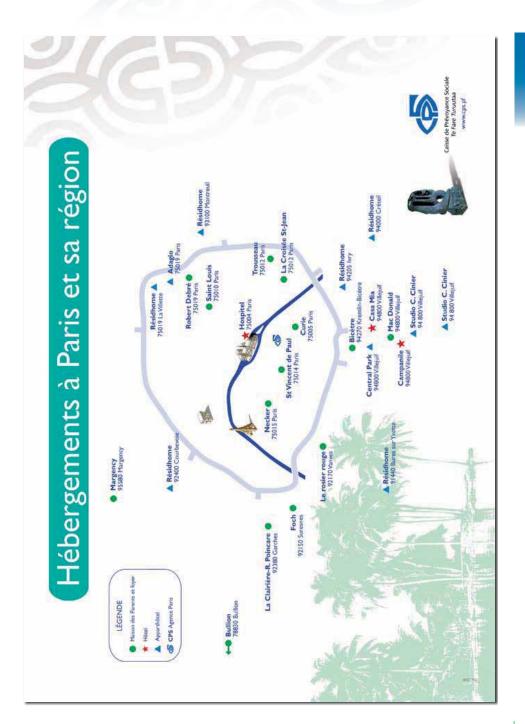


# HÔPITAUX ET CENTRES DE SOINS À PARIS

Guide
L'évacuation
sanitaire
en France
métropolitaine



# **HÉBERGEMENTS À PARIS**



Cartes

### REGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ D'ÉVALUATION DES ÉVACUATIONS SANITAIRES

# REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE D'EVALUATION DES EVACUATIONS SANITAIRES HORS TERRITOIRE

#### **Article 1er. - COMPOSITION**

Aux termes de l'arrêté n° 160/CM du 8 février 2001, la composition du Comité d'Evaluation des Evacuations Sanitaires est la suivante :

- **<u>Président</u>** : Le Ministre de la Solidarité et de la Famille

#### - Membres :

- · Le Ministre de la Santé,
- · Le Directeur de la Caisse de Prévoyance Sociale,
- · Le Directeur de la Santé,
- · Le Chef de Service des Affaires Sociales,
- Le Directeur du Centre Hospitalier Territorial,
- · Le Médecin Chef du Contrôle Médical de la Caisse de Prévoyance Sociale,
- · Un représentant des usagers désigné par les Associations d'aide aux malades.

Ils peuvent être suppléés ou assistés par un autre représentant désigné par leur organisation.

Le Comité peut convier à titre consultatif toute personne dont la compétence s'avère utile à l'examen de certains dossiers.

#### **Article 2. - ATTRIBUTIONS**

Suivant l'article 18 de la Délibération n° 2001-6 APF du 11/01/2001, le Comité analyse les objectifs fixés par l'article 3 de ladite délibération qui confère à la Caisse de Prévoyance Sociale la mission d'organisation, de suivi et de gestion de l'ensemble du dispositif médical, administratif et social des évacuations sanitaires, dans le but :

- De faciliter et optimiser la coordination des procédures et moyens nécessités par une évacuation sanitaire ;
- D'améliorer la qualité de soins et de service aux usagers ;
- De centraliser les données nécessaires à la connaissance épidémiologique et financière des flux sanitaires ;
- D'informer les pouvoirs publics sur l'évolution de la prestation.

#### **Article 3. - MODE DE FONCTIONNEMENT**

#### a) Convocation

L'ordre du jour de la réunion est arrêté par le Président. Il doit être indiqué dans les lettres de convocation et accompagné des documents écrits nécessaires à l'examen des dossiers.

Le Comité se réunit au moins deux fois par an sur convocation du Président ou à la demande d'un tiers des membres.

Les lettres de convocation doivent être adressées par écrit 8 jours au moins avant la date prévue pour la réunion ; en cas d'urgence, ce délai est ramené à 3 jours sur décision du Président.

#### b) <u>Déroulement des réunions</u>

#### \* Quorum

- \* Tout membre du Comité peut donner en cours de séance un pouvoir à un autre membre. La procuration doit être donnée par écrit et revêtue de la signature du mandant.
- \* Tout membre du Comité peut détenir deux pouvoirs dans la même séance.
- \* Le Comité ne peut valablement se réunir que si les 2/3 des membres qui le composent assistent à la séance.

A défaut de quorum, une deuxième réunion est fixée dans un délai de 8 jours à compter de la première réunion avec le même ordre du jour.

Aucune exigence de quorum n'est alors requise.

\* La direction des débats est assurée par le Président ou son représentant.

#### \* <u>Majorité</u>

Les avis du Comité sont pris à la majorité des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

#### \* Rédaction du procès-verbal de réunion

Le secrétariat est assuré par la C.P.S.

Le compte-rendu des débats est établi par la secrétaire sous le contrôle du Président. Le procès-verbal doit être signé par le Président dans un délai de 30 jours.

Toutes les personnes présentes au sein du Comité sont tenues au strict respect du secret professionnel et du secret des délibérations. Aucun document obtenu dans le cadre d'une fonction quelconque au sein du Comité ne doit faire l'objet d'une communication de quelque nature que se soit.

## COMPTE RENDU DU COMITÉ D'ÉVALUATION DES ÉVACUATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES DU 24 JUIN 2008

#### CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE

#### PROCES-VERBAL DE REUNION

# DU COMITE D'EVALUATION DES EVACUATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES

#### Séance du 24 juin 2008

LE COMITE D'EVALUATION DES EVACUATIONS SANITAIRES INTERNAITONALES s'est réuni le mardi 24 juin 2008 à 15 h 30, dans la salle de délibérations de la C.P.S., sous la présidence de M. Jules IENFA.

#### ETAIENT PRESENTS

M.	Jules IENFA	Ministre de la santé et de la prévention, président du Comité
Mmes	Armelle MERCERON	Ministre de la solidarité et du logement
	Aline SUE	Directrice par intérim de la CPS
DR	Dominique POLYCARPE	Représentant la directrice de la santé
M.	Paul TETAHIOTUA	Directeur des affaires sociales
Mme	Geneviève CAZES	Représentant le directeur du CHPF
DR	Vincent DUPONT	Sous-directeur des prestations de santé et prévention de la CPS
M.	Patrice JAMET	Représentant des usagers

#### ASSISTAIENT EGALEMENT A LA SEANCE

Mme	Jeannette MASSINON	Direction des Affaires Sociales
MM.	Yann GAUDU	Membre de l'Association A Tautura Ia Na
	Jean-Michel GARRIGUES	Ministère de la solidarité et du logement
	Philippe SAMYN	Agent-comptable de la CPS
DR	Gilles LEVY	Chef du service contrôle médical de la CPS

-:-

#### ORDRE DU JOUR

	Pages
I°/ - BILAN DES EVACUATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES	2 à 11
II°/ - BILAN DES EVACUATIONS SANITAIRES INTER-ILES	12 à 17
IIIº/ - BILAN DES CONSULTATIONS AVANCEES	17 à 21

. . .

La séance est ouverte. Il est 15 h 45.

-:-

LE PRESIDENT remercie les membres du Comité de leur présence. Il propose d'aborder l'examen de l'ordre du jour.

-:-

#### I°/-BILAN DES EVACUATIONS SANITAIRES INTERNATIONALES

LE PRESIDENT donne la parole à M. SAMYN.

M. SAMYN propose un diaporama avec des chiffres parlants et, étant aphone, demande au Dr DUPONT de le commenter à sa place.

#### Données démographiques

DR DUPONT explique que cette première diapositive montre la répartition des évasans internationales par trois grandes tranches d'âge :

	2007	<u>2006</u>
0-40 ans:	42 %	42 %
40-60 ans:	36 %	34 %
plus de 60 ans:	22 %	24 %

En 2007, l'âge maximum d'un patient était de 89 ans. On observe une surmorbidité au-dessus de 40 ans et l'âge médian est de 46 ans. Ces évasans en 2007 ont concerné 632 patients.

Par rapport à 2006, ces données restent stables.

#### Répartition des évacuations sanitaires par destination

1.90.05	Fra	ince	Nouvelle	e-Zélande	TO	TAL
Année de départ	Nbre	Poids	Nbre	Poids	Nbre	Poids
2003	565	74 %	201	26 %	766	100 %
2004	551	78 %	152	22 %	703	100 %
2005	567	81 %	137	19 %	704	100 %
2006	568	79 %	152	21 %	720	100 %
2007	540	80 %	135	20 %	675	100 %

Ce tableau montre l'évolution sur les cinq dernières années des évacuations sanitaires sur la Métropole et sur la Nouvelle-Zélande, avec une stabilité des orientations pour la France, soit 80 %, et pour la Nouvelle-Zélande de 20 %.

On note une diminution modérée mais constante depuis 2003, du nombre d'évacuations sanitaires puisqu'on est passé de 766 à 675 sur cinq ans, avec un poids similaire tant sur la France que la Nouvelle-Zélande (80/20 %).

M. GARRIGUES pense qu'il est intéressant de constater qu'il y a une diminution des évacués sanitaires, tant en Métropole qu'en Nouvelle-Zélande, mais il faudrait également rapprocher ce chiffre à l'évolution de la patientèle pour qu'il soit encore plus pertinent.

Là, on est en valeur absolue, mais si on faisait le ratio par rapport à la patientèle : par exemple en 2003, 565 évacuations sanitaires correspondraient à quel ratio par rapport à la patientèle et par rapport à 2007 ? Il serait intéressant d'avoir aussi cette analyse croisée.

DR DUPONT répond qu'en 2004, le taux d'évacuation sanitaire était de 30 pour 10 000 habitants. En 2006 et 2007, on a un ratio qui est de 26 pour 10 000 habitants, donc une baisse sensible.

La mise en place de la coronarographie et de l'IRM sur le territoire a engendré une diminution assez nette des évasans notamment sur la Nouvelle-Zélande, alors qu'en Métropole, on reste relativement stable.

M. GARRIGUES indique que la Commission est réunie pour examiner et analyser ces chiffres intéressants mais également pour permettre aux ministères de présenter demain au Conseil des Ministres, une communication sur l'évolution des évacuations sanitaires, directement liée à l'ouverture de la nouvelle structure hospitalière, et voir comment envisager sereinement une diminution des évacuations sanitaires et donc un gain en terme d'économies, par rapport à la prise en charge de protocoles de soins et de pathologies au niveau du plateau technique de cette nouvelle structure.

Il serait intéressant d'avoir des éléments plus poussés pour aller au bout de l'analyse.

		2006			2007	1
	Nbre d'évasans	Montant remboursé	Poids	Nbre d'évasans	Montant remboursé	Poids
ENIM	10	92 938 364	3 %	2	9 140 274	0 %
SECU	88	83 865 968	3 %	91	72 936 143	3 %
RNS	57	119 437 590	4 %	63	203 839 274	9 %
RGS	446	1 934 403 811	63 %	403	1 465 755 992	61 %
RST	119	858 275 307	28 %	116	640 985 032	27 %
TOTAL	720	3 088 921 040	100 %	675	2 202 050 745	400.0/

Coût des évacuations sanitaires internationales

Ce tableau montre la répartition globale de prise en charge et de couverture par régime : 61 % pour le RGS, 27 % pour le RSPF, 0 % pour l'ENIM malgré 3 évasans en 2007, 3 % pour la SECU et 9 % pour le RNS.

Cette répartition se superpose dans la population gérée par la CPS.

En 2006 pour 720 évacuations sanitaires, la dépense totale est de 3 milliards, alors qu'en 2007 pour 675 évacuations sanitaires, le coût est de 2,4 milliards, en sachant que les chiffres sont amenés à encore évoluer car la facturation s'étale sur un, deux, trois, voire quatre ans pour certaines évacuations sanitaires.

LE PRESIDENT demande si la prescription d'un an ne s'oppose pas.

DR DUPONT répond que la prescription est de deux ans en Métropole. Il précise que l'on parle de dates de soins.

# Répartition du coût des évacuations sanitaires par année de départ et année de soins

				Année de soins	S		
Année de départ	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (1 <sup>er</sup> trimestre)	TOTAL
2003	1 879 870 047	379 087 614	15 585 456	2 598 348	0	0	2 277 141 465
2004	0	1 946 883 173	390 237 918	65 083 097	24 683 558	5 262 004	2 432 149 750
2005	0	0	2 124 361 129	374 505 140	77 288 558	9 145 050	2 585 299 877
2006	0	0	0	2 447 908 826	622 106 144	18 906 070	3 088 921 040
2007	0	0	0	0	2 277 447 428	115 209 287	2 392 656 715
1 <sup>er</sup> trim. 2008	0	0	0	0	0	158 880 144	158 880 144

L'AGENT-COMPTABLE informe qu'il a voulu mettre en lumière ce que l'on vient de dire, c'est-à-dire que selon l'angle que l'on a pour regarder les chiffres, si on s'intéresse aux années de départ et de soins, on se rend compte qu'il faut très longtemps pour avoir une vision définitive.

Il donne l'exemple de 2003 où il a fallu attendre 2007.

# Etalement du coût des évacuations sanitaires par année de départ et année de soins

Année de		1000	An	née de so	oins		
départ	2003	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
2003	82,6 %	16,6 %	0,7 %	0,1 %	0 %	0 %	100 %
2004		80 %	16 %	2,7 %	1 %	0 %	100 %
2005			82,2 %	14,5 %	3 %	0,4 %	100 %

M. GARRIGUES note qu'avec l'année de départ 2004, les pourcentages en année de soins sont les suivants :

- 80 %: année 2004 - 16 %: année 2005 - 2,7 %: année 2006 - 1 %: année 2007

Pour l'année 2005, on retrouve à peu près cette même déclinaison.

Pendant plusieurs années, on aura des soins par rapport à une année de départ. Si on conjugue en plus avec l'année de paiement, on aura trois variables : année de départ, année de soins et année de paiement. Là, il y a une difficulté majeure pour identifier réellement le coût, le poids des évacuations sanitaires par année.

L'AGENT-COMPTABLE précise que cela permet de faire de la prospective, comme indiqué par les chiffres bleus de la page 7 qui sont extrapolés de la règle.

Mme MERCERON s'étonne du pourcentage de - 11 % en 2007.

L'AGENT-COMPTABLE répond que, a contrario, en regardant en année de soins, la progression est de 4 %. C'est cela qu'il veut souligner, c'est-à-dire qu'il faut toujours être prudent quand on regarde des chiffres et savoir de quel côté on les regarde. C'est flagrant pour 2007. A son sens, il est plus important de parler de l'année de soins que de l'année de départ. Cette dernière est un phénomène ponctuel.

Pour les régimes sociaux, c'est bien l'année de soins qui compte.

#### Ventilation par type de frais

DR DUPONT indique que la répartition est la suivante :

- frais d'hospitalisation:	76 %	
- frais médicaux :	3 % > = 80 %	
- frais pharmacie:	1%	
- frais de transport :	12% = 20%	
- frais de séjour :	8 % } = 20 %	

La frais d'hospitalisation reste la part la plus importante.

On s'aperçoit que 87 % des patients bénéficient de soins en hospitalisation de jour en soins externes en Nouvelle-Zélande, et à hauteur de 70 % en France. Les durées d'hospitalisation sont donc réduites mais les durées de séjour augmentent.

MME MERCERON demande si ces frais intègrent les accompagnateurs agréés.

DR DUPONT répond affirmativement.

L'AGENT-COMPTABLE ajoute qu'ils sont intégrés dans les frais de séjour et dans les frais de transport.

M. GARRIGUES informe qu'à ce niveau de présentation, la chose intéressante à noter est que si on considère que les 76 % du coût sont directement liés à l'hospitalisation avec la prise en charge pathologique en structure hospitalière et que l'on applique la T2A à 1.39, on est à 105 %.

Demain, dans la nouvelle structure hospitalière du Taaone et dans le cadre de l'application de la CCAM, il faudrait appliquer une T2A à 1.29 pour avoir un taux d'équilibre. Avec un taux de 1.39, la T2A est surévaluée.

LE PRESIDENT souligne qu'il y a eu une tentative d'estimation d'une bonne valeur de la T2A. Il demande où on en est de cette étude.

DR DUPONT répond qu'en interne, la CPS a fait une étude avec une variation inférieure, la fourchette se situant entre 1.27 et 1.35, en 2004. Parallèlement, le CHPF de son côté a déterminé un taux à 1.39 sur une comptabilité analytique et sur des dépenses. Il a ensuite continué l'étude au travers de la fédération hospitalière qui a affiné et fait un exposé qui tombe sur un taux similaire, par rapport à une étude sur l'ensemble des établissements, soit entre 1.35 et 1.40.

Par contre, lorsque le CHPF cible sur des établissements avec des activités plus spécifiques comme les hôpitaux de dernier recours avec la neurochirurgie, l'hémodialyse, il arrivait à 1.40 ou 1.50.

Il a donc été proposé de poursuivre conjointement l'étude pour essayer de trouver la bonne valeur.

Parallèlement, l'Agent-Comptable a fait des démarches auprès de la CRAMIF pour connaître sa position. Celle-ci a évincé un peu la problématique en disant qu'il ne fallait pas s'engager dans cette voie.

Des démarches ont également été faites auprès du Service des affaires économiques du territoire pour obtenir leur soutien et essayer d'évaluer quels seraient les surcoûts. Ce service est d'accord pour travailler sur le dossier mais pour le moment, il n'a pas beaucoup de ressources pour le faire et l'étude n'a pas avancé.

#### Les coûts moyens

	MONTANTS				COUT MOYEN			
	France	NZ	Total	Variation	France	NZ	Total	Variation
2003	1 845 MF	432 MF	2 277 MF	-	3,3 MF	2,2 MF	3,0 MF	-
2004	1 941 MF	491 MF	2 432 MF	7 %	3,5 MF	3,2 MF	3,5 MF	16 %
2005	2 039 MF	547 MF	2 585 MF	6 %	3,6 MF	4,0 MF	3,7 MF	6 %
2006	2 526 MF	563 MF	3 089 MF	19 %	4,4 MF	3,7 MF	4,3 MF	17 %
2007(*)	1 924 MF	469 MF	2 393 MF	NS		Non sign	nificatif (*)	

(\*) Les soins concernant cette année de départ ne sont ni terminés ni complètement facturés.

DR DUPONT informe que ce tableau montre un comparatif entre la France et la Nouvelle-Zélande sur les coûts moyens estimés par évasan.

Pour l'année 2006, le montant est de 4,4 millions par évasan vers la France, alors qu'en Nouvelle-Zélande, le coût est de 3,7 millions. Ces chiffres sont à relativiser puisqu'il faut voir le type de pathologie prise en charge. Il n'est pas significatif de comparer le coût moyen d'une évasan en sachant qu'en Métropole, la facturation se fait à la journée, à partir de 2009, elle se fera en T2A, alors qu'en Nouvelle-Zélande, elle se fait au forfait.

Les pathologies adressées en Métropole sont majoritairement des pathologies néoplasiques avec une prise en charge en chimiothérapie et radiothérapie au départ, alors que sur la Nouvelle-Zélande, c'est plutôt de la cardiologie avec un phénomène de taux de change et les tarifs de l'hôpital d'Auckland qui n'ont pas été révisés depuis 2006, la France ayant revalorisé les siens annuellement.

Quand on compare a priori des dossiers de prise en charge similaire, notamment la cardiologie, on arrive sur les dernières factures, pour un même geste et un patient présentant la même pathologie, aux mêmes coûts. Par contre, la durée de séjour est nettement inférieure en Nouvelle-Zélande.

MME MERCERON remarque une diminution assez importante du coût.

DR DUPONT ajoute que les patients évacués sanitaires sont de plus en plus lourds, compliqués et nécessitent des gestes spécifiques et techniques, ce qui explique que dans le CASMIX et la T2A, ces valeurs seront revalorisées de manière importante puisque beaucoup de choses sont prises en charge par la CPS.

#### Ventilation par pathologie

FRANCE	Land San
Catégories médicales	Poids
CANCERO	51 %
CARDIO	11 %
OBSTETRIQUE	7 %
OPHTALMO	5 %
NEUROLOGIE	4 %
URO-NEPHRO	4 %
BRULURES	3 %
AUTRES	10 %
TOTAL	100 %

Catégories médicales	Poids		
CARDIO	56 %		
OBSTETRIQUE	24 %		
CANCERO	8 %		
NEUROLOGIE	4 %		
BRULURES	2 %		
AUTRES	5 %		
TOTAL	100 %		

Ce tableau montre la cause médicale des évacuations sanitaires.

On retrouve principalement la cancérologie comme motif premier d'évasan sur la Métropole, soit 51 %, 11 % pour la cardiologie (pontages, valves, chirurgie cardiovasculaire), à l'instar de la Nouvelle-Zélande où la cardiologie totalise 56 % et l'obstétrique 24 % et comporte certes les malformations néonatales mais également les malformations cardiaques du nouveau-né.

Il précise que pour les grands brûlés, l'évacuation sanitaire se fait surtout sur la Nouvelle-Zélande parce qu'elle est beaucoup plus près. Dans ce cas, il y a des impératifs d'urgence comme pour les malformations.

LE PRESIDENT demande quels sont les cas de cancers envoyés en Nouvelle-Zélande.

DR DUPONT répond qu'il y a de la chirurgie ORL et de la scintigraphie.

DR LEVY ajoute qu'il y a également la radiologie thyroïdienne pour l'iode radioactif et de la radiothérapie. Cependant, ce ne sont pas les mêmes protocoles qu'en Métropole. Il y a une petite réticence des médecins en Polynésie à envoyer les patients en Nouvelle-Zélande pour la cancérologie.

LE PRESIDENT aimerait savoir si les patients sont orientés sur la Nouvelle-Zélande à la demande de la famille ou du malade.

DR LEVY répond que c'est surtout sur demande de la famille et du patient, car bien souvent, les gens sont attirés par le monde anglo-saxon. Cependant, les médecins exerçant sur le territoire sont assez réticents pour tout ce qui concerne la cancérologie. Il y a peu de correspondants en Nouvelle-Zélande pour les médecins en cancérologie.

DR DUPONT informe que pour 2007, on constate de nouveau des évasans pour des causes ophtalmologiques. A priori, l'arrêt des greffes de cornée au CHPF a généré, semble-t-il, quelques évasans alors qu'il y a deux ou trois ans, on les faisait sur place.

Il pense que certaines évasans pourraient être évitées à partir du moment où il existe des praticiens formés aux techniques et du matériel sur place.

Le contrôle médical a vérifié cette année par rapport aux ressources en personnel : la neurochirurgie en est un exemple. Il n'y a qu'un praticien et quand il est absent, les patients sont évacués sanitaires, tout comme pour les greffes oculaires, alors que ces éléments ont été mis en place mais n'ont pas été pérennes.

M. GARRIGUES pense que c'est un bon exemple pour faire un comparatif entre l'acte chirurgical réalisé sur le territoire et le coût de l'évasan, afin d'affiner l'analyse sur la T2A. Si l'évacuation sanitaire coûte plus cher, il est intéressant de le faire ici. Par contre, si le fait de faire l'opération sur le territoire coûte plus cher, on peut se demander ce qu'on fait là pour limiter les évacuations sanitaires.

DR DUPONT souligne que dans les motifs d'évasan, on retrouve en premier lieu la radiothérapie et la médecine nucléaire, les autogreffes, les greffes de foie, de reins et ensuite les soins spécialisés tant médicaux que chirurgicaux, avec une note particulière pour ce qui est de la rééducation des tétraplégiques lourds.

On peut espérer qu'avec la mise en place de la radiothérapie, on puisse diminuer les évasans, encore que la radiothérapie se spécialise de plus en plus. On n'intervient pas sur le cerveau comme sur un rein et là aussi, la possibilité en Métropole est large quand on évacue : sur l'IGR, il y a huit services. Le patient est orienté vers un service particulier. On peut se poser la question de la spécialisation ou bien de la « généralisation » du praticien. On peut peut-être faire des choix sur certains types de pathologies.

LE PRESIDENT revient sur ce que disait le Dr DUPONT sur les handicapés lourds que l'on envoie en rééducation à Berck. Il pense qu'il faut, ensemble et en particulier avec le CHPF et la Direction de la santé, réfléchir à un dispositif pour le retour de ces personnes. On les envoie en France mais ils ne reviennent pas car il n'y a pas de structure d'accueil sur le territoire. Il faut se pencher sur dossier.

M. JAMET rejoint la proposition du Président. Il a visité deux fois Berck. Un des patients lui a dit qu'il aimerait bien rentrer à Tahiti mais il n'y a rien pour l'accueillir. Il semblerait qu'il y ait un logement spécialisé à Faaone pour cet enfant. Pour la CPS, c'est une question de coût. Or, construire une maison adaptée à ce type d'handicap coûte moins que de rester pendant des mois en France.

DR DUPONT informe que lorsqu'il est allé à Berck, dix patients étaient pris en charge au Centre Callot, à hauteur de 1,5 MF CFP par mois. Les prix sont à peine plus élevés qu'au Centre Te Tiare qui est un centre de rééducation. Une des solutions aurait été que ce dernier puisse développer une structure de long séjour ou de soins pour ces patients. Le choix n'a pas été fait dans ce sens. Il y aurait eu trois ou quatre lits, cela aurait déjà été une solution.

Comme le dit M. JAMET, au retour de l'évacuation sanitaire, il existe des aides à l'aménagement du domicile soit par l'OPH, soit par la CPS.

Le contrôle médical est allé voir sur place, il y a quand même des patients lourds qui ne peuvent pas retourner à domicile, essentiellement ceux qui sont sous assistance respiratoire. Cela pose le problème de la création d'une maison d'accueil spécialisée en Polynésie.

Il y a une demande de ces patients à être pris en charge sur le territoire.

Suite à la mission de la CPS, quelques-uns vont revenir ou rester définitivement en France.

Revenant au diaporama, DR DUPONT informe que le tableau suivant montre les tarifs 2007 appliqués par Europ Assistance Océanie :

Catégories de patients transportés	De PF vers France métropolitaine <u>OU</u> de France métropolitaine vers PF	De PF vers la NZ <u>OU</u> de NZ vers PF	De PF vers l'Australie <u>OU</u> de l'Australie vers PF	
Avec 1 médecin accompagnateur	717 180	620 521	684 960	
Avec 1 infirmier(e) accompagnateur	502 384	484 484	496 417	
Avec 1 médecin + 1 infirmier(e) accompagnateurs	926 009	776 845	875 654	
Sans escorte ou escorte non facturée	50 119	50 119	50 119	
Rapatriement de dépouilles mortelles	760 138	540 569	689 948	

Il rappelle qu'une convention a été signée en 2003 avec EAO qui prend en charge l'organisation et le transfert des patients, tant sur la Nouvelle-Zélande que sur Paris, médicalisés ou non.

La convention étant signée pour trois ans, elle arrive à échéance en 2009. Les tarifs ont été négociés de manière dégressive, année par année, de 10 %.

Il semblerait qu'aux dernières nouvelles, EAO souhaite renégocier ses tarifs un peu à la hausse.

Hormis l'aspect tarifaire de cette coopération avec EAO, LE PRESIDENT demande s'il n'y a pas un aspect qualitatif dont on pourrait parler.

A un moment donné, il se souvient qu'il y avait beaucoup de plaintes en ce qui concerne l'accompagnement des patients par EAO. Il semble que ce que l'on reprochait au service des urgences du CHPF en terme de qualité d'accompagnement des évasans a également été reproché à EAO.

Quand la convention a été mise en place avec cette société, il a été dit que plus tard, une évaluation serait faite et si une mauvaise qualité du service était constatée, on pourrait revenir soit au système antérieur, soit à un autre système.

DR DUPONT confirme qu'il y a eu quelques éléments négatifs mais sur l'ensemble de la prestation, globalement il y a eu des améliorations, moins rapides qu'on l'aurait souhaité, notamment dans le problème de la gestion de rapatriement de corps, où des remarques ont été faites à plusieurs reprises.

Concernant les accompagnements, il y a eu quelques petits soucis lorsque les patients partaient seuls.

A priori, la prestation offerte semble satisfaisante au regard du nombre de trajets qu'ils effectuent. Maintenant, par rapport à l'efficience coût/prestation, c'est autre chose.

M. JAMET confirme ce que vient de dire le DR DUPONT. Sur 100 personnes qui partent avec EAO, 80 à 90 % des patients sont contents du service. Il y a juste certaines personnes qui sont mécontentes.

Probablement que les problèmes viennent du fait qu'EAO passent des conventions en France avec des sociétés de transport et celles-ci n'arrivent pas à maîtriser.

Aujourd'hui, le fait d'avoir passé des conventions avec les taxis facilite l'accueil.

Il sait qu'au départ de Tahiti, les agents d'EAO font bien leur travail. Ce sont des Polynésiens et ils communiquent bien avec les patients.

LE PRESIDENT souligne que si l'usager est content, il n'y a pas de raison que l'administration ne soit pas contente.

M. JAMET fait remarquer qu'il y aura toujours des mécontents.

DR DUPONT pense que la mission première de EAO est la régulation médicale, si le patient part accompagné ou pas, à quelle date, en urgence ou pas. Il y a eu quelques cas épineux, mais c'était surtout sur des situations qui n'étaient pas faciles.

#### Le tableau suivant présente les types de transferts organisés par EAO :

TRAJETS EVASAN PAR EAO	2005	2006	2007
Nbre de trajets non médicalisés	1 198	1 186	1 133
	87 %	85 %	86 %
Nbre de trajets médicalisés	161	206	172
	12 %	15 %	13 %
Nbre de rapatriements de corps	17	8	16
	1 %	1 %	1 %
TOTAL EN NOMBRES	1 376	1 400	1 321

Les trajets médicalisés sont en diminution par rapport à 2006, peut-être grâce au Contrôle médical qui a tiré la sonnette d'alarme, dans le sens où on trouvait que beaucoup d'évasans étaient médicalisées. On s'est posé la question de la pertinence de la médicalisation. A priori, il a été entendu.

A noter 16 rapatriements de corps en 2007 contre 8 en 2006. Plus de patients sont décédés en cours d'évasan qu'en 2006.

M. JAMET demande si le billet de retour est utilisé pour le rapatriement du corps.

M. LEHARTEL répond qu'il y a des conventions avec des tarifs bien précis. Le service évasans connaît quelques difficultés avec des gens ayant fait revenir à leurs frais le corps sans avoir bénéficié des tarifs conventionnés. Actuellement, EAO avance tous les frais pour la CPS.

M. JAMET demande s'il y a un surcoût sur le billet lorsque la personne revient dans un cercueil.

M. LEHARTEL répond affirmativement ; le montant est prévu dans la convention à hauteur 781 000 F. Le billet de retour est remboursé à la CPS.

M. GARRIGUES fait remarquer qu'il a compris ce matin en CSE, que ce tarif correspondait à la prestation payée à EAO pour le rapatriement de la dépouille mortelle, hors coût du transport.

M. LEHARTEL confirme que dans le coût de 781 000 F, le coût du transport est bien compris.

LE PRESIDENT remarque que le prix du billet de retour coûte plus cher pour un cercueil que si la personne était revenue vivante. Ce n'est pas logique.

Le diaporama étant terminé, DR DUPONT souhaite faire un point d'information sur les greffes.

Lors de sa mission en Métropole, il a constaté que 18 patients étaient adressés pour des problèmes hématologiques. Cinq ont bénéficié d'autogreffe et 13 étaient en attente.

Concernant les reins, sur 17 patients évacués sanitaires, 6 ont été greffés et 11 en attente, en sachant que le patient qui tient le record de durée est en attente de sa greffe depuis six ans. Il a eu deux propositions, mais il n'a pas pu en bénéficier.

En ce qui concerne les greffes de foie, sur 7 patients, 3 ont été greffés et 4 sont en attente.

A priori, les malades nécessitant une greffe de foie sont orientés sur l'hôpital Henri-Mondor et pour les greffes de rein sur Lyon, Strasbourg et la Bretagne. Maintenant, les patients sont inscrits sur une liste nationale. Les autogreffes se font à l'hôpital Hôtel-Dieu de Paris, dans le service du Dr RIO.

Il précise que les durées de séjour de ces patients sont beaucoup plus importantes que pour les autres motifs d'évasan.

LE PRESIDENT pense que le projet qui est le plus sûr d'aboutir dans le nouvel hôpital est la greffe de rein. On n'est pas encore complètement prêt.

Lors de sa dernière mission en Métropole, il a demandé l'extension de la loi sur la bioéthique, qui est un préalable avant la mise en place de la greffe.

Après avoir obtenu l'extension de cette loi, il va falloir convaincre la population avec l'aide de tout le monde et en particulier de l'association A TAUTURU IA NA. Il y a peut-être un changement de mentalité à obtenir pour le don d'organes. Ce ne sera pas facile.

DR DUPONT souhaite apporter une dernière précision concernant les évasans internationales. Lors de sa mission en Métropole, 132 patients étaient suivis sur Paris et la province pour 632 adressés sur l'année 2007, 46 accompagnateurs agréés et 60 non agréés, soit un total de 106 accompagnateurs pour 132 patients.

En ce qui concerne la Nouvelle-Zélande, 31 patients étaient suivis et pris en charge, 5 accompagnateurs agréés et 20 non agréés, soit au total 25 accompagnateurs pour 31 patients. Cela pose problème aux agences dans la gestion de ces accompagnateurs.

LE PRESIDENT pense que ce sont surtout les accompagnateurs non agréés qui posent problème. Ceux qui sont agréés bénéficient du dispositif de la CPS, tandis que pour les autres, c'est souvent l'association A TAUTURU IA NA qui est obligée de s'en occuper ou eux-mêmes individuellement sur place. C'est un problème d'information de ces personnes.

M. JAMET informe que l'association reçoit tous les accompagnateurs non agréés et les préparent. Souvent les problèmes émanent des accompagnateurs qui ne passent pas par l'association qui est obligée de s'en occuper.

Il a proposé pour les accompagnateurs agréés, de faire un règlement ou une charte de l'accompagnateur. Il remarque que ce sont souvent ceux-là qui posent des problèmes.

Lors de sa mission en Métropole, DR DUPONT indique qu'il y avait au total 51 accompagnateurs agréés qui engendrent également un impact financier, car ils sont hébergés et bénéficient d'indemnités.

LE PRESIDENT fait remarquer qu'on est un peu facile et large en matière d'accompagnateurs agréés. En principe, les enfants de moins de 16 ans et jusqu'à 18 ans en bénéficient. D'autres accompagnateurs sont également pris en charge pour des malades âgés.

M. JAMET souligne que c'est une question de préparation de l'accompagnateur. Il doit être mieux préparé que le malade.

LE PRESIDENT propose de passer au point suivant.

#### IIº/ - BILAN DES EVACUATIONS SANITAIRES INTER-ILES

DR DUPONT informe que le nombre global des évasans inter-îles a progressé de 4,7 % en 2007 par rapport à l'année précédente, alors que sur les trois dernières années, l'augmentation était de 10 %.

Cependant, il s'agit là encore d'une constatation.

#### Répartition des coûts par régime

	2006					200	7	
	DEP		Réquisitions			DEP		isitions
	Nbre évas.	Montant remboursé	Nbre évas.	Montant remboursé	Nbre évas.	Montant remboursé	Nbre évas.	Montant remboursé
ENIM	39	2 MF	12	2 MF	49	2 MF	17	3 MF
SECU	1 818	57 MF	169	26 MF	1 779	54 MF	144	18 MF
RNS	1 528	44 MF	178	15 MF	1 593	45 MF	182	15 MF
SALARIES	12 345	362 MF	1 647	204 MF	13 411	407 MF	1 567	181 MF
SOLIDARITE	6 424	194 MF	1 330	146 MF	6 732	206 MF	1 206	122 MF
TOTAL	22 154	659 MF	3 336	393 MF	23 564	714 MF	3 116	341 MF
Nombres totaux		25 490				26 6	80	
Montants totaux		1 053 MF				1 055	MF	
Coût moyen (*)	41 308				39 5	35		

<sup>(\*)</sup> Le coût moyen de l'année de soins 2007 n'est donné qu'à titre d'information car les montants évoluent.

Ce tableau montre un total de 1,055 milliard, avec un coût moyen par évasan qui a tendance à diminuer puisqu'il était de 41 308 F en 2006 et de 39 535 F en 2007.

Il est constaté une augmentation du nombre d'évasans mais un montant pratiquement similaire.

La baisse du coût moyen est due essentiellement à la diminution du nombre d'évasans faites sur réquisition qui coûtent beaucoup plus cher que les évasans programmées.

Répartition des évacuations sanitaires par archipel

Répartition	par archipel	Nombre d'evas Réquisiti		Variation 2007/2006	Taux de répartition 2007	
Archipel de départ	Archipel d'arrivée	2006	2007		(evasan vers TAHITI)	
TAHITI	TAHITI	2	9	350%	0%	
<b>AUSTRALES</b>	TAHITI	1 754	1 949	11%	10%	
TUAMOTU	TAHITI	5 390	6 136	14%	31%	
I.S.L.V	TAHITI	7 836	7 683	-2%	38%	
I.D.V	TAHITI	2 456	2 685	9%	13%	
MARQUISES	TAHITI	1 766	1 655	-6%	8%	
Total ver	STAHITI	19 204	20 117	5%	100%	
AUSTRALES	AUSTRALES	6	3	-50%		
TUAMOTU	TUAMOTU	65	98	51%		
I.S.L.V	I.S.L.V	4 786	5 022	5%		
IDV	I.D.V	54	52	-4%		
MARQUISES	MARQUISES	1 375	1 388	1%		
Total in	ter-îles	6 286	6 563	4%		
TOTAL	BENERAL	25 490	26 680	5%		

Ce tableau montre la répartition avec la variation d'évasans archipel/archipel ou archipel/Tahiti. On constate que la partie la plus importante se fait vers Tahiti avec 20 000 évasans, alors qu'en inter-îles, on est à 6 000. Néanmoins, la progression est plus importante en inter-îles qu'en archipel vers Tahiti ce qui tendrait à prouver que les gens se déplacent plus au niveau de leur archipel et viennent moins sur Tahiti. Ils sont pris en charge plus près de chez eux.

Evolution des volumes et montants depuis 2004

Année de référence	Nbre d'évasans	Variation année n/n-1	Montant	Variation année n/n-1
2004	20 786		865 MF	€
2005	23 171	11 %	944 MF	9 %
2006	25 490	10 %	1 053 MF	12 %
2007	26 680	5 %	1 055 MF	0 %

Ce tableau montre une augmentation de 5 % pour un coût de 1,055 milliard.

MME MERCERON revient sur un point qui lui paraît important. On remarque que le taux de répartition des évasans des Tuamotu vers Tahiti représente 31 %, ce qui lui paraît très élevé au regard de la population. Ce fait est très certainement lié à l'absence de médecins et prouve la sous médicalisation des Tuamotu. Il serait intéressant de faire le lien entre l'île d'origine et la présence d'un médecin.

DR POLYCARPE pense effectivement que la sous médicalisation des Tuamotu est un facteur qui contribue aux évasans. Il n'y a pas non plus de structure hospitalière.

DR DUPONT informe qu'il dispose d'un graphique qui retrace l'évolution sur les cinq dernières années rapportée à la population. Il pourra le transmettre. On observe qu'il y a toujours une progression qui s'est infléchie de manière générale, c'est-à-dire que le taux de croissance diminue et devient négatif pour les Marquises.

LE PRESIDENT pense que pour cet archipel, il peut y avoir une petite explication liée cette fois-ci à la présence d'un plateau technique plus intéressant et surtout de deux chirurgiens. Malheureusement, le deuxième chirurgien n'est pas là pour très longtemps et il fait beaucoup de choses, ce qui contribue à diminuer le nombre d'évasans.

Revenant sur les observations de Mme MERCERON, DR POLYCARPE pense qu'il est intéressant de corréler. Les consultations avancées des spécialistes contribuent à générer un certain nombre d'examens complémentaires qui ne se font pas dans les îles. Ces patients sont obligés de venir sur Tahiti.

Ventilation par type de frais

	Demandes d'entente préalable	Réquisitions
Frais de séjour	32 647 511	1 027 218
Frais de transport	680 958 638	339 855 346
Frais funéraires	259 418	51 590
TOTAL	713 865 567	340 934 154

DR DUPONT explique que les demandes d'entente préalable sont faites pour des évasans programmées avec utilisation des moyens de transport classiques.

Les réquisitions sont faites pour des évasans d'urgence avec des problèmes particuliers et utilisées pour des transports spéciaux ou réguliers faits dans l'urgence.

Par rapport aux années précédentes, on remarque une diminution des évasans par réquisition et en urgence, ce qui tend à montrer que la prise en charge s'améliore au niveau des archipels.

Il propose de passer ensuite à la page 8 du document concernant les frais d'hébergement engagés en 2007 par centre d'hébergement.

Il rappelle que depuis 2006, les régimes ont décidé d'offrir aux patients qui viennent des îles, un hébergement limité à trois jours avec un plafond de 6 500 F par jour. Des conventions ont été passées avec 11 structures.

Un montant de 67 293 000 F a été engagé pour 11 023 nuitées, soit 2 200 patients sur l'ensemble du territoire dont 20 % des patients sur Raiatea et 80 % sur Tahiti, en sachant qu'il existe un problème particulier d'engagement entre les régimes, notamment pour le RNS et le RSPF pour lesquels des difficultés d'ordonnancement se posent surtout avec l'Eglise Protestante, une convention forfaitaire ayant été passée avec elle.

LE PRESIDENT informe que l'hôtel des familles viendra diminuer les recettes de certaines pensions de famille lorsque cet établissement sera en place.

MME MERCERON pense qu'on peut se poser la question de son utilité.

LE PRESIDENT souligne qu'il a la même interrogation. Il précise que cela fait longtemps que l'on essaie de mettre en place une structure d'accueil pour les malades et familles des îles. Aujourd'hui qu'il existe cette possibilité d'hébergement dans les pensions de famille, on peut effectivement se poser la question.

M. JAMET croit que c'est une bonne question car il y a 26 000 évasans par an. Seulement 2 000 personnes ont été prises en charge car l'information dans les îles n'est pas encore bien passée sur cette possibilité d'hébergement.

DR DUPONT informe que la prestation offerte sur le FASS en attendant une loi de pays pour la prendre en charge au niveau de l'assurance maladie correspond à un transport et un hébergement pour le patient. Est-ce que la nouvelle structure qui va s'ouvrir est une maison des parents, des familles, des îles ? Ce sont trois types de structures différentes. Est-ce que ce sera un mélange des trois ou simplement pour les patients hospitalisés et qu'on doit garder un peu ?

Il croit qu'un problème de fond se pose sur la définition des objectifs de cette maison qu'on construit.

LE PRESIDENT indique qu'une fois que ce centre sera construit, il restera le problème de sa gestion. Personne ne veut le gérer. Cependant, il aimerait que cette structure soit gérée de façon professionnelle, de manière à ce qu'elle ne devienne pas un squat et que les familles soient là juste pour les besoins de l'hospitalisation, voire de l'accompagnement mais pendant un court temps. C'est là qu'il va falloir travailler avec les évasannés et leur famille. Il est prévu des chambres à deux personnes, il ne faut pas non plus que la famille vienne nombreuse.

MME MERCERON insiste sur le fait que se posera le problème du financement de ce centre. Il faut bien cadrer les choses.

M. JAMET pense qu'il faut que l'hôtel des familles voie le jour car il n'y a pas assez de lits. D'après les études qu'il a faites avec M. AHINI sur ce dossier, celui-ci a précisé qu'il fallait au moins 140 à 160 lits pour l'amortissement.

DR DUPONT signale qu'actuellement, le taux de remplissage des pensions conventionnées est de 40 %.

M. JAMET fait remarquer que les gens des îles ne sont pas encore informés de ce dispositif. Il le sait et le confirme.

DR DUPONT rappelle que lorsque ce dispositif a été mis en place, le Conseil d'Administration a émis le vœu qu'une loi de pays soit votée pour que cette prestation soit prise en charge sur le régime assurance maladie. A ce moment-là, cela pourrait résoudre ou réorienter les missions de cette structure d'accueil, en sachant qu'aujourd'hui, on couvre autant le public que le privé, sur Raiatea et sur Tahiti. Demain, on se demande si le nouveau centre ne prendra en charge que le CHPF ou le public et le privé.

Il pense qu'il faut vraiment définir l'objectif de ce centre.

MME MERCERON pense qu'il ne faut construire cette structure si on a défini clairement qui va y aller. On a intérêt qu'à la fois l'organisation et l'architecture soient adaptées et que le financement ne soit pas en dehors de toutes proportions. Il faut y travailler.

LE PRESIDENT informe qu'une première réunion s'est tenue mais il était en Métropole. Il a demandé à M. MARTY de tenir cette séance à laquelle participaient A TAUTURU IA NA, la CPS, le CHPF et la Mairie de Pirae.

M. JAMET indique avoir compris lors de cette réunion, que l'on cherchait un gestionnaire. Tout le monde l'a regardé. Il est prêt à prendre la gestion mais il faut embaucher des gens qualifiés pour s'en occuper. Il a précisé que normalement, cette structure était prévue à l'intérieur du CHPF avec 40 ou 44 lits. Vu le besoin en médecins, il a été décidé de la mettre à l'extérieur. Pour sa part, il pense que l'hôpital devrait la gérer.

LE PRESIDENT indique qu'à défaut d'autres personnes, l'hôpital prendra la gestion de cette structure mais ce n'est pas son rôle premier.

M. JAMET pense que l'hôpital pourra mieux cadrer les bénéficiaires.

MME MERCERON souligne qu'un protocole doit être respecté. Comme pour les évacuations sanitaires, la CPS s'en occupe mais on connaît parfaitement les bénéficiaires.

Elle pense qu'on peut envisager un appel d'offres destiné à des sociétés spécialisées en hôtellerie.

S'adressant au Dr DUPONT, LE PRESIDENT demande s'il doit comprendre qu'il faut une loi de Pays pour que les régimes prennent en charge l'hébergement.

DR DUPONT répond qu'en avril 2006, le Conseil d'Administration a émis le vœu que cette dépense soit prise en charge par l'assurance maladie. Elle est considérée comme une nouvelle prestation, puisque l'hébergement et le transport n'étaient pas pris en charge. Cela nécessite donc une loi de pays.

Actuellement, c'est le FASS du RGS ou le FAS/RSPF qui prend en charge, ce qui peut expliquer les problèmes avec les prestataires et les services.

Mme MERCERON quitte la séance à 16 h 50, en s'excusant de devoir partir.

- : -

Concernant la prise en charge, M. TETAHIOTUPA informe que c'est une question de coordination : la CPS décide de cette prise en charge et le service suit.

Aujourd'hui, il y a juste des transmissions de factures qui arrivent un peu tard, les dépenses sont engagées et mises à la liquidation.

La question de fond qui se pose est de savoir si au titre du FAS, on ne peut pas déléguer directement la gestion à la CPS puisqu'elle reçoit les demandes et prend la décision, ensuite transmettre les factures pour l'ordonnancement.

Sa deuxième question concerne la durée de la prise en charge. Il y a des préconisations médicales pour les suivis du patient, notamment en kinésithérapie. Il demande si lorsque le médecin prescrit un certain nombre de séances à un patient des îles, le délai est déterminé par le médecin ou s'il y a une limite.

Il cite le cas d'une personne qui est restée une semaine et n'a pas terminé ses séances de kinésithérapie. Elle a été obligée de rentrer aux Tuamotu et on ne connaît pas les conséquences que cela pourrait engendrer.

DR DUPONT répond qu'au niveau des discussions, l'esprit qui prévalait était d'une part, d'offrir la possibilité d'un hébergement limité en attente d'un avion, d'un transport, à l'aller comme au retour, dans une fourchette de trois jours, de manière générale, à l'exception éventuellement des femmes enceintes évacuées à six ou sept mois, qui restaient jusqu'à l'accouchement et on leur offrait la possibilité d'un hébergement.

Ensuite, il s'est posé le problème de ces patients qui sont vus, non pris en charge au niveau hospitalier et qui bénéficient de soins en externe.

Dans un délai raisonnable, généralement, le service administratif appelle le service. S'il y a une incompréhension ou un dysfonctionnement, le service en rend compte au Contrôle médical qui voit si c'est justifié et si la prise en charge peut se faire ou non en externe, ou si le patient relève d'une hospitalisation. D'une manière générale, c'est trois jours, avec une exception pour les femmes enceintes, a priori un arrangement avec le service administratif par rapport à un délai de soins sur trois ou quatre jours supplémentaires qui pourraient amener à une dizaine. Au-delà, le service du Contrôle médical est sollicité.

LE PRESIDENT ajoute une autre catégorie qui doit déroger à la règle des trois jours : les insuffisants rénaux qui viennent des îles et qui ont besoin de séances d'hémodialyse tous les deux ou trois jours.

DR LEVY répond que ce cas de figure a déjà été réglé auparavant. Ces personnes prenaient domicile à Tahiti où elles étaient obligées de résider du fait de l'hémodialyse et on leur accordait une fois par mois un billet d'avion retour sur leur île d'origine. On n'a pas pris en compte l'hébergement en permanence sur Tahiti.

Il faudrait éviter d'avoir des évacués sanitaires logés pendant une longue durée.

LE PRESIDENT souligne que ces insuffisants rénaux préfèreraient rester chez eux quitte à en mourir, plutôt que de venir à Tahiti et faire des séances deux à trois fois par semaine. C'est la raison pour laquelle il lance ce projet de centre d'hémodialyse sur Uturoa destiné aux malades des ISLV.

Revenant sur sa question, M. TETAHIOTUPA demande ce qui prévaut sur la durée, dès lors que c'est une prescription médicale. Il suppose que le médecin prescrit des séances de kinésithérapie sur un délai assez long selon la maladie du patient et que si la totalité des séances n'est pas faite, il y a quand même des conséquences par la suite. Le patient peut être handicapé par exemple.

DR LEVY répond que c'est une décision médicale. Le service est sollicité régulièrement pour de telles demandes. Le service Evasan adresse les patients avec un mot du médecin expliquant qu'ils doivent rester quinze jours, trois semaines ou un mois pour la poursuite de son traitement. Le service donne un avis favorable et l'hébergement est pris en charge.

DR DUPONT ajoute que le système actuel est mal bâti et peut-être que la loi de pays devient urgente si on s'engage dans cette voie, afin d'éviter la pluralité des ordonnateurs.

M. TETAHIOTUA demande, si dans l'attente de la loi de pays, comme pour le FAS, des articles ne peuvent pas être directement gérés par la CPS, notamment concernant les frais d'hébergement inter-îles, ce qui faciliterait la décision. Actuellement, la décision est prise à la CPS, la Direction des affaires sociales prend en charge le paiement mais le délai est long.

L'AGENT-COMPTABLE répond que techniquement, la solution proposée sera mieux mais juridiquement, elle sera pire, puisque l'engagement doit être fait par la Direction des affaires sociales et non par la CPS. Il aimerait mieux que la loi de Pays soit votée.

LE PRESIDENT note que cette loi de pays est un dossier urgent.

Revenant sur le diaporama en page 9, DR DUPONT informe que 65 % des évasans sont en rapport avec une pathologies lésionnelle (orthopédique ou traumatique), une pathologie cardiologique, ophtalmologique, endocrinologique, obstétricale ou ORL, de manière programmée et là où il n'y a pas de spécialistes qui exercent ou qui pratiquent l'art en question.

Les réquisitions concernent principalement tout ce qui est polytraumatologique, obstétrique et cardiologie.

LE PRESIDENT propose de passer au dernier point.

#### III°/ - BILAN DES CONSULTATIONS AVANCEES

DR DUPONT informe que l'on a parlé un peu des consultations avancées lors des évasans inter-îles. Depuis 2001, la CPS a été chargée des évacuations sanitaires internationales et inter-insulaires.

A cet effet, depuis 2003, une convention tripartite CHPF/CPS/PF a permis, sous la forme d'un contrat d'objectif, de mettre en place un dispositif de consultations avancées au niveau des spécialistes du CHPF, étendues ensuite aux spécialistes et éventuellement de la Direction de la santé.

Ce contrat d'objectif avait pour but d'offrir aux patients la possibilité de consultations spécialisées d'intervention chirurgicale sur place, de réguler les évacuations sanitaires à la suite de ces consultations, sans toutefois nuire à la qualité des soins et limiter les déplacements des ressortissants.

#### La ventilation par archipel

Répartition par archipel	Nbre de patients vus en consultations avancées				Taux de répartition	Variation 2007/2006	
·	2005	2006	2007	2008 1 <sup>er</sup> trim	2007	En nbre	En taux
AUSTRALES	911	616	977	150	19 %	361	59 %
IDV	0	333	210	37	4 %	- 123	- 37 %
ISLV	2 226	1 364	1 175	412	23 %	- 189	- 14 %
MARQUISES	1 725	1 675	1 403	382	27 %	- 272	- 16 %
TAHITI	2	288	260	28	5 %	- 28	- 10 %
TUAMOTU	782	828	1 145	344	22 %	317	38 %
TOTAL	5 646	5 104	5 170	1 353	100 %	66	1 %

On s'aperçoit que le nombre de patients vus est relativement stable depuis trois ans.

Il rappelle que le nombre de patients vus n'est pas forcément le nombre de consultations effectuées puisque par rapport aux chiffres du CHPF, il y a une différence assez sensible, correspondant d'un côté, au nombre de patients vus et de l'autre côté, au nombre de consultations effectuées. Si 5 000 patients sont vus chaque année, on a parallèlement 10 000 consultations réalisés avec consultations et examens paracliniques. A cet effet, on attend le bilan 2007.

La répartition du nombre de patients vus par spécialité médicale

	Manager Barrell	Année de RDV				Poids 2007
Spécialité médicale*	2005	2006	2007	2008 (1er trim.)	Poids 2006	Polas 2007
ANESTHESIE-REANIMATION	1	2	1	0	0%	0%
ANGIOLOGIE	123	171	152	44	2%	2%
BIOLOGIE MEDICALE	0	0	1	0	0%	0%
CANCEROLOGUE	1	22	2	Ö	0%	0%
CARDIOLOGIE	1 743	1 550	1 398	80	21%	18%
CHIRURGIE GENERALE	0	0	1	0	0%	. 0%
CHIRURGIE VISCERALE	Ö	1	Ö	0	0%	0%
ENDOCRINOLOGIE	1 164	670	0	208	9%	0%
GASTRO-ENTEROLOGIE	0	5	6	2	0%	0%
GYNECOLOGIE MEDICALE	1 097	635	1 420	217	9%	18%
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	1 165	1 237	1 019	289	17%	13%
MEDECINE GENERALE	5	97	63	14	1%	1%
MEDECINE INTERNE	0	1	0	0	0%	0%
NEPHROLOGIE	0	2	0	0	0%	0%
O.R.L.	384	157	139	86	2%	2%
ONCOLOGIE	0	0	14	0	0%	0%
OPHTALMOLOGIE	1 132	1 064	1 600	89	15%	20%
PEDIATRIE	0	0	3	0	0%	0%
PNEUMOLOGIE	808	482	249	166	7%	3%
PSYCHIATRIE	630	1 084	1 345	247	15%	17%
RADIOLOGIE	3	2	0	0	0%	0%
SAGE-FEMME	216	81	447	123	1%	6%
Total	8 472	7 263	7 860	1 565	100%	100%

<sup>(\*) :</sup> spécialité médicale du praticien receveur.

On remarque qu'a priori, le système satisfait aussi bien les usagers que les professionnels mais qu'il est fragile et très dépendant des spécialistes, puisqu'à partir du moment où le spécialiste est tout seul, les calendriers ne peuvent pas être respectés. On l'a vu avec le départ du pneumologue, l'endocrinologue où les missions sont arrêtées.

NB : un même patient est compté autant de fois qu'il a été vu par un praticien.

Là où des spécialistes libéraux se sont installés, on a diminué le nombre des missions, mais il y en a toujours pour favoriser le partenariat, la formation et les relations et la prise en charge du ressortissant.

A priori, ce système est difficile à évaluer. On s'aperçoit que le nombre d'évasans intra archipels croît plus vite par rapport au nombre d'évasans archipels/Tahiti. Ce premier élément milite en faveur d'une meilleure prise en charge en dehors de l'installation des libéraux, de l'amélioration des plateaux techniques qui contribuent aussi au maintien des ressortissants dans ces archipels.

La diminution d'évasans en urgence serait également un facteur pour dire que la population est mieux gérée. On observe une certaine stabilité du nombre d'évasans par patient, soit deux évasans par an par archipel.

Même si le taux d'évasans est toujours croissant, il y a un infléchissement et une diminution observée au niveau des Marquises.

A titre d'exemple, le CHPF chiffre, par rapport aux consultations réalisées et aux examens paracliniques réalisés en délocalisation, une économie de 100 millions pour la CPS.

Le nombre d'évasans programmées consécutives à ces missions en 2007 a été de 138 pour les Tuamotu, 225 pour les Marquises et 75 pour les ISLV, sur un total de 443 évasans inter-archipels sans nécessiter d'évasans secondaires.

En multipliant par le prix du billet, c'est intéressant non seulement au niveau financier mais également au niveau qualité puisque cela a permis aux professionnels des structures périphériques de garder un contact et d'améliorer les relations entre le CHPF et les différentes structures de santé. L'effet est bénéfique mais difficile à quantifier.

Dans le tableau de la page 4, LE PRESIDENT est étonné pour certaines spécialités lorsqu'il voit un patient vu en 2005, deux en 2006.

DR DUPONT répond que cela correspond au médecin receveur, ce n'est pas forcément la spécialité médicale concernée. En fait, il existe neuf spécialités concernées en destinataire praticien receveur.

-:-

Mme MASSINON quitte la séance à 17 h 10.

DR DUPONT passe à la page 5, au "Coût lié aux consultations avancées et au contrat d'objectif îles" :

Type d'évasan	Spéc.méd.	Libellé	Année de	soins
	opec.meu.	Libelle	2007	2008 (1 <sup>er</sup> trim)
	80	TR. AVION	786 045	168 488
Coût inter-îles	82	TR. BATEAU	2 833 946	391 838
	84	TR. V. LEGER	1 215 623	277 800
		TOTAL	4 835 614	838 126
	80	TR. AVION	19 591 231	5 506 167
Coût du transport	81	TR. HELICO	154 900	0
depuis Tahiti	82	TR. BATEAU	300 000	50 000
	84	TR. V.LEGER	41 600	0
	the state of the state of	TOTAL	20 087 731	5 556 167
TOTAL			24 923 345	6 394 293
Financement direct du CHPF (*)			45 800 000	45 800 000
		Cumul	70 723 345	52 194 293

(\* : dont 9 MF de frais de déplacement, somme prévisionnelle plafonnée, sera fonction des frais réels. Une somme de 50 MF s'ajoute à ces deux montants au titre de l'oncologie.)

DR DUPONT informe qu'en CSE de ce matin, une problématique a été soulevée par rapport aux coûts engagés. Le contrat d'objectif est tripartite, avec une participation de la Direction de la santé et de la CPS de près de 100 millions, et on s'aperçoit que 50 millions sont à rattacher à l'oncologie. La question posée était de savoir si cela ne devait pas faire partie du budget de l'hôpital plutôt que d'être à l'adresse des consultations spécialisées avancées.

Il sera demandé au CHPF ce qui a été réalisé réellement concernant l'oncologie, puisqu'au départ, il était prévu des missions à Raiatea et Taiohae avec l'envoi et la préparation de chimiothérapie et la formation du personnel.

On souhaite savoir si cette activité est pérenne.

Concernant l'informatisation du dossier du patient, M. JAMET pense que ce système facilitera beaucoup de choses. Lorsque certains patients sont évacués en urgence, ils n'ont pas leur dossier avec eux, le médecin ne connaît pas la pathologie alors que si ce dossier était informatisé, il pourrait suivre le patient.

Il faut que ce système soit mis en place en urgence.

LE PRESIDENT informe que le Ministre de la Santé travaille sur le RISP depuis quelques années et il n'a pas encore abouti.

En Métropole, Mme BACHELOT vient de relancer le dossier médical du patient.

Cependant, il rejoint l'avis de M. JAMET. Ce dossier est en expérimentation dans certains dispensaires et centres médicaux de la Direction de la santé. A un moment donné, certains médecins libéraux ont été des testeurs. Il ne sait pas où on en est aujourd'hui.

DR POLYCARPE souligne que ce projet aurait permis un échange d'informations, la constitution d'un dossier médical partagé et une prise en charge adaptée. Malheureusement, ce projet piétine.

L'objectif initial qui était de constituer un dossier médical partagé entre tous les acteurs de santé est loin d'être atteint. Pour l'instant, un logiciel de gestion de cabinet est implanté dans certains dispensaires de la Direction de la Santé. Une évaluation est en cours et

il faut voir si on essaie de remettre en route ce projet avec l'objectif qui lui était assigné ou s'il doit être complètement abandonné et s'orienter vers quelque chose d'autre.

LE PRESIDENT pense qu'il faut continuer ce dossier mais il ne sait pas sous quelle forme.

Il informe que Mme LABROUSSE vient pour l'informatisation du nouvel hôpital. Il a demandé à ce qu'elle vienne également pour le RISP. Beaucoup d'argent a été dépensé pour ce dossier et il n'est pas encore bouclé.

M. JAMET demande pourquoi ce dossier n'est toujours pas terminé.

DR POLYCARPE répond qu'il était là en 2001 pour piloter le schéma d'organisation sanitaire, dans lequel il était vraiment inscrit ce RISP comme une priorité pour la Polynésie.

De son point de vue personnel, il lui semble que ce dossier a été très mal géré. Il y avait quelqu'un à la tête de ce projet de très compétent techniquement, qui a conçu un outil pouvant être intéressant mais malheureusement, dans ce type de projet, plusieurs partenaires doivent être impliqués, notamment le CHPF, les médecins libéraux. En tant que chef de projet, il n'a pas réussi à avoir l'adhésion peut-être par son comportement, par sa personnalité. Il a rencontré un certain nombre de difficultés mais inhérentes au comportement qu'il a eu. Quand on est chef de projet, il faut chercher les moyens d'avoir l'adhésion de ceux avec qui on veut faire partager le projet.

En écoutant les quelques utilisateurs actuels de ce logiciel, il semble que cet outil soit extrêmement complexe et pas très adapté à la réalité en fait du terrain.

Mme CAZES indique que l'hôpital est favorable à la mise en place du RISP. Dans le projet présenté et travaillé, un problème juridique s'est posé par rapport à la nature de l'hébergeur. C'est à ce niveau que la solution doit être trouvée.

LE PRESIDENT informe qu'il faut essayer de mener à terme ce dossier.

-:-

L'ordre du jour étant épuisé et plus personne ne demandant la parole, la séance est levée. Il est 17 h 15.

-:-

PAPEETE, le 24 juin 2008

Le Président du Comité,

Jules IENFA

CONCEPTION ÉDITORIALE : SERVICE DES ÉVALUATIONS ET ÉTUDES

CONCEPTION GRAPHIQUE ET MISE EN PAGE : SERVICE DES SYSTÈMES D'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION

PHOTOGRAPHIES : DROITS RÉSERVÉS

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE - MARS 2018



# R A P P O R T M I S S I O N D'INFORMATION

ASSEMBLÉE DE LA POLYNÉSIE FRANÇAISE



Rue du Docteur Cassiau - BP 28 - 98713 Papeete Tahiti

Téléphone : (00 689) 40 41 63 00 Courriel : bureau\_courriers@assemblee.pf Site internet : www.assemblee.pf