

## Sécurité sociale

### L'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie

#### ○ DE QUOI S'AGIT-IL ?

Dans la plupart des Caisses primaires d'Assurance maladie (CPAM) et des Caisses générales de Sécurité sociale (CGSS - agissant dans les départements d'outre-mer), des commissions d'action sanitaire et sociale sont mises en place pour attribuer, selon certains critères et en fonction de barèmes souvent préétablis, des aides extra-légales aux assurés sociaux confrontés à des difficultés financières dues à la maladie.

Ces commissions peuvent constituer un filet de sécurité pour de nombreux usagers exposés à des difficultés financières d'accès aux soins ou qui, en raison de la maladie, subissent des pertes de revenus telles qu'il leur est impossible de faire face, sans aide, aux charges de la vie quotidienne.

L'action sanitaire et sociale des caisses est financée par le Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS), réparti annuellement entre les différentes caisses locales qui conservent elles-mêmes la gestion de cette enveloppe. Il est parfois appelé communément « fonds de secours ».

Les commissions peuvent également attribuer des « aides collectives » à certaines associations qui présenteraient un projet lié à la santé, comme par exemple un programme de prévention ou d'accompagnement.

Cette fiche pratique ne sera consacrée qu'aux possibilités d'interventions des Caisses primaires d'Assurance maladie pour les situations individuelles.

#### A savoir

Indépendamment de l'action des caisses en matière d'action sociale, il est également possible, pour les assurés sociaux, de solliciter des aides auprès de leur complémentaire santé, assurance prévoyance ou caisses de retraite selon des critères propres à chacun de ces différents interlocuteurs.

#### ○ CE QU'IL FAUT SAVOIR

##### A / Les différents types de prestations et d'aides

L'arrêté du 26 octobre 1995 encadre et définit l'action sanitaire et sociale des caisses. Celle-ci englobe notamment 3 types d'interventions à caractère individuel dont certaines sont strictement encadrées au niveau national :

- 1/ les **prestations supplémentaires facultatives à caractère individuel** dont la majorité a pour vocation de favoriser l'accès aux soins des assurés. **Chaque caisse peut décider de les mettre en œuvre ou pas.** Si elle décide de les mettre en œuvre, elle doit les inclure dans son règlement intérieur.



Collectif Interassociatif Sur la Santé

Collectif Interassociatif Sur la Santé

10, villa Bosquet - 75007 Paris

Tél. : 01 40 56 01 49 - Fax : 01 47 34 93 27

[www.leciss.org](http://www.leciss.org)

Les 13 prestations prévues par le texte sont les suivantes :

- **Prise en charge de la participation** de l'assuré dans les cas où l'insuffisance de ses ressources, compte tenu de ses charges familiales et des dépenses occasionnées par la maladie, le justifie (reste à charge des assurés sur les soins, après remboursement sécurité sociale et mutuelle).
- **Participation aux frais de transport**, non pris en charge au titre des prestations légales, engagés par les assurés sociaux ou leurs ayants droit, sous réserve de la justification médicale du traitement ou de l'examen.  
Participation dans les mêmes cas aux frais de transport de la personne accompagnant le malade, lorsque celui-ci ne peut se déplacer sans l'assistance d'un tiers, en raison de son jeune âge ou de son état de santé.
- **Remboursement**, à l'occasion des prélèvements, de tout ou partie **des frais engagés** par les assurés sociaux ou leurs ayants droit **donneurs de substance organique d'origine humaine** et **octroi d'une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail**, lorsque ces frais et cette indemnité ne sont pas pris en charge au titre de l'Assurance maladie.
- **Participation** dans les conditions de l'Assurance maladie aux **frais d'hospitalisation de la mère qui allaite un enfant hospitalisé** ou de **l'enfant allaité accompagnant sa mère hospitalisée** dans un établissement habilité à recevoir les enfants et les mères.  
**Participation aux frais de déplacement de la mère portant le lait maternel à l'enfant hospitalisé.**
- **Attribution aux assurés sociaux contraints de suspendre leur travail pour soigner un enfant mineur** vivant habituellement au domicile d'**indemnités égales**, au maximum, aux **indemnités journalières** qu'ils recevraient en cas de maladie, pendant une durée ne pouvant excéder un mois.
- **Attribution aux assurées sociales dont le métier comporte des travaux incompatibles avec leur état des indemnités journalières de maternité**, dès qu'il y aura pour elles **impossibilité constatée d'exercer leur profession** et, au plus tôt, à partir de la 21<sup>e</sup> semaine précédant la date présumée de l'accouchement.
- **Participation aux frais de l'aide familiale** apportée **en cas de maladie** par les organisations agréées aux **femmes ayant au foyer au moins un enfant de moins de quatorze ans**. Le versement de cette prestation supplémentaire est dans tous les cas assuré par la caisse d'allocations familiales.
- **En cas d'absence de bénéficiaires de l'allocation décès**, octroi d'une **indemnité pour frais funéraires** aux personnes qui les ont assumés lorsque les assurés décédés ne leur ont pas laissé une succession atteignant au moins le montant des frais funéraires de la plus basse catégorie.

Cette indemnité ne pourra être supérieure au plafond fixé par l'arrêté ministériel pris en application de l'article L435-1 du Code de la Sécurité sociale.

- **Attribution d'une indemnité** qui ne peut dépasser (pension d'invalidité et indemnités journalières comprises) le salaire mensuel de la catégorie professionnelle du futur métier des intéressés aux **assurés titulaires d'une pension d'invalidité ou bénéficiaires de l'assurance maladie qui sont admis à effectuer un stage dans les centres de réadaptation et de rééducation professionnelles agréés ou qui bénéficient d'un contrat de rééducation chez l'employeur**.
  - **Attribution d'une indemnité** exceptionnelle aux assurés sociaux et ayants droit devant effectuer une **cure thermale** dans une station pour **maladies nerveuses lorsque la cure doit dépasser, si le service médical l'estime justifié, la durée de vingt et un jours**.
  - **Prise en charge du ticket modérateur relatif aux frais médicaux, paramédicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation et autres dispensés aux enfants de moins d'un an** dans les départements où le taux moyen de mortalité infantile a été, pendant l'année précédente, supérieur de 10 p. 100 au taux moyen national.
  - **Attribution, en cas d'accident mortel survenu à l'assuré, d'une allocation à ses ayants droit** sans que le total des allocations attribuées, le cas échéant, puisse dépasser le cinquième du montant maximal du capital décès.
  - **Participation aux dépenses non remboursables au titre des prestations légales** et liées au **traitement des maladies chroniques en cas de maintien à domicile** dans le cadre des alternatives à l'hospitalisation des personnes malades.
- 2/ les **prestations supplémentaires obligatoires** : contrairement aux prestations facultatives, la caisse est dans l'obligation de les verser si les conditions d'attribution sont remplies. Elles sont insérées dans son règlement intérieur. Elles sont proches de prestations légales mais sont financées par le FNASS. Sont donc prévus :
- sous condition de ressources, la **prise en charge de certains frais liés aux cures thermales**
  - en cas de traitement de **l'insuffisance rénale chronique par dialyse à domicile** entraînant une **interruption partielle de travail**, le versement d'une **indemnité compensatrice** égale à la perte effective de salaire, dans la limite de la fraction du plafond de l'indemnité journalière maladie.
- 3/ les **aides financières individuelles** : ce sont des aides d'urgence accordées à des assurés connaissant des situations difficiles et soumis à des frais importants. Les difficultés doivent découler spécifiquement d'une maladie, d'une maternité, d'un accident du travail. On les appelle, avant l'arrêté de 1995, des « secours ». Ces

aides sont notamment accordées lorsque les conditions d'ouverture du droit aux prestations légales ou supplémentaires ne sont pas remplies.

Sauf dans des cas exceptionnels, le principe est souvent retenu de n'accorder des aides qu'en remboursement de prestations en nature. Autrement dit, les aides individuelles ne sont pas des sommes en espèces versées aux assurés mais des remboursements de services ou d'équipements.

Par ailleurs, la commission doit veiller à ce que l'aide ait un lien avec la santé, conformément aux préconisations de la Cour des Comptes et de la CNAMTS.

La santé peut avoir des conséquences multiples sur les conditions de vie et d'emploi des familles et certaines commissions vont ainsi accorder des aides pour le paiement de frais d'électricité parce que c'est la maladie ou l'hospitalisation qui a entraîné les difficultés de paiement de ces factures.

#### Bon à savoir

Une majorité de caisses propose aux assurés des dispositifs d'aide pour faciliter l'accès à une complémentaire santé, en complément de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé prévue par la loi (cf. Fiche CISS Pratique n° 6 - Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).

#### B/ Comment solliciter une demande d'aide auprès de la CASS ?

Pour accéder à la commission, il est recommandé aux usagers de se rapprocher des services locaux d'aide sociale liés par des conventions de partenariat aux caisses ou encore des agents d'accueil de la caisse, tenus d'établir un dossier à la demande de l'utilisateur. Dans la plupart des caisses, un imprimé «*Action Sanitaire et Sociale - Demande d'attribution de prestations supplémentaires ou d'aide financière exceptionnelle*» est accessible au niveau des points d'accueil. Il permet aux demandeurs de faire connaître à la caisse toute information utile à l'étude de leurs demandes.

Dans tous les cas, la fonction des personnels d'accompagnement est d'aider les usagers à constituer un dossier de demande.

Celle-ci est ensuite adressée aux services, qui vérifient sa validité, et notamment son lien avec des problèmes de santé, mais aussi si d'autres organismes ne sont pas mieux habilités à répondre à cette demande.

Ce n'est qu'après ces deux premières étapes que le dossier est présenté à la commission pour étude.

Pour l'examen du dossier les documents de travail doivent englober tous les éléments utiles à la commission : charges familiales, conditions de logement, ressources, aides précédemment versées par la caisse. Il est donc important pour les demandeurs

de présenter l'ensemble des éléments permettant d'évaluer au mieux leur situation, les pièces étant ensuite anonymisées pour l'examen du dossier.

#### C/ Voie de recours contre les décisions relatives aux prestations supplémentaires et aides financières

Les décisions d'attribution de ces aides relevant du pouvoir discrétionnaire des caisses, elles ne peuvent faire l'objet d'aucun recours de la part des usagers.

#### COMMENT ÇA MARCHE ?

Les modalités de traitement des demandes par les caisses sont hétérogènes. Elles dépendent de critères établis par chacune d'entre elles pour instruire les dossiers.

Ces règles d'attribution sont plus ou moins strictes selon le budget dont dispose la caisse pour répondre aux demandes.

#### A/ Règles utilisées pour l'examen des situations financières

##### ● Plafond de ressources

La plupart des caisses utilisent un plafond de ressources pour décider de l'octroi des prestations et aides financières.

En pratique, dans la moitié des caisses, ce plafond varie selon la nature des aides demandées.

Certaines caisses utilisent à la fois le quotient familial<sup>1</sup> et un plafond de ressources pour examiner les demandes.

##### ● Période retenue

Une large majorité des caisses examine les ressources de la période précédant immédiatement la demande, et ce, en cohérence avec le souci de répondre à la situation concrète de l'assuré au moment de sa demande.

##### ● Modalités d'examen de la situation financière

###### - Nature des ressources retenues

Les caisses prennent en compte les salaires et les revenus de remplacement (indemnités journalières, indemnités de chômage, retraites) et pensions alimentaires. La plupart des caisses prennent également en considération la perception de prestations familiales.

Certaines caisses retiennent aussi les aides au logement, les bourses d'enseignement ou encore les revenus fonciers et les revenus mobiliers.

Plus rares sont celles qui tiennent compte de la prestation de compensation du handicap, de la majoration de tierce personne ou de l'allocation compensatrice tierce personne.

###### - Nature des charges retenues

La pratique des caisses est également dispersée en matière d'appréciation des charges.

Certaines caisses ne prennent pas en compte

<sup>1</sup>Le système du quotient familial consiste à diviser le revenu imposable du contribuable en un certain nombre de parts attribuées en fonction de la situation familiale de l'utilisateur (célibataire, marié, pacsé..., nombre de personnes à sa charge)

les charges. Pour celles qui le font, la plupart les retiennent en fonction de l'aide qui leur est demandée (aide alimentaire ou à caractère sociale) ou après la mise en œuvre d'une enquête sociale.

Les charges locatives et les pensions alimentaires versées sont retenues par la majorité des caisses mais les dépenses liées au logement (eau, gaz...) ne le sont que par la moitié d'entre elles. Les frais d'assurances et de crédits sont pris en compte par un tiers des caisses.

## B/ Barème d'intervention

Quand l'aide ou la prestation est accordée, un barème local est défini par la très grande majorité des caisses pour traiter les demandes. Il varie le plus souvent selon la nature des aides demandées et de nombreuses caisses le modulent selon les ressources du demandeur.

On observe une grande hétérogénéité dans les modes de fixation de barème : montant forfaitaire, pourcentage du reste-à-charge ou encore pourcentage par rapport à un tarif de référence.

Plus d'un tiers des caisses utilisent un barème mixte, combinant des modalités différenciées.

Quelques caisses limitent leur intervention en laissant une participation de l'assuré variant entre 20 % et 40 %.

## C/ Les exclusions de prise en charge

Certaines caisses refusent de prendre en charge des prestations, considérant qu'il n'appartient pas à l'Assurance maladie de les assumer. C'est le cas, par exemple, des frais d'obsèques, des dépassements d'honoraires, des franchises médicales, ou encore des frais d'hébergement en cures thermales ou en chambres particulières.

Par ailleurs, il ressort des enquêtes menées par la CNAMTS, d'une part, et le CISS en 2011, d'autre part, que les problèmes mentaux et psychologiques ne sont pas toujours considérés comme relevant d'une prise en charge au titre de la caisse.

De même, quelques caisses refusent d'octroyer des aides aux bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (aide attribuée aux étrangers en situation irrégulière qui voient leurs soins pris en charge du fait de leurs très faibles ressources).

## ○ POSITIONS DU CISS

- L'enquête CISS/FNATH/UNAF menée en 2011 sur l'action sanitaire et sociale des Caisses primaires d'Assurance maladie montre qu'après l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, les demandes et les montants versés pour la prise en charge des frais d'appareillages optiques, auditifs et dentaires sont les plus importants.

L'Assurance maladie compense ainsi, dans certains cas, sa faible prise en charge en attribuant des aides extra-légales ponctuelles sur ses fonds d'action sanitaire. Si ces fonds de « secours » peuvent permettre aux usagers d'accéder aux soins, il nous paraît avant tout nécessaire d'agir contre les abus et les prix prohibitifs pratiqués par certains professionnels.

Afin de maîtriser les dépenses liées à l'achat d'un dispositif médical tel qu'une prothèse dentaire ou un appareillage auditif ou optique, dont la charge pèse principalement sur les usagers, le CISS propose que soit encadrés les prix à l'instar de ceux des médicaments remboursés par l'Assurance maladie

- Par ailleurs, l'examen des demandes formulées par les usagers au niveau d'une commission d'action sanitaire et sociale interne à la caisse permet un traitement au cas par cas et une humanisation des réponses, graduées en fonction de la situation individuelle des demandeurs et pondérées selon le nombre de demandes et l'épaisseur de l'enveloppe budgétaire. Cette « liberté » accordée à la commission n'est pas à remettre en cause même s'il est souhaitable que les ressources et charges des usagers soient, en tout lieu, évaluées selon les mêmes modalités de calcul afin que les critères soient connus des services sociaux chargés de l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

La décision de la commission de l'Action Sanitaire et Sociale, d'allouer ou pas une prestation supplémentaire ou une aide individuelle à un usager qui en aurait fait la demande, n'est pas susceptible de recours juridictionnel. Cette pleine souveraineté reconnue aux commissions leur confère un pouvoir important qui peut, dans certaines circonstances, être exercé de façon discriminatoire et déboucher sur des ruptures d'égalité de traitement, notamment quand il s'agit d'exclure, par principe, du champ des aides financières possibles la prise en charge des soins psychiatriques ou les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat.

## ○ S'INFORMER

Santé Info Droits - 0 810 004 333 (N° Azur, tarif selon l'opérateur téléphonique) ou 01 53 62 40 30 (prix d'une communication normale)

La ligne d'information et d'orientation du CISS sur toutes les problématiques juridiques et sociales liées à l'état de santé.

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h.

Mardi, jeudi : 14h-20h.

Vous pouvez également poser vos questions en ligne sur [www.leciss.org/sante-info-droits](http://www.leciss.org/sante-info-droits).

- **Votre Caisse primaire d'Assurance maladie**

- **Le site Internet de l'Assurance malade : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)**

