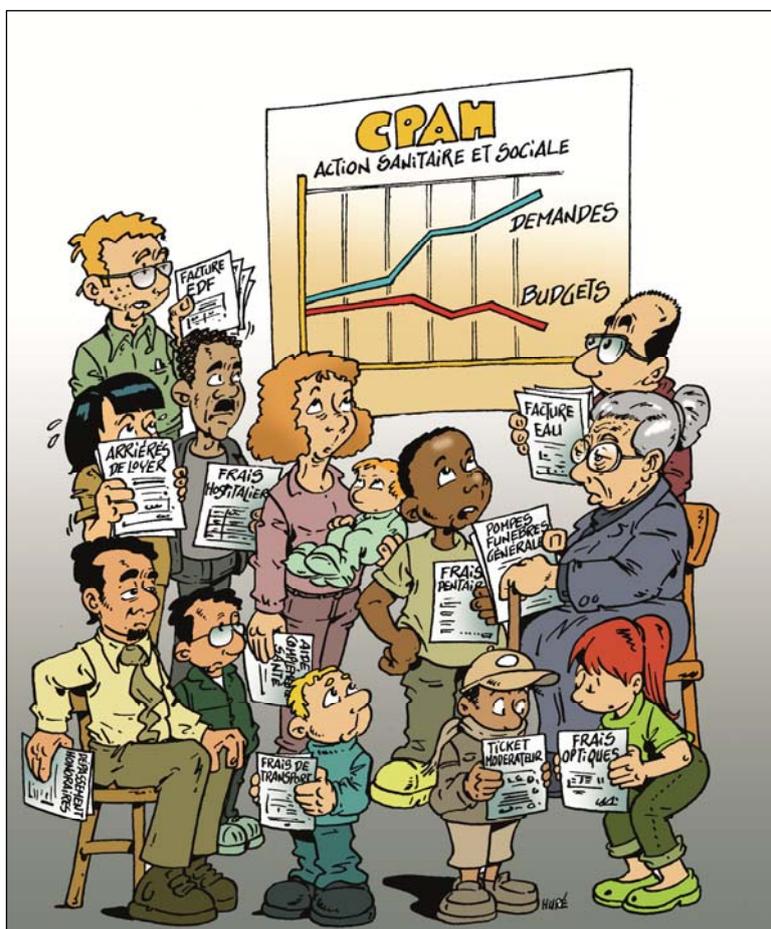


Action sanitaire et sociale des CPAM : un filet face au désengagement de l'Assurance maladie ?

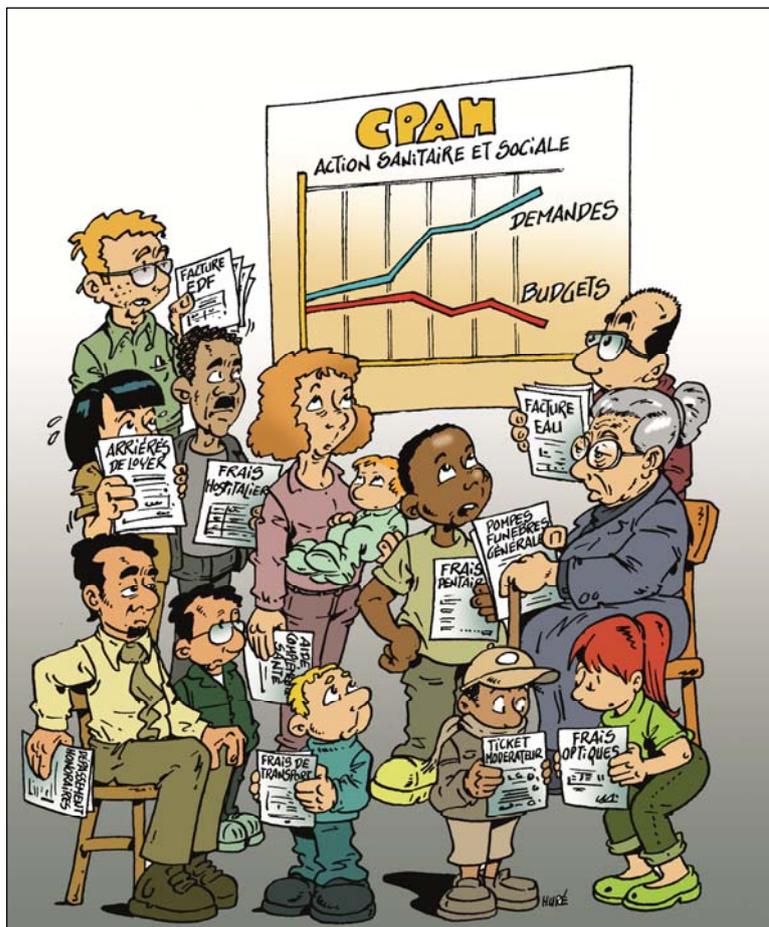


SOMMAIRE

L'action sanitaire et sociale des CPAM : un filet face au désengagement de l'Assurance maladie ?

- **Document 1** : dossier de présentation *L'action sanitaire et sociale des CPAM : un filet face au désengagement de l'Assurance maladie ?*
- **Document 2** : propositions du CISS, de la FNATH et de l'UNAF
- **Document 3** : rapport de l'institut Viavoice sur 3 questions de sondage réalisé pour le CISS auprès d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et + :
 - **Pensez-vous que les récentes mesures de rigueur annoncées par le gouvernement vont :**
 - a/ Constituer un frein pour votre accès aux soins dans les prochains mois ?
 - b/ Ne pas constituer un frein pour votre accès aux soins dans les prochains mois ?
 - **Quelle est selon vous la principale conséquence de la création d'un nouveau jour de carence en cas d'arrêt maladie, c'est-à-dire un jour qui ne sera plus remboursé par l'Assurance maladie ? (1 seule réponse possible)**
 - a/ permettre de lutter efficacement contre les arrêts considérés comme abusifs
 - b/ entraîner une baisse de revenus en cas de maladie
 - **Si, réponse b à la question précédente. Et cette baisse de revenu en cas de maladie vous semble-t-elle ?**
 - a/ justifiée par mesure d'économie sur les dépenses d'Assurance maladie du fait de la crise
 - b/ trop préjudiciable pour les malades
 - **Votre Caisse Primaire d'Assurance maladie peut proposer des aides exceptionnelles pour les personnes ayant des difficultés passagères d'accès aux soins. Etiez-vous au courant ?**
Oui / Non

Action sanitaire et sociale des CPAM : un filet face au désengagement de l'Assurance maladie ?



D
O
S
S
I
E
R



CHAPITRE I/

POURQUOI A-T-ON ENQUÊTÉ ? (p.4)

I/ Comprendre l'action sanitaire et sociale des CPAM (p.5)

- 1/ Le financement de l'action sanitaire et sociale des CPAM par le FNASS (p.5)
 - 2/ Budget et dépenses du FNASS (p.7)
 - 3/ Focus sur les aides individuelles (p.10)
 - 4/ Les remarques de la Cour des Comptes (p.11)
 - 5/ Les commissions des aides (p.12)

II/ Objectifs de l'action CISS / FNATH / UNAF (p.15)

CHAPITRE II/

COMMENT A-T-ON ENQUÊTÉ ? **QUELS RESULTATS A-T-ON OBTENUS ?** (p.17)

I/ Méthode d'investigation (p.18)

- 1/ La mise en lumière des divergences politiques entre les CPAM (p.18)
- 2/ La mise en œuvre des fonds d'action sanitaire et sociale dans les CPAM (p.18)
- 3/ L'enquête CISS / FNATH / UNAF pour accéder aux éléments d'information sur les pratiques des CPAM (p.19)

II/ Résultats (p.20)

- 1/ De l'hétérogénéité des politiques d'action sanitaire et sociale selon les CPAM (p.20)
- 2/ Bilan statistique de l'usage des fonds d'action sanitaire et sociale dans les CPAM (p.28)
- 3/ Enseignements de l'enquête menée par les représentants des usagers dans les CPAM (p.35)

ANNEXES

1/ Motion CISS / FNATH / UNAF sur l'action sanitaire et sociale des CPAM (p.42)

Texte lu en réunion de Conseil par de nombreux représentants des usagers en CPAM

2/ Grille d'enquête qualitative adressée par le CISS, la FNATH et l'UNAF à ses représentants des usagers en CPAM (p.45)

CHAPITRE II

POURQUOI A-T-ON ENQUÊTÉ ?

I/ Comprendre l'action sanitaire et sociale des CPAM

1/ Le financement de l'action sanitaire et sociale des CPAM par le Fonds national d'action sanitaire et social (FNASS)

Les aides individuelles et les aides collectives facultatives des CPAM constituent une part de ce qu'on appelle l'action sanitaire et sociale de la branche Assurance maladie, par opposition à son action de versement de prestations. Contrairement à la branche famille dont l'action sociale est très développée ou même de la branche vieillesse, l'action sanitaire et sociale a un poids financier très mineur dans l'Assurance maladie par rapport aux prestations.

Cette action sanitaire et sociale est financée par un fonds financier spécifique de la CNAMTS : le FNASS (Fonds national d'action sanitaire et sociale). Ce fonds finance à la fois des aides individuelles et des aides collectives. Il est réparti annuellement entre les différentes caisses locales qui conservent donc la gestion de cette enveloppe.

- **La répartition du FNASS**

Le FNASS est réparti entre les caisses en **dotations annuelles** paramétrées selon des critères fixés par un arrêté. Ces critères prennent notamment en compte la dépense moyenne par assuré de chaque CPAM. En réalité, ces dotations sont souvent reconduites d'année en année mais avec des réductions importantes de montant ces dernières années. Ces réductions de moyens sont en partie liées aux évolutions de la répartition des aides entre secteurs de la protection sociale : prise en charge de nombreux frais liés au handicap par les MDPH, ce qui décharge les CPAM et recentrage de l'action sanitaire et sociale des caisses sur la santé.

C'est en fonction de cette dotation que chaque CPAM établit son budget annuel d'Action Sanitaire et Sociale. Selon l'article R.262-2 du code de la sécurité sociale, la caisse nationale « peut imposer à une caisse primaire de lui soumettre pour approbation son budget d'action sanitaire et sociale de l'année suivante ». Il y a donc un droit de regard de la caisse nationale, notamment au vu des objectifs qui ont été fixés dans la COG sur la question de l'action sanitaire et sociale.

- **Les interventions au titre de l'action sanitaire et sociale des CPAM**

L'arrêté du 26 octobre 1995¹ encadre et définit l'action sanitaire et sociale des CPAM. Elle englobe 4 types d'interventions dont certaines sont extrêmement cadrées au niveau national :

- les **prestations supplémentaires facultatives à caractère individuel** dont la majorité ont pour vocation de favoriser l'accès aux soins des assurés ; parmi celles-ci, on trouve le financement de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) depuis 2005 et l'aide au maintien à domicile de personnes handicapées ou atteintes du VIH ; ces aides financières individuelles sont versées par les CPAM : 13 prestations sont listées dans l'arrêté

¹ Arrêté du 26 octobre 1995 relatif aux prestations supplémentaires et aux aides financières attribuées par les caisses primaires d'assurance maladie et modifiant certaines dispositions du règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie pour le service des prestations.

de 1995 modifié. 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. L'arrêté définit les conditions que doit remplir l'assuré pour bénéficier de ces prestations qui s'ajoutent aux prestations légales.

- les **prestations supplémentaires obligatoires** : contrairement aux prestations facultatives, la CPAM est dans l'obligation de les verser si les conditions d'attribution sont remplies et de les insérer dans son règlement intérieur. Elles sont donc proches de prestations légales mais elles sont financées par le FNASS et ne bénéficient qu'à des situations très particulières (état de santé, ressources, âge).

- les **aides financières individuelles** : ce sont des aides d'urgence accordées à des assurés connaissant des situations difficiles et soumis à des frais importants. On les appelait, avant l'arrêté de 1995, des « secours ». Les difficultés doivent découler spécifiquement d'une maladie, d'une maternité, d'un accident du travail. Ces aides sont notamment accordées lorsque les conditions d'ouverture du droit aux prestations légales ou supplémentaires ne sont pas remplies.

- les **aides collectives** : elles consistent en subventions accordées à des associations.

Depuis 2005, les dépenses de prévention ont été transférées au FNPEIS : par conséquent, les aides collectives des CPAM ont été recentrées sur les associations actives auprès des personnes malades ou handicapées.

Des assistantes sociales sont implantées très majoritairement auprès des CPAM.

CPAM et services sociaux régionaux sont liés par des conventions de partenariat : l'idée est souvent de permettre à la CPAM de signaler au service social les assurés ayant besoin d'un accompagnement.

2/ Budget et dépenses du FNASS

Le budget du FNASS est fixé de manière pluriannuelle. Les crédits non consommés remontent à la CNAMTS en fin d'exercice et leur report se fait au niveau national. Les caisses locales ne peuvent donc pas constituer de fonds de roulement. En revanche, en fin de **Convention d'Objectif et de Gestion** (COG), signée entre l'Etat et la CNAMTS, les crédits sont annulés.

A la suite du vote du budget initial du FNASS par le conseil de la CNAMTS, les caisses primaires reçoivent notification des crédits d'action sociale délégués par la caisse nationale, qui se décomposent en :

- une dotation globale libre d'emploi, dite **dotation paramétrique**,
- une **dotation individualisée** destinée au versement d'aides techniques aux personnes handicapées,
- des crédits destinés à couvrir des **dépenses dites obligatoires** (prestations des articles 71-4 et suivants et cures thermales),
- et enfin des **dotations dites spécifiques** servant à financer la mise en œuvre locale d'actions nationales.

Les dotations spécifiques font l'objet d'abondements complémentaires en cours d'année, en fonction des besoins. Pour les dépenses obligatoires, en revanche, lorsque les crédits prévus à cet effet sont insuffisants, les caisses sont autorisées chaque année par la CNAMTS à procéder au paiement sur leur trésorerie disponible et à enregistrer ces dépenses en compte d'attente, contre toute orthodoxie comptable.

Les dépenses du FNASS baissent nettement par rapport à 2008. Cette évolution s'explique en partie par la non-exécution des prestations complémentaires de santé prévue initialement à 70 M€

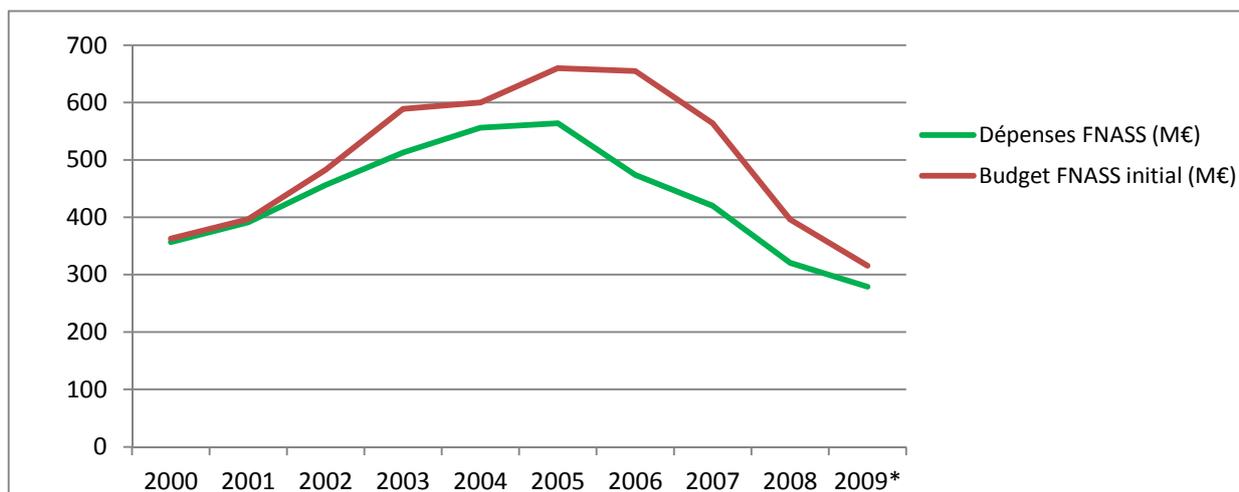
Au final, en 2009, le montant des dépenses engagées par le FNASS s'élève à 279 M€².

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009*
Dépenses FNASS (M€)	357	391	456	513	556	564	474	420	321	279
Budget initial (M€)	363	397	483	589	600	660	655	564	396	316
Taux d'exécution	98,30%	98,50%	94,40%	87,00%	92,60%	85,40%	72,30%	74,40%	81,10%	88,30%

* Budget initial hors les 70 M€ d'ACS inscrits dans la COG mais transférés au Fonds CMU

Source : CNAMTS- DSS

² Rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2010.
Enquête CISS-FNATH-UNAF 2011 - Action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie
Dossier de presse – 22 novembre 2011

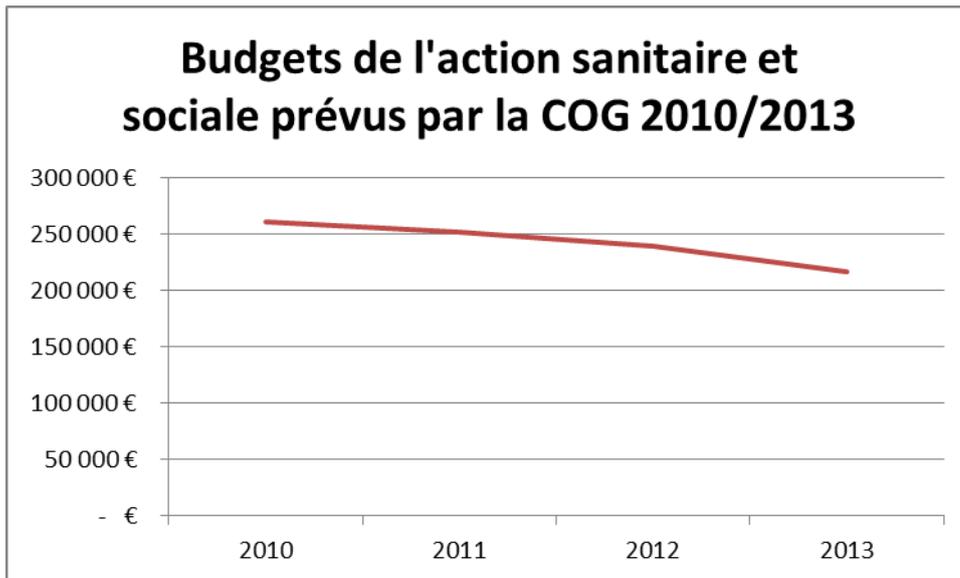


Depuis 2006, les dépenses du FNASS ont beaucoup diminué car certaines dépenses ont été transférées à des fonds plus spécifiques. Ainsi le Fonds National de Prévention et d'Education en Information Sanitaire (FNPEIS) a vu ses crédits augmenter considérablement car il a repris à sa charge de nombreuses dépenses de prévention sanitaire, notamment la prévention bucco-dentaire pour laquelle les dépenses ont beaucoup augmenté. La prise en charge du ticket modérateur pour les ALD 31-32 a aussi été transférée en 2007.

Les taux d'exécution des crédits du FNASS sont assez irréguliers. Ces éléments témoignent de la variabilité de budgets qui peuvent évoluer en cours d'année selon les décisions, les besoins ou les disponibilités, et subir des reports de dépenses sur les exercices ultérieurs. En outre, les dépenses du fonds sont encadrées par des COG qui amènent à des remises à plat régulières.

La Convention d'Objectifs et de Gestion 2010/2013 prévoit, pour ces années, les budgets suivants :

- 2010 : 260 452 euros
- 2011 : 251 200 euros
- 2012 : 239 700 euros
- 2013 : 216 248 euros



3/ Focus sur les aides individuelles

- **Elles concentrent les marges de manœuvre des conseillers**

Les conseillers n'ont pas de marge de manœuvre sur les prestations supplémentaires obligatoires. Ils peuvent choisir les prestations facultatives dans la liste des 13 prestations proposées dans la Code de la sécurité sociale.

Ils ont en revanche une **large marge de manœuvre sur les aides financières individuelles**, dans la limite du budget imparti à ce poste. La CNAMTS intervient pour l'instant assez peu dans ce domaine de l'action sanitaire et sociale qui constitue une part infime de ses dépenses contrairement à la branche Famille par exemple : une circulaire a simplement demandé aux CPAM d'orienter prioritairement les aides individuelles sur la santé et ses conséquences.

- **La vocation des aides individuelles**

Ces aides ont pour vocation :

- de **couvrir les restes-à-charge** que subissent les assurés après les remboursements légaux de l'assurance maladie : ticket modérateur, forfait hospitalier, prothèses dentaires ou auditives, frais d'optique, dépassements d'honoraires ;
- de **rembourser des prestations ou des produits normalement non remboursés** : certains médicaments, des aides ménagères (non ou insuffisamment remboursées par d'autres organismes), frais de transport ;
- de prendre en charge des **dépenses d'ordre général** (factures d'eau et d'électricité, loyers, frais d'obsèques) mais qui peuvent se trouver aggravées par la maladie et les problèmes qu'elle entraîne (difficultés d'emploi, coûts supplémentaires...).

4/ Les remarques de la Cour des Comptes sur l'action sanitaire et sociale de la branche maladie

La Cour des Comptes a consacré une partie de son rapport de 2006 sur la Sécurité sociale³, à l'action sociale des différentes branches, et notamment à l'action sanitaire et sociale de la branche maladie.

Concernant les aides individuelles, la Cour dénonce **le lien parfois ténu** - de son point de vue - **entre des prises en charge souvent très globales** (frais d'électricité, loyers...) **et le problème de santé lui-même.**

Elle critique aussi le **manque d'harmonisation** des critères d'aides entre les différentes CPAM. De fait, le calcul des seuils de ressources n'obéit pas partout aux mêmes critères : la prise en compte des ressources ou bien des charges familiales (à travers, parfois, un quotient familial) n'est pas organisée de la même manière dans les différentes CPAM.

Elle critique surtout un **manque de ciblage d'une population précise** comme devant bénéficier prioritairement des aides financières individuelles. Le choix devrait notamment se faire, selon la Cour, entre :

- privilégier les populations qui ne bénéficient pas des prises en charge légales les plus favorables (CMU-C et ACS) : il resterait donc les populations au-dessus du seuil de ressources de la CMU-C voire de l'ACS mais subissant des effets de seuil.
- ou bien au contraire cibler les assurés bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS, dans la mesure où ils continuent à subir des restes-à-charge excédant leurs ressources. On pense notamment aux dépassements d'honoraires que peuvent subir tout à fait légalement les bénéficiaires de l'ACS, contrairement aux bénéficiaires de la CMU-C.

Par ailleurs, la Cour préconise que les subventions aux associations fassent l'objet non seulement de conventionnements mais aussi de contrats d'objectifs plus détaillés.

³ <http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFSS/RapportSecuriteSociale2006.pdf>.
Enquête CISS-FNATH-UNAF 2011 - Action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie
Dossier de presse – 22 novembre 2011

5/ Les commissions des aides

• La commission des aides individuelles

La « porte d'entrée » d'une demande d'aide pour les assurés est :

- soit l'assistante sociale du service social régional,
- soit les agents d'accueil de la CPAM qui doivent donc bénéficier d'une formation : ceux-ci ne peuvent toutefois pas refuser d'établir un dossier de demande si l'assuré le souhaite.

Dans les deux cas, leur fonction est d'aider les assurés à constituer un dossier pour la 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 des aides individuelles afin qu'elle l'étudie.

Le dossier de demande d'aide présenté en commission est généralement anonyme mais les documents de travail doivent englober tous les éléments qui peuvent être utiles à la commission : charges familiales, conditions de logement, ressources, aides précédemment versées par la CPAM....

Le niveau de vie est présenté en prenant en compte l'ensemble des ressources (y compris l'ensemble des prestations) et des charges. La différence entre les deux permet de calculer une « moyenne journalière » qui correspond au « reste-à-vivre » par jour et par personne. Cette moyenne peut servir de référence pour le ciblage des aides.

La commission des aides individuelles n'est pas une obligation, mais c'est une modalité de travail adoptée dans la plupart des CPAM. **Pour les conseillers, il est intéressant de motiver le directeur et le conseil à la création d'une telle commission** dans le but d'approfondir les critères d'attribution des aides.

Souvent, la commission obtient du conseil une délégation pour prendre des décisions sur les aides individuelles, ce qui signifie que le conseil n'en discute plus lui-même, sauf à l'occasion de bilans généraux périodiques.

Les aides consenties visent à compléter les prises en charge légales : elles ont donc un caractère extra-légal de prestations « supplémentaires », donc facultatives. Du fait de leur caractère extra-légal, les décisions de la commission ne peuvent faire l'objet d'aucun recours de la part de l'assuré. Le rôle d'appréciation des conseillers est donc très important puisqu'il n'y a pas de contrôle juridictionnel sur les décisions prises.

La commission des aides individuelles n'étant pas obligatoire, il faut parfois en montrer l'utilité et la légitimité : **un point important est qu'elle permet une représentation de compétences très variées.** On peut y trouver des représentants des mutuelles qui disposent d'informations sur la prise en charge par leurs organismes (y compris par les fonds sociaux, mal connus, dont disposent la plupart des mutuelles). Les représentants d'usagers sont également souvent présents au sein de cette commission.

D'autres représentants peuvent siéger (au titre de la CPAM ou non) à la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), dans les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ou dans les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et donc bien connaître les modalités de prise en charge par ces organismes.

La commission peut inviter le médecin-conseil pour solliciter son avis sur l'utilité médicale et sanitaire de certaines prises en charge.

Cette grande richesse de points de vue permet à la commission d'être bien informée sur les aides existantes dans d'autres organismes.

Dans beaucoup de caisses, un budget annuel est fixé pour les aides individuelles : la commission tente de répartir cette somme de façon équitable sur l'ensemble de l'année. Cela peut poser un certain problème d'équité car si les crédits sont épuisés trop rapidement pendant une période, la commission devra être plus restrictive pendant la période suivante. Au contraire, s'il y a peu de demandes pendant une période donnée, la commission sera probablement ensuite plus généreuse dans l'attribution des aides.

La commission doit réfléchir à des critères collectifs d'attribution des aides.

Sauf cas exceptionnels, le principe est souvent retenu de n'accorder d'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.

Avec l'aide du personnel de la caisse ou des assistantes sociales, la commission doit veiller à ce que l'aide ait une **relation avec la santé**, conformément aux préconisations de la CNAMTS. Ce critère semble « évident » : pourtant, il suppose une véritable réflexion sur ce qui relève de l'action de la CPAM, en articulation avec les aides relevant d'autres organismes dispensant aussi des aides individuelles (Caisses d'allocations familiales, CCAS, collectivités locales, MDPH...). Ainsi, la santé peut avoir des conséquences multiples sur les conditions de vie et d'emploi des familles : certaines commissions vont ainsi accorder des aides pour le paiement de frais d'électricité parce que c'est la maladie ou l'hospitalisation qui ont entraîné la difficulté à payer ces factures. Au contraire, il peut être considéré que la prise en charge de certains appareillages peut relever davantage d'une prise en charge par la MDPH...

Par ailleurs, les problèmes mentaux et psychologiques ne sont pas toujours considérés comme relevant d'une prise en charge au titre de la CPAM : il est donc légitime de discuter ce point et de définir une ligne de conduite sur cette question.

Les aides individuelles sont accordées sous **conditions de ressources** : la commission doit être informée de l'ensemble des ressources perçues par la famille réclamant une aide, et de l'ensemble de ses frais, afin d'apprécier la situation de chaque famille et donc d'être équitable dans l'attribution des aides. Le reste-à charge ou le taux d'effort peuvent aussi servir d'indicateurs pour attribuer ces aides.

La commission doit se doter de **lignes de conduite** par rapport à certaines demandes de remboursements : ainsi, elle peut choisir de ne pas rembourser les frais d'obsèques ou bien les frais liés aux cures thermales si elle juge que d'autres demandes sont prioritaires. Ces lignes de conduite permettent d'éliminer spontanément certaines demandes.

Toutefois, il faut bien préciser que la commission doit considérer des situations humaines dans leur complexité et donc éviter d'adopter des normes d'action excessivement rigides. C'est justement le but d'une telle commission de disposer de marges de manœuvre pour dépasser des critères trop rigides.

La CPAM adresse une réponse à la demande d'aide individuelle de l'assuré. La commission, en lien avec la commission des relations avec les usagers, peut tenter de travailler sur la rédaction des courriers. Les conseillers doivent veiller :

- A la forme du courrier : les termes doivent être compréhensibles, la rédaction claire et dénuée d'agressivité. Cela est d'autant plus nécessaire que ces courriers s'adressent souvent à des personnes fragiles et en difficulté. Si certains termes compliqués sont nécessaires (ex : forclusion...) ils peuvent faire l'objet d'une note explicative.

- A l'information sur les droits dont peut bénéficier l'assuré : que ce soit dans un courrier de refus d'aide ou bien d'acceptation, il est utile de mentionner des organismes qui peuvent apporter une aide supplémentaire (CCAS, CMDPH, organisme de couverture complémentaire) mais aussi les droits aux prestations légales de l'Assurance maladie, droits souvent mal connus comme l'ACS.
- A ce que l'absence de recours possibles sur les aides individuelles soit spécifiée.

• La commission des aides collectives

A la différence des aides individuelles, les aides collectives sont des financements accordés à des organismes collectifs, notamment des associations : il s'agit en réalité de subventions.

Plusieurs critères doivent guider l'attribution de ces subventions :

- Le lien entre l'activité de l'organisme, de l'association et la santé.
- Le sérieux de l'association : à la fois sur son activité et sa santé financière.

Il peut être intéressant pour les conseillers de se déplacer pour en savoir plus sur l'activité de l'association. Les conseillers ayant été ou étant militants associatifs peuvent apporter leur connaissance de ce milieu et des critères de bonne gestion et d'activité.

Il est important sur la question des aides collectives de veiller à ce qu'elles ne recoupent pas des actions menées par d'autres organismes, notamment chargés de la prévention et de la politique de Santé publique. Par exemple, la création des MDPH à partir de 2005 a conduit ces organismes à prendre en charge de façon croissante les aides aux associations soutenant les personnes handicapées. La redistribution des rôles au niveau de l'action sociale implique que les conseils des CPAM réfléchissent aux spécificités de leurs aides collectives.

Quelques exemples d'actions :

Les buts des associations qu'une CPAM peut subventionner sont très variés : lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies ; aide aux personnes handicapées adultes ; aide aux malades chroniques ; lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires ; lutte contre le cancer ; aide aux malades hospitalisés...

III/ Objectifs de l'action CISS / FNATH / UNAF

La sociologie des demandeurs d'aides et la typologie des demandes nous permettent de tirer certaines conclusions, attestant la nécessité de développer de nouvelles formes de prises en charge collectives et de mieux maîtriser les tarifs de certains professionnels de santé.

Notre système de protection sociale est progressivement en train de muter, passant d'un modèle basé sur la solidarité (entre bien-portants et malades d'une part et entre riches et pauvres d'autre part) à un type de prise en charge où la place laissée à une approche privée et assurantielle est de plus en plus importante, notamment pour les soins courants.

La tendance à transférer aux assurances complémentaires une part croissante des dépenses de santé est la manifestation de cette évolution.

Dès les années 1970, sont mis en place les premiers « transferts de charge » avec la baisse du taux de remboursement des « médicaments de confort » de 70 % à 40 % en 1976, le premier déremboursement de médicaments (les vitamines) en 1986, la limitation de l'exonération du ticket modérateur aux soins en rapport avec la maladie exonérante dans le cas des ALD en 1986 et l'instauration en 1980 du Secteur II à honoraires libres pour les médecins libéraux, qui déconnecte le tarif de remboursement du prix effectif et laisse le « dépassement » à la charge du patient ou de son assurance complémentaire. Cette politique se poursuit et s'accélère même puisqu'au cours des deux dernières années, nous avons subi :

- l'augmentation du Forfait Journalier Hospitalier⁴ ;
- des baisses de taux de remboursement (de 35% à 15%) pour des dizaines de médicaments⁵ ;
- de nouvelles baisses de taux de remboursement pour les médicaments à « vignette bleue » (de 35% à 30%)⁶ ;
- l'augmentation du seuil de déclenchement du forfait de 18 euros pour les actes coûteux⁷ ;
- la restriction des conditions de prise en charge des frais de transport des personnes en ALD⁸ ;
- la régulation des dépenses de transports pour tous les usagers des établissements de santé⁹ ;
- l'augmentation des cotisations dues aux organismes de complémentaires de l'ordre de 5% par an...

⁴ Arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

⁵ Décret n° 2010-6 du 5 janvier 2010 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

⁶ Décret n° 2011-56 du 14 janvier 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

⁷ Décret n° 2011-201 du 21 février 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue au 1° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

⁸ Décret n° 2011-258 du 10 mars 2011 portant modification des conditions de prise en charge des frais de transport pour les malades reconnus atteints d'une affection de longue durée.

⁹ Décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 relatif à la régulation des dépenses de transports résultant de prescriptions médicales effectuées dans les établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville.

A ces mesures, il faut ajouter :

- les dépassements d'honoraires qui se pratiquent en dehors de toute régulation et peuvent atteindre des niveaux difficilement soutenables pour les patients, qu'ils disposent d'une complémentaire santé ou pas ;
- le durcissement des conditions d'entrée dans le régime des Affections de Longue Durée (ALD) puisque l'Hyper Tension Artérielle sévère (ALD n°12) est, depuis le 24 juin 2011, retirée de la liste des ALD.

Aujourd'hui, le taux moyen de prise en charge (de l'ordre de 76 %), recouvre deux situations distinctes : celle des patients pris en charge à 100 % sur fonds publics, soit au titre d'une ALD (9 millions de personnes), soit au titre d'une hospitalisation, soit encore au titre de la CMU (4,5 millions de personnes) ; et celle des personnes non hospitalisées ne relevant pas d'une ALD et ne bénéficiant pas de la CMU, dont le taux de prise en charge publique n'excède pas 60 %.

Le solde peut être couvert par des assurances complémentaires mais est supporté intégralement par les 4 millions de personnes sans complémentaire.

Compte tenu de l'évolution du déficit de l'Assurance maladie, cette politique s'avère économiquement peu efficace... Et lorsque l'on mesure la part des usagers contraints de renoncer aux soins pour des raisons financières¹⁰, elle nous paraît socialement dangereuse. C'est notamment pour éviter ces renoncements aux soins, et amortir les dommages causés par l'augmentation des restes-à-charge des assurés sociaux, qu'agissent les Commissions d'action sanitaire et sociale des Caisses Primaires d'Assurance maladie.

¹⁰ Les renoncements aux soins sont déclarés par 26% des Français (38% chez les bénéficiaires de la CMU, 36% parmi les personnes dont les revenus du foyer sont inférieurs à 1.500 € nets/mois, 33% pour les personnes atteintes d'une affection longue durée, 32% chez les 25-34 ans) ; et les reports de soins sont déclarés par 30% des Français (42% chez les bénéficiaires de la CMU, 38% parmi les personnes dont les revenus du foyer sont inférieurs à 1 500 € nets/mois, 37% pour les personnes atteintes d'une affection longue durée, 40% dans la tranche d'âge 25-34 ans) - Enquête *Viavoice* réalisée pour le CISS en octobre 2010.

CHAPITRE III/

COMMENT A-T-
ON ENQUÊTÉ ?

QUELS RÉSULTATS A-T-
ON OBTENUS ?

I/ Méthode d'investigation

1/ La mise en lumière des divergences politiques entre les CPAM

Cette approche a consisté en l'analyse des résultats d'une étude diligentée et menée par les services de la CNAMTS en 2010 et présentée lors d'une réunion de la CORPASS (Commission des relations aux publics et de l'action sanitaire et sociale) le 31 mars 2011. Cette enquête avait pour but de faire l'état des lieux des pratiques des CPAM en matière d'octroi de prestations supplémentaires et d'aides financières individuelles.

Dans cette étude, sur 106 caisses interrogées, 100 ont répondu (soit 94,6%). L'objectif était de :

- décrire les modalités d'instruction des dossiers (période de ressources retenue, nature des ressources et des charges prises en compte, existence et modalités de calcul d'un quotient familial, existence de plafonds, nature des barèmes d'intervention),
- d'analyser quelques points en matière de gestion (délai d'instruction, délai de validité des accords),
- d'apporter un éclairage particulier sur les barèmes appliqués en matière d'aides complémentaires à l'ACS.

2/ La mise en œuvre des fonds d'action sanitaire et sociale dans les CPAM

Une enquête réalisée par la CNAMTS auprès des organismes locaux d'assurance maladie en 2010 a porté sur :

- les motifs d'exécution partielle des budgets d'action sanitaire et sociale (taux d'exécution inférieur à 90%),
- les actions mises en œuvre sur les champs :
 - de l'accès aux soins,
 - du retour et du maintien à domicile,
 - de la prévention des situations d'exclusion.

Les résultats de cette enquête ont été présentés en CORPASS le 18 octobre 2011. Nous proposons une lecture critique de cette analyse à la lumière des enseignements tirés de notre enquête interassociative dans les CPAM.

3/ L'enquête CISS / FNATH / UNAF pour accéder aux éléments d'information sur les pratiques des CPAM

Cette année, pour les besoins de notre enquête, les directeurs de CPAM ainsi que les représentants d'usagers présents au sein des Commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM ont été sollicités selon deux procédés distincts.

Au mois d'avril, les RU en CPAM ont tous reçu une **lettre type de saisine** à adresser au directeur de la CPAM. Dans ce courrier, il est demandé au directeur de la CPAM de fournir des informations, dans un délai de 3 mois, sur les points suivants :

- **le nombre de demandes d'aides individuelles** formulées auprès de la CPAM et son évolution sur les 5 dernières années ;
- **la nature des aides individuelles** demandées et leur évolution sur les 5 dernières années : objet, cause, montant (dépassements d'honoraires, aides à la mutualisation, aides ménagères, prothèses, factures diverses) ;
- **le « profil social » des demandeurs** d'aides individuelles et son évolution sur les 5 dernières années (bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS, de minima sociaux, chômeurs, parent isolé, personnes vivant sous le seuil de pauvreté, etc...) ;
- **l'état de santé des demandeurs** (personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, souffrant d'une affection psychiatrique, en situation de handicap, etc...) ;
- **les modalités de traitement des demandes d'aides** (existence ou pas de « filtres » avant examen des demandes d'aides par les membres de la commission, critères d'octroi des aides individuelles, etc...) ;
- **les suites données aux demandes d'aides** (recevabilité, acceptation, montants dépensés par demandeur, etc...) ;
- **l'évolution du budget de l'action sanitaire et sociale de la CPAM** sur les 5 dernières années ;
- **le taux d'exécution du budget de la CPAM** au titre de son action sanitaire et sociale sur les 5 dernières années.

39 CPAM ont répondu à cette sollicitation des associations représentant les usagers du système de santé au sein de leurs conseils.

Par ailleurs, les représentants des usagers en CPAM ont été invités à lire, en séance de conseil, une **motion** reprenant les objectifs de notre enquête.

Enfin, une **grille d'entretien**, destinée à recueillir le sentiment de chacun sur l'activité des Commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM, a été adressée à tous les représentants des usagers en CPAM.

62 représentants des usagers ont répondu.

III/ Résultats

1/ De l'hétérogénéité des politiques d'action sanitaire et sociale selon les CPAM ¹¹

- Etat des lieux

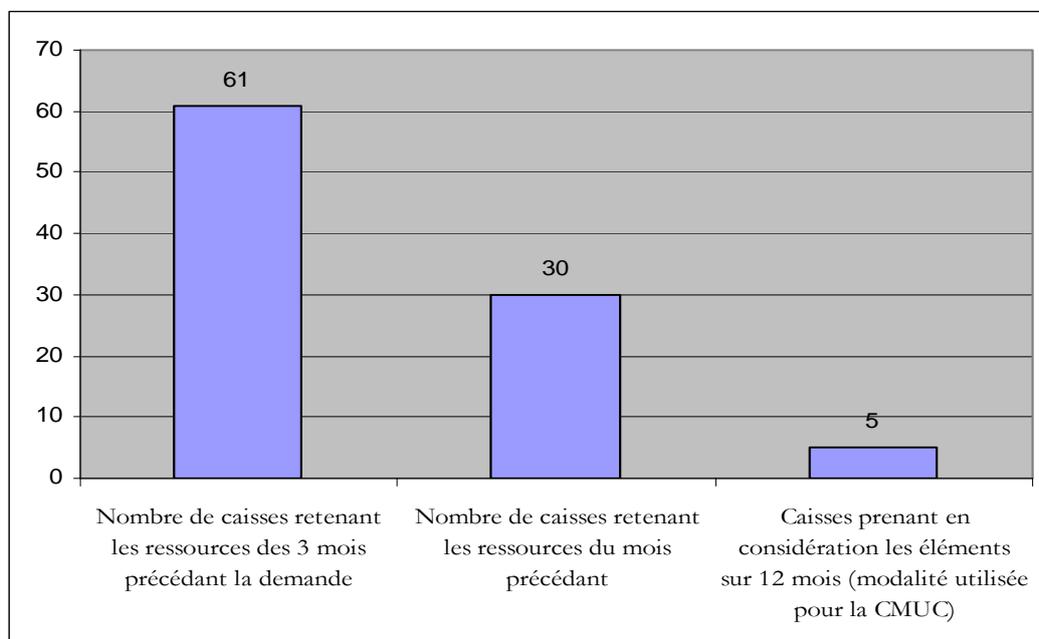
- Règles utilisées pour l'examen des situations financières

► Période

Une large majorité des caisses examine les ressources de la période précédant immédiatement la demande, et ce en cohérence avec le souci de répondre par les aides financières à la situation du moment.

Ainsi, sur 100 caisses :

- 61 retiennent les ressources des 3 mois précédant la demande,
- 30 celles du mois précédent,
- seules 5 caisses prennent en considération les éléments sur 12 mois (modalité utilisée pour la CMU-c).



¹¹ Cette partie s'appuie à la fois sur l'état des lieux dressé par la CNAMTS et sur l'enquête menée par le CISS, la FNATH et l'UNAF qui permet notamment d'illustrer la nature des politiques pratiquées au sein des CPAM ayant répondu.

► Modalités d'examen des ressources

19 caisses déclarent appliquer les règles utilisées en matière de CMU-c. Les 81 autres organismes s'en écartent, sur la nature des ressources prises en compte et/ou sur les charges retenues :

- *nature des ressources retenues*

Une unanimité se dégage sur la **prise en compte des salaires et revenus de remplacement** (indemnités journalières, indemnités de chômage, retraites) et pensions alimentaires.

Il y a également quasi-unanimité s'agissant des **prestations familiales**.

La situation est en revanche plus variable pour les prestations logement (52 caisses les retiennent) et les bourses de l'enseignement (60 caisses).

Dans la rubrique « autres ressources » 27 caisses ont cité les revenus fonciers et 23 les revenus mobiliers. 6 caisses prennent en compte la prestation de compensation du handicap, la majoration de tierce personne ou l'allocation compensatrice tierce personne.

- *nature des charges retenues*

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

9 caisses sur 81 ne prennent pas en compte les charges (sauf à les communiquer à titre d'information à la commission d'action sociale).

Pour certains organismes, la notion de charges intervient selon la nature de l'aide demandée (elle est retenue pour les aides alimentaires ou à caractère social) ou selon la mise en œuvre d'une enquête sociale.

Parmi les 72 caisses qui retiennent des charges, la majorité prend en compte les charges locatives (61) et les pensions alimentaires (65). En revanche, les dépenses liées au logement (eau, gaz...) sont prévues par la moitié (37), les frais d'assurances et de crédits par un tiers.

Enfin, 10 caisses ne prennent en compte que le versement de pensions alimentaires.

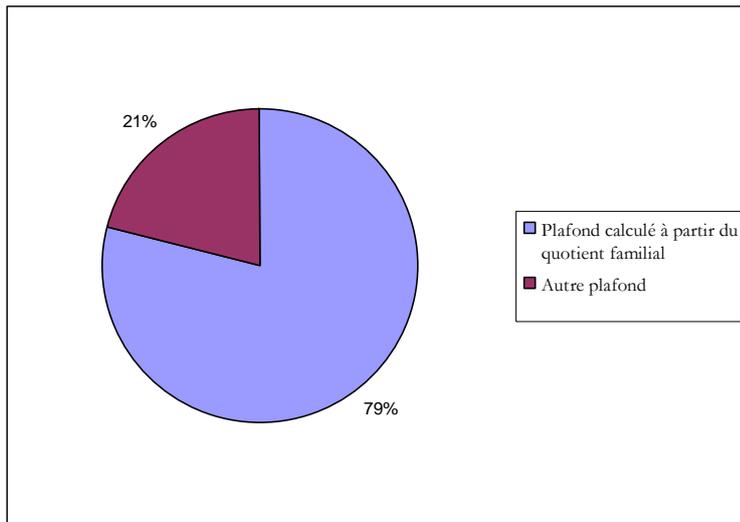
Parmi les autres charges citées, on trouve essentiellement les primes de couverture complémentaire (6 caisses) et les frais de tierce personne (3).

► Quotient familial

79 caisses font intervenir la notion de quotient familial pour l'instruction du dossier.

Plus des 2/3 (55 caisses) attribuent une part à chaque membre du foyer indifféremment de son statut, son âge, sa situation (handicap...).

Les autres font varier le nombre de parts, essentiellement selon la composition du foyer (24 caisses), les autres types de modulation restant marginaux.



A titre d'exemples :

- La CPAM de Saône-et-Loire rejette la demande de l'assuré si les ressources du demandeur sont supérieures ou égales à 1 000 € après application du quotient familial. Lorsque le quotient familial est compris entre 800 € et 1 000 €, le dossier est examiné au cas par cas.

- La CPAM de la Manche étudie également les dossiers en fonction du quotient familial du demandeur.

- La CPAM de la Meurthe-et-Moselle examine, quant à elle, toutes les demandes au cas par cas.

Certaines caisses calculent un montant journalier de ressources. C'est notamment le cas de la CPAM de l'Essonne qui calcule une « moyenne journalière économique » lui permettant de fixer son taux de participation (ex : de 4,01 € à 8 € pour une aide égale à 80% de la demande, aucune aide si la moyenne journalière économique est supérieur à 25 €).

La CPAM de Paris calcule également un montant journalier de ressources.

• Règles utilisées pour l'attribution des aides

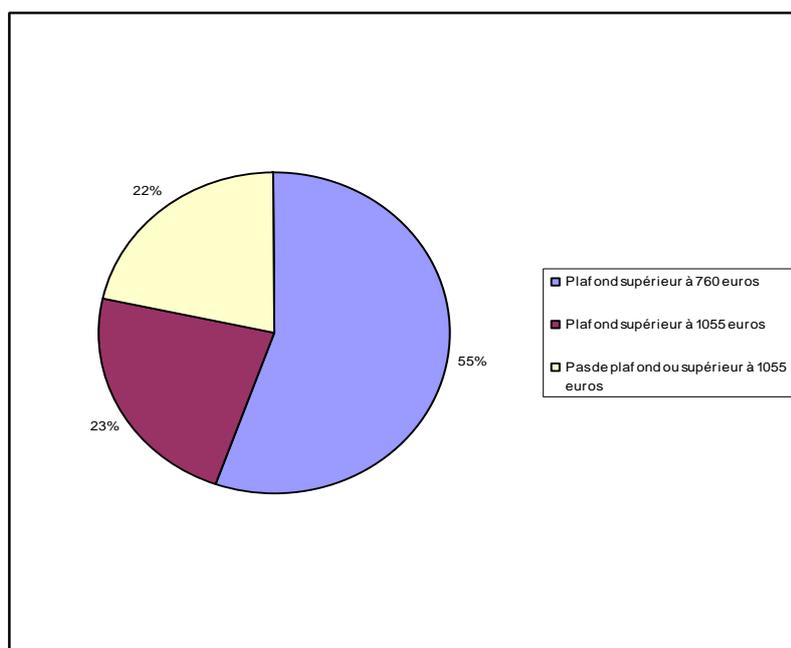
► Plafond de ressources

72 caisses utilisent un plafond de ressources pour décider de l'octroi des aides financières.

65 organismes ont défini un plafond supérieur à 760 euros (seuil de ressources de l'ACS) dont 30 au-delà de 1055 euros (SMIC).

Dans la moitié des cas, ce plafond varie selon la nature des prestations.

Paradoxalement, on ne trouve pas de corrélation entre le fait de ne pas retenir les charges et la fixation d'un plafond élevé. Ainsi sur les 30 caisses dont le plafond est établi à plus de 1 055 euros, 19 déduisent les charges du foyer ; elles sont 10 sur les 17 se situant dans la fourchette 951-1 055 euros.



La CPAM de l'Aisne statue sur la base d'un plafond équivalent à deux fois le plafond de la CMU-c pour les familles de 1 à 5 personnes soit 1 360 euros (plafond majoré de 300 € au-delà de cinq personnes). Le taux de participation au titre de l'ASS est ensuite modulé selon les ressources et le nombre de personnes au foyer (ex : si les ressources du demandeur sont comprises entre 55 et 60% du plafond ASS, le montant maximal de l'aide sera de 680 € par personne et le taux de participation de 90%)

Certaines CPAM utilisent à la fois le quotient familial et un plafond de ressources pour examiner les demandes.

D'autres, comme la CPAM de Hainaut, fixent un plafond de ressources à 1 260 € pour une personne seule.

Le plafond de ressources peut ensuite varier selon la nature des prestations demandées.

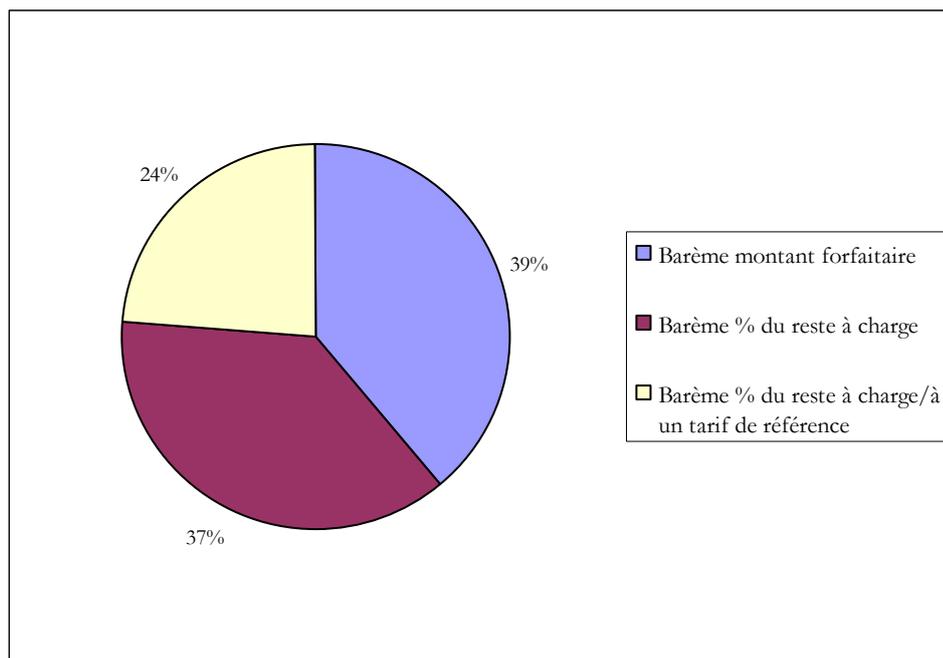
► Barème d'intervention hors Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

Un barème local a été défini par la très grande majorité des organismes (84) pour traiter les demandes portant sur des postes différents de l'ACS. Dans 60 % des cas, il varie selon la nature des aides demandées et 75 % des caisses l'ont modulé selon les ressources du demandeur.

On observe une grande **hétérogénéité** dans les modes de fixation de barème :

- montant forfaitaire (19)
- pourcentage du reste-à-charge (18)
- pourcentage par rapport à un tarif de référence (12)

Plus du tiers des organismes utilisent un barème mixte, combinant des modalités différenciées.



La CPAM de Saône-et-Loire a défini un barème d'aide à la décision, le montant de l'aide varie selon le poste de dépenses visés (par exemple, si le quotient familial est inférieur à 400 €, la caisse intervient, pour l'optique, à hauteur de 95% limité à 210 €, pour le dentaire 95% limité à 1 100 €)

La CPAM de l'Ille-et-Vilaine a, quant à elle, défini un barème en quatre tranches :

- Tranche A : plafond CMU avec application d'un montant modulateur de 1,80 sur le montant de l'aide accordée.
- Tranche B : plafond ACS (816 €) avec application d'un montant modulateur de 1,50 sur le montant de l'aide accordée.
- Tranche C : barème de base ASS (880 € pour une personne seule)
- Tranche D : plafond maximal de 1 000 € avec application d'un montant modulateur de 0,60 sur le montant de l'aide accordée.

Les montants d'intervention peuvent être différents selon le poste de dépenses visé.

C'est le cas de la CPAM de la Manche qui utilise un barème différent selon que le dossier concerne l'optique, le dentaire ou une prothèse auditive.

Pour la CPAM du Tarn les ressources retenues sont celles comprises entre le plafond de la CMU-c et 130% de ce plafond.

La CPAM de Meurthe-et-Moselle propose aux personnes ne bénéficiant pas de l'ACS une aide de 100 € pour les 0 à 16 ans, 200 € pour les 16 à 49 ans, 350 € pour les 50 à 59 ans et 500 € pour les 60 et +.

La CPAM des Bouches-du-Rhône propose une aide à la mutualisation pour les non-bénéficiaires de l'ACS, comprise entre 50 et 350 € selon l'âge du demandeur.

La CPAM de Saône-et-Loire propose une aide de 100 € à 375 € selon le niveau de ressources et l'âge du demandeur.

La CPAM des Bouches-du-Rhône propose une aide de 50 à 350 € pour les non-bénéficiaires de l'ACS dont les revenus sont compris entre 26 et 35 % au-dessus du plafond de la CMU-c.

La CPAM de l'Aisne accorde aux familles une aide de 50 à 225 € selon l'âge de la personne dans la limite de 50% des cotisations résiduelles.

Notons que 58 caisses n'ont pas mis en place ce dispositif ou l'ont suspendu en 2010.

► **Barème d'intervention ACS (aide supplémentaire à l'ACS)**

97 caisses ont répondu aux items concernés.

S'agissant du dispositif **d'aide en complément de l'ACS, 34 caisses ne l'ont pas mis en place, ou l'ont suspendu en 2010**, compte tenu du contexte financier contraint lié à l'attribution de dotations provisoires dans l'attente de la signature de la COG.

Les **63 caisses pour lesquelles un dispositif spécifique existe** ont défini des barèmes d'attribution selon deux modalités principales (1 caisse ayant fixé l'aide en pourcentage du reste-à-charge pour le demandeur) :

- en pourcentage des montants de l'ACS (31 caisses), les taux variant de 10 à 150 %, avec pour 14 caisses un taux de 50 %, 4 caisses un taux de 30 %, 3 caisses un taux de 40 % et 3 un taux de 100 %.
- en montant forfaitaire (31 caisses), les montants variant de 25 à 525 euros. 5 caisses ont fixé un montant unique quel que soit l'âge (entre 30 et 100 euros), alors que les 26 autres ont déterminé une grille selon l'âge des demandeurs. Dans ce cadre, 23 barèmes différents ont été cités, avec des écarts assez notables : barème de 25 à 50 euros pour le plus faible, barème de 230 à 525 euros pour le plus élevé.

Par ailleurs, 6 caisses limitent leur intervention en laissant une participation de l'assuré variant entre 20 et 40 %.

A titre d'exemples :

- La CPAM de Meurthe-et-Moselle propose une aide de 25 € pour les 0 à 16 ans, 50 € pour les 16 à 60 et +.
- La CPAM des Bouches-du-Rhône a mis en place pour les bénéficiaires de l'ACS une aide supplémentaire dont le montant varie selon les tranches d'âge : 50, 100 ou 150 €.

Cette dispersion dans les barèmes d'aides, s'adressant à des personnes se trouvant dans une même tranche de revenus, confirme les différences de traitement auxquelles sont soumis les assurés.

Il est rappelé qu'aux termes de l'enquête menée en 2009 par le fonds CMU **le prix annuel moyen d'un contrat est de 764 €, l'ACS prenant en charge 50 % environ, sachant que le montant moyen passe de 285 € pour les 16 - 24 ans à 913 € pour les 80 ans et +.**

Les barèmes définis par les organismes qui ont développé ce type d'aides se répartissent en :

- barème fixé en pourcentage du montant de l'ACS (15 caisses), les taux variant entre 25 et 150 %. 7 caisses ont retenu un taux de 100 % c'est-à-dire le barème de l'ACS ;
- barème fixé en montant (20 caisses), les montants fluctuant entre 25 et 525 euros. 16 barèmes différents sont dénombrés ;
- barème fixé en taux de prise en charge de la cotisation ou en nombre de mois de prise en charge (4 caisses).

• Modalités de gestion

► Délai d'instruction

89 caisses ont mis en place un suivi du délai d'instruction des demandes d'aides.

Le point de départ du délai retenu par 86 caisses est la date de réception du dossier, une grande partie ayant précisé qu'il s'agit de la réception (ou de la constitution) du dossier complet.

La borne finale est soit la date de décision (40 caisses), soit la date de notification (38 caisses), soit la date de versement (6 caisses), soit enfin la date de fin d'instruction (2).

Les délais d'instruction pour 2010 cités par les caisses sont exprimés soit en délai moyen, soit en part de dossiers instruits dans un délai donné.

Ils se caractérisent par leur **hétérogénéité** :

Délai moyen :

- délai moyen entre la date de réception et la date de notification (26 caisses) : les résultats varient entre 10 et 138 jours ; 8 caisses annonçant un délai inférieur à 3 semaines, 6 un délai supérieur à 60 jours, les 12 autres se situant entre 21 et 60 jours.
- délai moyen entre la date de réception et la date de décision (21 caisses) : les écarts sont moins prononcés, les résultats s'échelonnant de 8 à 49 jours, 10 caisses étant en deçà de 21 jours.

Délai au énième décile : chaque caisse ayant défini son propre indicateur, il en résulte une absence d'unité dans les résultats annoncés. Les délais observés varient entre 14 jours et 3 mois pour un pourcentage de dossiers échelonné entre 67 et 100 %.

► Durée de validité des décisions

77 caisses ont fixé un délai, au terme duquel l'accord donné devient caduc.

Aucune règle majoritaire ne se dégage quant au délai lui-même :

- délai variable selon la nature des prestations : 18 caisses
- 3 mois : 16 caisses
- 6 mois : 16 caisses
- 2 mois : 12 caisses
- 4 mois : 6 caisses
- 1 mois : 1 caisse
- 5 mois : 1 caisse
- 12 mois : 1 caisse
- avant la fin de l'exercice budgétaire : 2 caisses

• 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 notamment le cas de la CPAM de Saône-et-Loire, la CPAM de Paris, la CPAM de l'Essonne et la CPAM de Haute-Loire qui rejettent les demandes de **frais d'obsèques**, les **dépassements d'honoraires**, les **chambres particulières**, les **franchises médicales** ou encore les **frais d'hébergement pour les cures thermales**.

La CPAM de Meurthe-et-Moselle refuse les dossiers pour la prise en charge des franchises ou les frais d'obsèques.

La CPAM des Ardennes a récemment décidé de ne plus examiner les demandes d'aides pour les dépassements d'honoraires.

- Synthèse

Si les textes prévoient que les aides en ASS sont attribuées sous condition de ressources, ils sont muets sur les modalités et on note que **peu de caisses ont plaqué leurs pratiques sur des seuils liés à un dispositif légal existant** (tel que celui de la CMU-c pour s'adresser aux personnes les dépassant).

On observe une certaine unité s'agissant de la période d'examen des ressources et des principales ressources retenues. **Les divergences sont plus caractérisées sur la nature des charges déduites**, sachant néanmoins qu'une majorité d'organismes prend en compte la notion de charges.

L'utilisation d'un **quotient familial** est également un point de convergence, le calcul étant opéré par une grande partie des caisses par attribution d'une part par membre du foyer, quelle que soit sa situation.

La notion de **plafond** est intégrée par la très grande majorité des caisses. On remarquera qu'on ne trouve pas de corrélation entre la nature des ressources et charges retenues et le montant du plafond. **Une inégalité peut donc se créer entre assurés selon leur lieu de résidence**, sachant néanmoins que les barèmes locaux mis en place sont modulés dans les $\frac{3}{4}$ des organismes selon les ressources.

Au final, les mécanismes d'attribution définis au plan local combinent la notion de quotient, de plafond, de barème, interdisant toute comparaison entre caisses et ne permettent donc pas de dégager des règles communes sur ces aspects.

Enfin s'agissant des règles de gestion, la plus grande hétérogénéité règne en matière d'une part de délai d'instruction, d'autre part de délai accordé au demandeur pour donner suite à un accord.

2/ Bilan statistique de l'usage des fonds d'action sanitaire et sociale dans les CPAM¹²

- **Les facteurs de sous-consommation de la dotation paramétrique des CPAM**

Le taux d'exécution national 2010 de la dotation paramétrique par rapport aux crédits notifiés s'élève à 85,97% (médiane : 89,34%) avec :

- 6 CPAM entre 50 et 70%
- 50 CPAM entre 70 et 90%
- 46 CPAM supérieur à 90%

Facteurs ayant impacté la consommation	
	% CPAM
Notification tardive des crédits	80%
Diminution du nombre de demandes de subventions des associations	52%
Absence de suite donnée par les assurés aux accords de la caisse	48%
Méconnaissance du dispositif	39%
Autres motifs	46%

Classement par champ d'intervention	
	% CPAM
Au niveau des aides financières individuelles	
Aucune suite donnée par les assurés aux accords de la caisse	48%
Diminution du nombre de demandes d'aides	45%
Méconnaissance par les assurés du dispositif d'aide extra légales d'ASS	39%
Autres	46%
Barème d'attribution d'aides trop restrictifs	23%
Calcul et condition de ressources restrictives	21%
Pas de demande d'aide	11%
Au niveau des subventions aux Associations	
Diminution du nombre de demandes de subventions	52%
Politique de refus systématique	36%
Recentrage de la politique d'intervention sur les aides individuelles	18%
Modification de la politique d'attribution des subventions	23%
Autres	39%

¹² Cette partie fait référence à l'enquête de la CNAMTS présentée au point 2, p. 18.

- **La politique de refus d'attribution des Aides Financières Individuelles**

Politique de refus des CPAM	
	% CPAM
Prise en charge de franchises et participations financières	86%
Demandes de prises en charge des dépassements d'honoraires hors parcours de soins	81%
Dépenses à caractère social non liées à la maladie	77%
Prise en charge des frais funéraires	45%
Bénéficiaires de la CMU-c	36%
Demandes consécutives à un arrêt des IJ décidé par le Service Médical	31%

- **Actions menées sur le champ de l'accès aux soins :**

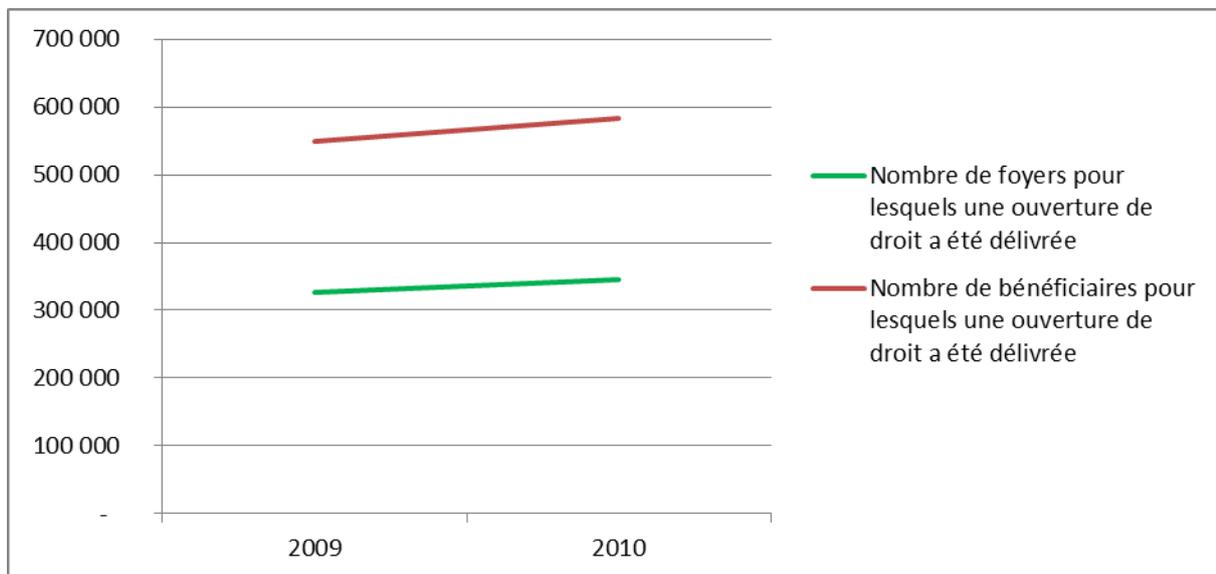
- Dispositifs locaux de complément au dispositif légal ACS et dispositifs locaux « effet de seuil ACS »

**Dépense totale : 18,3 M€
Représente 22,8 % (+5 pts par rapport à 2009) de la dotation paramétrique consommée en 2010 (80,2 M€) et 19,6% du crédit inscrit au budget initial (93,25 M€)**

Rappel du dispositif légal :

Montant de l'aide au 1^{er} janvier 2010	
Composition du foyer (tranche d'âge)	Montant de l'aide
moins de 16 ans	100 €
entre 16 et 49 ans	200 €
entre 50 et 59 ans	350 €
plus de 60 ans	500 €

Nombre de bénéficiaires d'une ouverture de droits en 2009 et 2010			
	Nombre de foyers pour lesquels une ouverture de droit a été délivrée	Nombre de bénéficiaires pour lesquels une ouverture de droit a été délivrée	% évolution du nombre de bénéficiaires 2009-2010
2009	325 659	548 986	
2010	344 425	582 886	6,18%



Le nombre d'utilisateurs d'attestations ACS des organismes complémentaires s'est établi à 535 000 à fin novembre 2010, soit +6,7% par rapport à novembre 2009.

Les dépenses exposées se sont élevées à 135 M€ contre 110 M€ en 2009.

- Dispositifs locaux de complément au dispositif légal ACS

110 759
bénéficiaires
(+2%)

12 732 790 € de
dépenses
(-9%)

73 CPAM ont mis en
place un dispositif de
complément au
dispositif légal ACS

9 CPAM ont un
dispositif en
cours de
structuration

20 CPAM n'ont pas
mis en place ce
type de dispositif

77% des CPAM ont mis en place un dispositif proposant systématiquement une aide aux bénéficiaires potentiels ou aux bénéficiaires contractants.

- Dispositifs locaux « effet de seuil ACS »

25 236
bénéficiaires
(+26%)

5 532 210 € de
dépenses
(+23%)

51 CPAM ont mis en place un dispositif d'aide à la complémentaire santé pour les populations victimes de l'effet de seuil ACS

10 CPAM ont un dispositif en cours de structuration

41 CPAM n'ont pas mis en place ce type de dispositif

61% des CPAM ont mis en place un dispositif proposant systématiquement une aide à la population cible retenue par leur organisme.

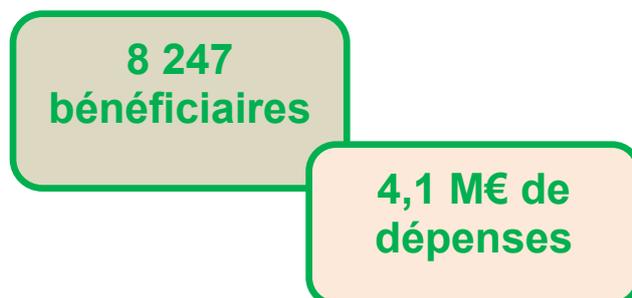
- Autres prises en charge (exemples)

Frais de transport

Forfait journalier

Complément d'appareillage (optique, dentaire, auditif)

- Actions sur le champ du retour et du maintien à domicile des personnes malades



- Actions sur le champ du retour et du maintien à domicile des personnes handicapées



- Actions sur le champ de la prévention de la désinsertion sociale

Actions sur le champ de la prévention de la désinsertion sociale	
Nature des actions	% CPAM en 2010
Allocation d'aides financières suite à diminution de ressources	71%
Dispositif d'accompagnement social en partenariat avec le service social	63%
Dispositif d'accompagnement social en partenariat avec des associations	38%
Autres	7%

- Actions sur le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle



Synthèse

- **Près de 15% des crédits de l'action sanitaire et sociale ne sont pas consommés en moyenne.**
- **Les dispositifs d'aide supplémentaire à l'ACS (Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé), sont devenus un axe prioritaire des CPAM au titre de leur action sanitaire et sociale (73 CPAM ont mis en place un dispositif de complément au dispositif légal et 51 CPAM un dispositif d'aide au bénéfice des victimes des effets de seuils ACS).**
- **Le reste des fonds est réparti sur une diversité importante de postes, variable selon les CPAM.**

3/ Enseignements de l'enquête menée par les représentants des usagers dans les CPAM

- Synthèse des réponses des CPAM

Le budget de la dotation paramétrique décroît dans la majorité des CPAM ayant répondu sur ce point (19 / 30).

(Allier, Alpes-Maritimes, Ardennes, Bouches-du-Rhône, Cher, Creuse, Essonne, Eure-et-Loir, Hautes-Alpes, Haute-Loire, Haute-Savoie, Haute-Vienne, Loire, Manche, Morbihan, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire, Tarn, Vosges, Yvelines)

Le taux d'exécution de la dotation paramétrique n'a jamais atteint 100% dans les 20 CPAM ayant répondu sur ce point, sur la période 2006/2010, sauf une.

Le nombre de demandes d'aides enregistrées par les CPAM augmente tendanciuellement dans 24 CPAM sur 36 ayant répondu sur ce point.

(Ain, Allier, Alpes-Maritimes, Ardennes, Bouches-du-Rhône, Cher, Doubs, Eure-et-Loir, Essonne, Gironde, Hainaut, Haute-Loire, Loire, Loiret, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Paris, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Saône-et-Loire, Seine-Saint-Denis, Tarn, Vaucluse)

Le nombre de demandes et les montants accordés ont connu un « pic » en 2009.

(Exemples : Allier, Eure-et-Loir, Gard, Hainaut, Meuse, Morbihan, Paris)

Des informations sur le profil socio-économique des demandeurs se dégagent des réponses transmises par certaines CPAM

La part des personnes disposant de ressources inférieures au seuil de pauvreté augmente parmi les demandeurs dans les CPAM ayant répondu sur ce point.

(Exemples : Aisne, Haute-Vienne)

La part des retraités et des bénéficiaires des minima sociaux parmi les demandeurs est majoritaire dans certaines CPAM. (Exemple : Allier)
Dans d'autres caisses, la tranche d'âge la plus aidée est celle des 40-60 ans. (Exemples : Aisne, Cher)

La part des personnes disposant d'une complémentaire santé est, dans certaines CPAM, majoritaire parmi les bénéficiaires d'aides.

(Exemples : Aube, Cher)

Les demandeurs sont plus souvent des femmes que des hommes dans les 3 CPAM ayant répondu sur ce point.

(Cher, Essonne, Loiret)

Les demandeurs sont, dans une large proportion, des personnes seules.

(Exemples : Aisne, Cher, Creuse)

Le reste-à-vivre des demandeurs est souvent très faible, parfois inférieur au seuil de pauvreté.

(Exemples : dans le Cher, 77% des demandeurs ont des ressources inférieures à 400 euros par mois ; en Haute-Vienne, les personnes dont le quotient familial est inférieur à 700 euros sont les plus nombreuses parmi les demandeurs d'aides ; dans les Yvelines, les demandeurs sont à 43% des bénéficiaires du RSA, à 26% des bénéficiaires de l'AAH)

Des indications sur la typologie des aides qui illustrent la variété des postes des dépenses identifiés par la CNAMTS (cf. Chapitre II, Partie II, Point 1)

Les postes de dépenses les plus importants dans les 35 CPAM ayant répondu sur ce point sont : l'ASACS depuis 2008, le dentaire, l'optique, le ticket modérateur, la compensation d'insuffisance de ressources, le forfait journalier, les frais d'hospitalisation et les frais de transport.

Dans certaines CPAM, le nombre de refus augmente.
(Exemples : Saône-et-Loire, Seine-Saint-Denis)

La mise en place, en 2008, du dispositif local d'aide supplémentaire à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) mobilise une part importante (il représente le 2^e ou le 3^e poste de dépenses dans 16 CPAM sur 29 ayant répondu sur ce point) sinon une part majoritaire (dans 12 CPAM sur 29 ayant répondu sur ce point) de la dotation paramétrique.
(Aisne, Alpes-Maritimes, Ardennes, Creuse, Doubs, Essonne, Finistère, Gard, Gironde, Hainaut, Hautes-Alpes, Haute-Vienne, Ille-et-Vilaine, Loire, Loiret, Meurthe-et-Moselle, Meuse, Morbihan, Paris, Pyrénées-Atlantiques, Pyrénées-Orientales, Roubaix-Tourcoing, Saône-et-Loire, Seine-Saint-Denis, Tarn, Vaucluse, Vosges, Yonne.)

Ces constats nous permettent de présumer une corrélation entre les politiques locales d'action sanitaire et sociale et les mesures de désengagement prises au niveau national par la CNAMTS.

- Bilan des entretiens menés avec les représentants d'utilisateurs présents au sein des commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM

Sur l'ensemble des envois, **62 grilles d'entretien** nous ont été retournées.

- **Importance de la représentation des utilisateurs au sein des Commissions d'action sanitaire et sociale (CASS)**

Tous les répondants, sauf un, considèrent qu'il est nécessaire que soient représentés les utilisateurs au sein des CASS.

Selon la quasi-totalité des RU, la représentation au sein des CASS est nécessaire pour diverses raisons :

- les CASS sont un excellent lieu d'action pour la **revendication d'une amélioration des conditions de vie des assurés sociaux**;
- cette action permet de **lutter contre le désengagement de plus en plus important de l'Assurance Maladie** (possibilité pour les RU d'être porte-parole auprès des instances régionales et nationales pour défendre les intérêts des utilisateurs et faire évoluer la politique sociale afin de maintenir les acquis sociaux) ;
- la CASS joue un rôle majeur dans les révisions du Règlement Intérieur et les propositions d'expérimentations, de manière à **mieux répondre aux besoins des utilisateurs** ;
- **les RU sont libres de toute influence** patronale ou syndicale, et estiment exercer un mandat complémentaire aux autres ;
- les RU se sentent **proches de la population** et de leur problèmes ;
- la **lutte contre les inégalités sociales** est un thème de mobilisation majeur pour les RU ;
- etc...

➤ Evolution et nature des demandes déposées devant la CASS

Selon la majorité des représentants d'usagers (RU) ayant répondu (46 sur 62), les demandes affluent de manière croissante auprès des CASS.

- 1 seule Commission voit ses demandes baisser.
- 15 autres voient leurs demandes stagner... même si les situations présentées semblent être de plus en plus difficiles.
- Plusieurs RU considèrent que même si les demandes sont en augmentation, elles ne sont pas assez nombreuses, et ce faute d'information.
- **Les CASS sont mal connues.**

➤ Nature des demandes et profil social des demandeurs

- On observe que **la majorité des demandes proviennent de personnes en situation de grande détresse sociale.**
C'est en effet ce qui est déclaré par **51 RU sur 62.**
 - Certains dossiers sont présentés plusieurs fois par an par les mêmes personnes.
 - Pour beaucoup, cette détresse s'installe à la suite d'un accident ou d'un arrêt de travail qui fragilise voire ébranle totalement la situation du demandeur.
 - Beaucoup de dossiers proviennent directement des services sociaux, et ont été préalablement préparés par une assistante sociale.
- Selon les 11 autres RU ayant répondu, de plus en plus de dossiers examinés en Commission font l'objet de **demandes injustifiées.**
- Cette enquête a mis en lumière une nouvelle « catégorie sociale » que constituent **les travailleurs pauvres** qui représentent environ **50% des dossiers de demandes.** Il s'agit de personnes disposant d'un emploi, souvent à temps plein, mais dont les ressources ne permettent pas d'accéder aux soins (après s'être acquitté des différentes factures de la vie courante).
 - Cela peut faire suite à un accident qui entraîne des pertes de revenus.
 - De plus en plus de foyers disposant d'un, voire même parfois deux salaires, mais en situation de surendettement ;

- Nombreux forfaits hospitaliers impayés, des foyers débordés de tickets modérateurs datant de plusieurs semaines, mais ne disposant pas de complémentaire santé...

➤ Les moyens consacrés à l'action sanitaire et sociale des CPAM

- Globalement, les moyens sont **constants** mais se révèlent de plus en plus **insuffisants** face aux demandes qui se multiplient.
- Certains RU dénoncent même la politique des CPAM qui, par principe et dans un souci d'économie, ne dépensent pas l'intégralité du budget disponible.
- L'action sanitaire et sociale des CPAM ne doit pas être sacrifiée pour « boucher le trou de la Sécu ».

➤ Les modalités de traitement des demandes

Malgré la difficulté de dégager des règles communes sur les critères d'octroi d'une aide financière d'une CPAM à l'autre, la majorité des RU interrogés considèrent que **ces critères d'octroi sont en général justes** car ils tiennent compte des différents facteurs de précarité (santé, âge, situation socio-professionnelle...)

➤ Rapports entre les membres de la CASS

L'étude des grilles d'entretien permet de mettre en lumière 2 grandes tendances opposées dans l'expérience des RU :

- Certains faisant part d'une très bonne entente générale avec notamment :
 - une certaine homogénéité dans l'approche sociale et humaine ;
 - de rares désaccords qui aboutissent le plus souvent à un consensus.
- D'autres rapportant au contraire d'importants désaccords occasionnant une fracture entre les RU et les membres du collège « syndicat-patronat ». Certains RU dénoncent même une **véritable entrave** aux décisions de la part du patronat dans l'attribution des aides.

➤ Sentiment général

Représentation

- **La représentation des RU est trop faible** par rapport aux autres membres.
- Nécessité d'une équipe mixte, combinant différents milieux associatifs, syndicats et patronats avec une **parité homme-femme** (trop peu de femmes) permettant des délibérations plus justes de par la diversité des membres.

Les CASS sont mal connues des usagers et parfois même des assistantes sociales.

Certains RU dénoncent des recours qu'ils estiment abusifs de la part de certains usagers.

Annexe 1/

Conseil des CPAM

MOTION sur l'action sanitaire et sociale des CPAM

De manière progressive mais continue, notre système d'Assurance maladie évolue dangereusement vers un modèle de moins en moins solidaire : de lois de financement de la Sécurité sociale en décrets, les usagers du système de santé subissent des baisses de remboursement, tant pour les médicaments, que pour les dispositifs médicaux, les frais de transport ou encore les frais engagés en cas d'hospitalisation.

Ces différentes mesures, consistant à « transférer » toujours plus de charges vers les usagers, sont de nature à freiner l'accès aux soins de millions de personnes et prioritairement celles ne disposant pas de complémentaire santé.

Dans ce contexte, certains usagers se tournent vers leur CPAM pour bénéficier d'un secours leur permettant de financer une facture liée plus ou moins directement aux soins qu'ils ont à subir. Ainsi, au titre de leur action sociale et sanitaire, les CPAM jouent un rôle d'« amortisseur social » important, dernier recours pour de nombreuses personnes touchées par la maladie et en grande détresse sociale.

Les Commissions d'action sanitaire et sociale, ayant reçu une délégation du conseil pour traiter les demandes d'aides individuelles, agissent dans des conditions qui ont nettement évolué ces cinq dernières années en raison des restrictions budgétaires affectant le Fonds national d'action sanitaire et sociale et de l'augmentation des restes-à-charge des usagers.

Afin d'analyser cette évolution, nous avons souhaité que nous soient communiquées, d'ici le 15 juillet, les informations suivantes :

- le nombre de demandes d'aides individuelles formulées auprès de la CPAM et son évolution sur les 5 dernières années ;
- la nature des aides individuelles demandées et leur évolution sur les 5 dernières années : objet, cause, montant (dépassements d'honoraires, aides à la mutualisation, aides ménagères, prothèses, factures diverses) ;
- le « profil social » des demandeurs d'aides individuelles et son évolution sur les 5 dernières années (bénéficiaires de la CMU-c, de l'ACS, de minimas sociaux, chômeurs, parent isolé, personnes vivant sous le seuil de pauvreté, etc...) ;
- l'état de santé des demandeurs (personnes atteintes d'une ALD, d'une maladie chronique, souffrant d'une affection psychiatrique, en situation de handicap, etc...) ;
- les modalités de traitement des demandes d'aides (existence ou pas de « filtres » avant examen des demandes d'aides par les membres de la commission, critères d'octroi des aides individuelles, etc...) ;
- les suites données aux demandes d'aides (recevabilité, acceptation, montants dépensés par demandeur, etc...) ;
- l'évolution du budget de l'action sanitaire et sociale de la CPAM sur les 5 dernières années ;
- le taux d'exécution du budget de la CPAM au titre de son action sanitaire et sociale sur les 5 dernières années.

Notre demande s'inscrit une nouvelle fois dans une démarche positive. Il s'agit, pour les représentants d'usagers que nous sommes, de partir d'un diagnostic objectif pour proposer des axes de réflexion tenant compte des difficultés réelles rencontrées par les usagers du système de santé et de celles des CPAM qui ont à gérer un budget d'action sociale et sanitaire de plus en plus contraint.

Notre intérêt collectif à agir se trouve du côté des patients, pour un égal accès aux soins et pour la justice sociale.

Annexe 2/

Grille d'entretien

A retourner complétée avant le 1^{er} juin

- pour le CISS : à Magali Leo (mleo@leciss.org, 01 40 56 94 40)
- pour l'UNAF : à Nathalie Tellier (ntellier@unaf.fr, 01 49 95 36 68)
- pour la FNATH : à Karim Felissi (karim.felissi@fnath.com, 01 45 35 00 77)

Nom :

Prénom :

Représentant : CISS FNATH UDAF¹³

CPAM :

Siège au sein de la Commission d'action sanitaire et sociale depuis :

1. Estimez-vous qu'il est important que les usagers soient représentés au sein des CASS ?

2. Si oui, pour quelles raisons ?

¹³ Rayer la mention inutile.

3. Quel est votre sentiment sur les demandes déposées devant cette commission ?

- Sont-elles de plus en plus nombreuses ?
- Proviennent-elles de personnes en très grande détresse sociale ?
- Concernent-elles des personnes disposant d'un emploi mais dont les ressources ne permettent pas d'accéder aux soins ?
- La maladie ou le handicap est-elle souvent à l'origine des demandes de secours ?

4. Que pensez-vous des moyens consacrés à l'action sanitaire et sociale de votre CPAM ?

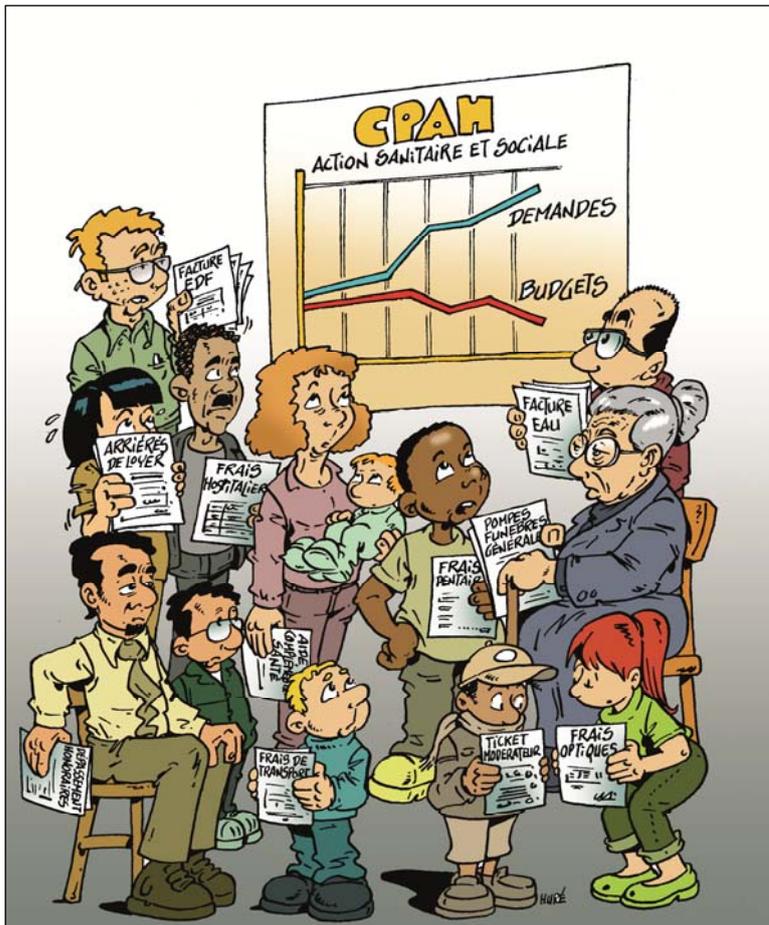
- Sont-ils suffisants ?
- Décroissent-ils ?

5. Quel est votre sentiment sur les modalités de traitement des demandes ?

- Au regard de quels critères l'octroi d'une aide est-il décidé ?
- Ces critères vous paraissent-ils justes ?
- Vous arrive-t-il d'être en désaccord avec les autres membres de la CASS ? Si oui, pour quelles raisons ?

6. Sentiment général :

Action sanitaire et sociale des CPAM : un filet face au désengagement de l'Assurance maladie ?



P
R
O
P
O
S
I
T
I
O
N
S



Collectif Interassociatif Sur la Santé



- Fixer l'objectif du droit à la complémentaire santé pour tous garantissant l'accès à un panier de soins de qualité.

- Imposer la transparence totale sur la qualité et la composition des prix des appareillages et dispositifs médicaux, en particulier dentaires, optiques et auditifs, de façon à en faire baisser les coûts.

- Harmoniser les conditions d'éligibilité (ressources et charges des demandeurs) aux aides attribuées par les commissions d'action sanitaire et sociale des CPAM.

- Mieux faire connaître l'existence de ces aides aux publics potentiellement bénéficiaires.

VIAVOICE

MIEUX COMPRENDRE L'OPINION POUR AGIR



SONDAGE VIAVOICE POUR LE CISS

Impact des mesures de rigueur sur l'accès aux soins

Novembre 2011



Arnaud ZEGIERMAN
Claude-Emmanuelle
MAISONNAVE-COUTÉROU
Amandine MESSINA
Tel : +33(0)1 40 54 13 90



Sommaire

<i>Note technique</i>	3
Résultats détaillés	4
1. Conséquence des mesures de rigueur sur l'accès aux soins	5
2. Conséquence de l'instauration d'un jour supplémentaire de carence	6
3. Connaissance des aides exceptionnelles proposées	8



Note technique

Sondage réalisé par Viavoice pour le CISS.

Le terrain s'est déroulé du jeudi 17 au vendredi 18 novembre 2011

Interviews réalisées par téléphone auprès d'un échantillon de 1006 personnes, représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

Représentativité assurée par la méthode des quotas appliquée aux critères suivants : sexe, âge, profession de la personne de référence au sein du foyer, après stratification par région et catégorie d'agglomération.



RESULTATS DÉTAILLÉS

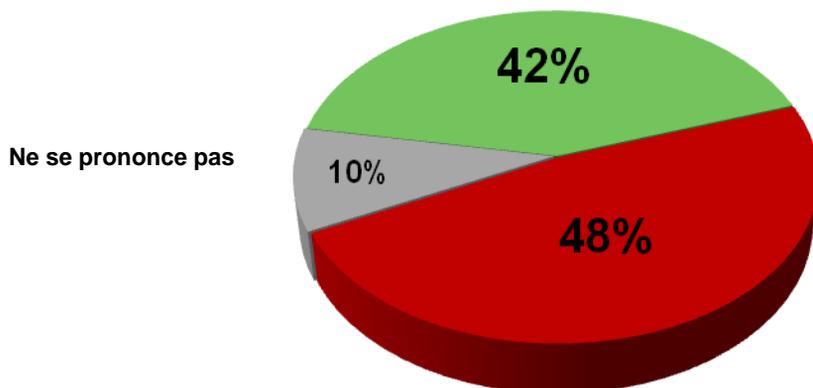


1. Conséquence des mesures de rigueur sur l'accès aux soins

Pensez-vous que les récentes mesures de rigueur annoncées par le gouvernement vont :

Base : Ensemble de l'échantillon (1006 personnes)

Ne pas constituer un frein pour votre accès aux soins dans les prochains mois



Constituer un frein pour votre accès aux soins dans les prochains mois

- 50- 64 ans : 55 %
- Ouvriers : 53 %
- Professions intermédiaires : 52 %

Note de lecture

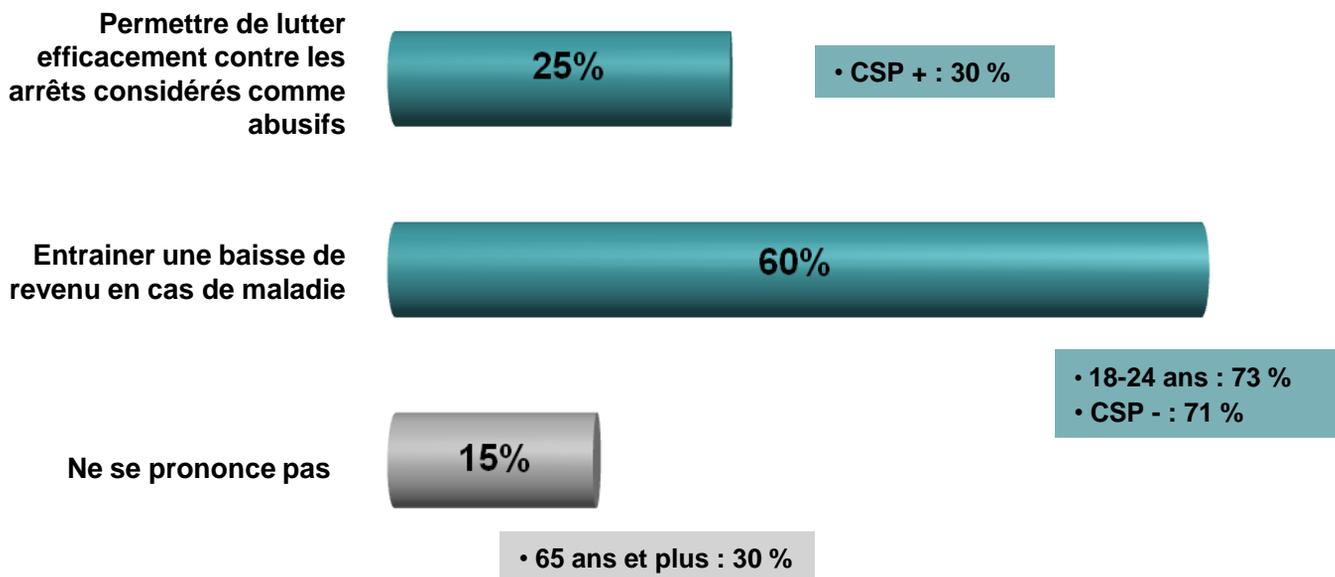
- 48 % des Français pensent que les récentes mesures de rigueur annoncées par le gouvernement vont constituer un frein pour l'accès aux soins dans les prochains mois.
- Parmi les personnes entre 50 et 64 ans, 55 % pensent que ces mesures vont constituer un frein à l'accès au soins.



2. Conséquence de l'instauration d'un jour supplémentaire de carence (1/2)

Quelle est selon vous la principale conséquence de la création d'un nouveau jour de carence en cas d'arrêt maladie, c'est-à-dire un jour qui ne sera plus remboursé par l'Assurance maladie ?

Base : Ensemble de l'échantillon (1006 personnes)



Note de lecture

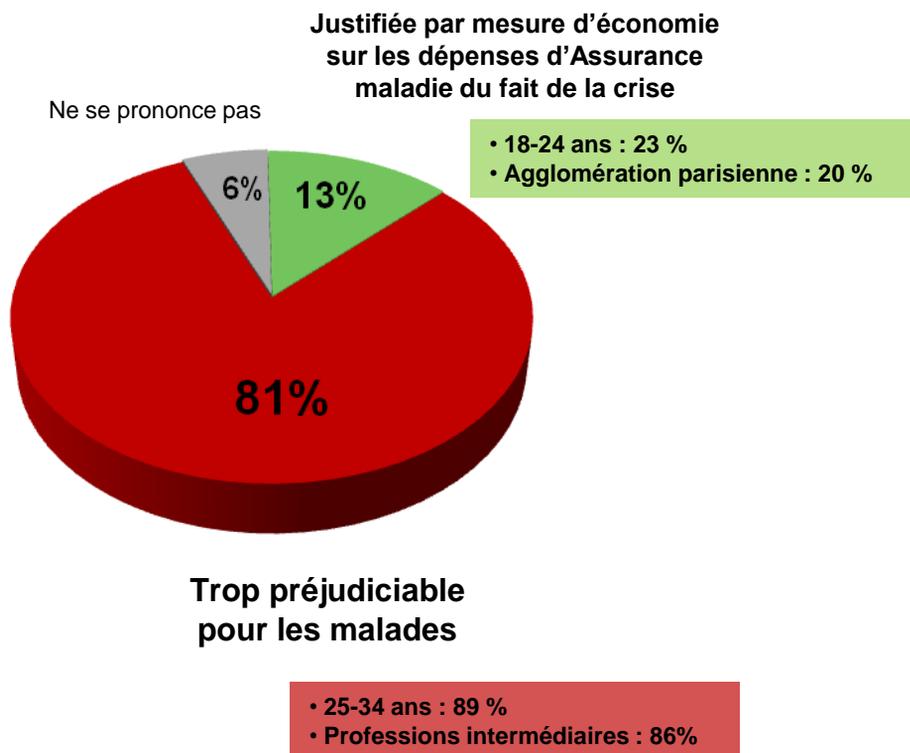
• 6 Français sur 10 pensent que la création d'un jour de carence supplémentaire aura pour principale conséquence d'entraîner une baisse du revenu en cas de maladie. Parmi les 18-24 ans et les CSP – (employés et ouvriers), un peu plus de 7 personnes sur 10 le pensent également.



2. Conséquence de l'instauration d'un jour supplémentaire de carence (2/2)

Et cette baisse de revenu en cas de maladie vous semble-t-elle ?

Base : Pensent que le jour de carence va entrainer une baisse de revenu (606 personnes)



Note de lecture

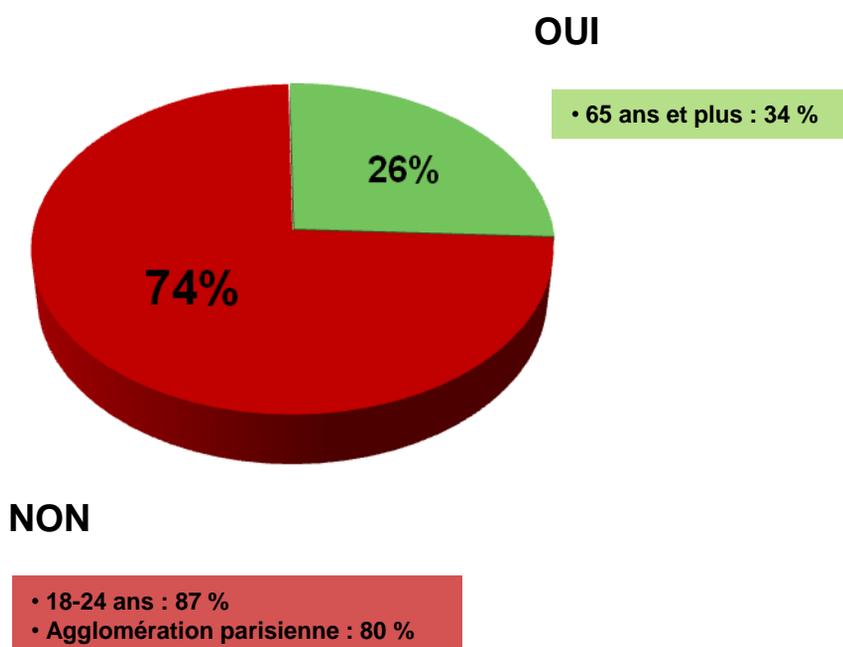
• Lorsqu'elle est considérée comme conséquence principale de la création d'un nouveau jour de carence, 81 % des personnes interrogées pensent que cette baisse du revenu est préjudiciable. Cette tendance apparaît plus forte chez les 25-34 ans, et parmi les professions intermédiaires.



3. Connaissance des aides exceptionnelles proposées par l'Assurance Maladie

Votre Caisse Primaire d'Assurance maladie peut proposer des aides exceptionnelles pour les personnes ayant des difficultés passagères d'accès aux soins. Etiez-vous au courant ?

Base : Ensemble de l'échantillon (1006 personnes)



Note de lecture

• Seuls 26 % des Français savent que l'Assurance Maladie peut proposer des aides exceptionnelles en cas de difficultés passagères d'accès aux soins. Ce taux est plus élevé pour la population des 65 ans et plus.

« La réalité ne pardonne pas qu'on la méprise. »
Joris-Karl Huysmans



VIA VOICE
MIEUX COMPRENDRE L'OPINION POUR AGIR

AV