

2 0 2 3

Santé Info Droits PRATIQUE

C.9.4

SÉCURITE 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), de la Mutualité Sociale Agricole (MSA), Caisse commune de sécurité sociale (CCSS) de la Lozère 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 barèmes souvent préétablis, des aides extra-légales aux assurés sociaux confrontés à des difficultés financières dues à la maladie.

Ces commissions attribuent des financements utiles à 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. Elle est parfois appelée 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 n'est consacrée qu'aux possibilités d'interventions des Caisses primaires d'Assurance maladie pour les situations individuelles.

À noter

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. Des orientations sont également fixées par la Caisse Nationale de l'Assurance maladie (CNAM) dans le cadre des Conventions d'Objectifs et de Gestion (COG) concernant les aides attribuées par l'action sanitaire et sociale, afin de s'adapter au contexte (nouvelles réformes, enjeux sanitaires et sociaux, etc.).

L'Action Sanitaire et sociale prévoit 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.

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^e 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% 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 appelait, 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 frais de santé. Autrement dit, les aides individuelles ne sont pas des sommes en espèces versées aux assurés mais des remboursements de services ou d'équipements.

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, et notamment pour les personnes dépassant de peu le plafond d'accès à la Complémentaire Santé Solidaire (voir [Fiche Santé Info Droits pratique C.2.2](#)), ou en difficultés pour payer leur cotisation.

Les aides spécifiques aux travailleurs indépendants

Depuis l'intégration du régime social des indépendants au régime général de l'Assurance maladie, ceux-ci peuvent bénéficier de l'ensemble des aides attribuées par les commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM.

En outre, ils peuvent continuer à bénéficier d'aides spécifiques, gérées par le Conseil de la Protection Sociale des Travailleurs Indépendants (CPSI) mais dont les demandes sont à faire auprès de la CPAM :

- l'aide au répit ;
- l'aide aux indépendants invalides ;
- l'aide au maintien de l'activité professionnelle.

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.

La Caisse nationale d'Assurance maladie a donné des instructions pour favoriser un formulaire de demande commun à l'ensemble des CPAM.

Un formulaire spécifique aux travailleurs indépendants est généralement proposé par les caisses.

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, tous les éléments d'évaluation de la

situation personnelle (chiffage des ressources et des dépenses) doivent être portés à la connaissance de 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

• Notion de reste à vivre

Afin d'appréhender au plus près de la réalité la situation financière des personnes, la notion de reste-à-vivre est désormais appréciée. Cette notion calculée sur les ressources résiduelles de l'assuré après qu'il se soit acquitté des charges contraintes peut ainsi permettre d'intégrer un public plus large que le seul critère de plafond de ressources.

• Période retenue

Dans le même ordre d'idées, 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

Revenus liés à une activité :

- Salaires (nets mensuels avant impôts ; moyenne des trois derniers mois) ou revenus d'apprentissage et de formation
- Allocation chômage (moyenne des trois derniers mois)
- Indemnités journalières et compléments indemnités journalières
- Revenus d'activité non-salariée
- Prime d'activité

Pensions et rentes :

- Pensions d'invalidité
- Majoration tierce personne
- Pension retraite (dont ASPA) / pension de réversion
- Retraite complémentaire
- Pensions civiles et militaires
- Rentes accident du travail ou survivant
- Allocation veuvage

Prestations diverses :

- RSA
- Allocations familiales

- Nature des charges retenues

Logement

- Loyers / accessions à la propriété + charges
- Taxe d'habitation / taxe foncière
- Assurance habitation
- Electricité, eau, chauffage, téléphone, abonnement internet

Transport

- Prêt voiture
- Assurance voiture
- Autres frais de transports (dont carte abonnement transports en commun)

Famille

- Impôts sur le revenu
- Pension alimentaire versée
- Frais de garde
- Montant mensuel de l'apurement des dettes suite à la décision de la commission de surendettement

D'autres charges peuvent être prises en compte selon la situation de l'assuré ou les décisions de la caisse (crédits, les dettes, le carburant, la complémentaire santé, les frais de dépendance, les frais de scolarité, d'études et de cantine scolaire...)

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.

POINT DE VUE

Les orientations de l'Action sanitaire et sociale évoluent au regard du contexte social et sanitaire, ce qui permet d'adapter les aides en fonction de celui-ci. Par exemple, les aides proposées ont dû s'adapter aux réformes de la Complémentaire Santé Solidaire et du 100% Santé, mais aussi à la crise sanitaire du COVID-19 qui a permis d'inscrire des aides nouvelles telle que la prise en charge de matériels de protection pour les plus défavorisés, et de développer des actions « aller vers » avec notamment la mise en œuvre des Missions d'Accompagnement Santé des CPAM.

Pour que l'Action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie remplisse ses objectifs de lutte contre le renoncement aux soins et contre les inégalités sociales de santé, il est impératif de développer le repérage des publics les plus fragiles et les plus éloignés du système de santé. Pour cela, les partenariats avec les acteurs locaux (associations, médico-social, services sociaux...) doivent se renforcer.

EN SAVOIR PLUS

Santé Info Droits 01 53 62 40 30

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

Lundi, mercredi, vendredi : 14h-18h. Mardi, jeudi : 14h-20h

Posez vos questions en ligne sur www.france-assos-sante.org/sante-info-droits



Votre Caisse primaire d'Assurance maladie ou sur Internet : www.ameli.fr

Fiches Santé Info Droits Pratique

[A.20 - Les dispositifs de lutte contre le non-recours aux soins de santé](#)

[C.2.2 - Complémentaire Santé Solidaire](#)

ÉVALUEZ NOTRE DOCUMENTATION !

Afin de mieux adapter nos publications à vos besoins nous avons mis en place un formulaire d'évaluation de notre documentation disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.france-assos-sante.org/publications-documentation/evaluer-notre-doc>

N'hésitez pas à le remplir, votre retour est essentiel !