



Actes de la Journée du 22 novembre 2011

## Rôle et avenir de l'Action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie

# Rôle et avenir de l'action sanitaire et sociale de l'Assurance maladie

## Sommaire

<b>Ouverture de la journée</b>	<b>2</b>
Christian SAOUT, Président du CISS	
<b>Résultats de l'enquête CPAM 2011</b>	<b>3</b>
I. Présentation des réponses des CPAM	3
Magali LEO, chargée de mission Assurance maladie, CISS	
II. Présentation des résultats des grilles d'entretien	8
Marie RUELLEUX, chargée de mission, FNATH	
III. Présentation des modalités de traitement par les caisses	11
Nathalie TELLIER, chargée de mission Assurance maladie, UNAF	
<b>Retour d'expériences de conseillers CPAM</b>	<b>13</b>
Jean-Pierre LACROIX, Président du CISS-Languedoc-Roussillon	
Véronique POZZA, Représentante CISS à la CPAM de Vendée	
Gérard LEGOFF, Représentant du CISS à la CPAM d'Ille-et-Vilaine	
Philippe LAMBERT, Représentant FNATH à la CPAM du Loiret	
Michèle OLIVIERI, Représentante UDAF à la CPAM des Alpes-Maritimes	
Serge ANDRIEUX, Représentant UDAF à la CPAM de l'Essonne	
<b>Rôle des centres communaux d'action sociale dans l'accompagnement des personnes en difficulté</b>	<b>19</b>
Danièle DESCLERC-DULAC, Présidente du CISS-région-Centre	
Christophe PITEUX, Responsable du Pôle juridique et technique à l'Union nationale des Centres communaux d'action sociale (UNCCAS)	
<b>Rôle de l'Assurance maladie dans l'accompagnement des personnes en difficulté</b>	<b>23</b>
Régine CONSTANT, Responsable du département de l'action sanitaire et sociale à la CNAMTS	
<b>Synthèse et élaboration de propositions</b>	<b>25</b>

## Christian SAOUT

*Président du CISS*

La Journée annuelle de l'Assurance maladie est devenue un rituel, qui s'installe dans le paysage des représentants du CISS, de la FNATH et de l'UNAF auprès des Caisses primaires d'Assurance maladie. Elle n'est toutefois pas toujours aisée à mettre en œuvre, dans la mesure où elle nécessite une forme de combativité au plan local et peut se heurter à l'organisation des Caisses. Pour autant, le taux de retour de notre enquête, faute d'être complet, demeure important. En tout état de cause, nous avons recueilli suffisamment de données convergentes pour élaborer notre analyse.

Le sujet du jour est important pour nombre d'entre vous, dans la mesure où les Commissions d'action sociale sont un lieu dans lequel vous vous sentez plus utiles que dans les Caisses. L'activité y est en effet plus proche du quotidien des personnes. L'intérêt de cette journée est de pouvoir partager des retours d'expériences et des analyses, mais aussi d'être en mesure de trouver une ou deux orientations en fin de journée, de manière à tenir en fin de journée un point presse avec les journalistes spécialisés dans la couverture des soins de santé. Après le sujet de la qualité des soins, celui de l'accès aux soins est en effet devenu aujourd'hui la préoccupation principale des Français et de notre collectif.



## Magali LEO

*Chargée de mission Assurance  
maladie, CISS*

Le dossier que l'on vous a remis à l'ouverture de cette journée comprend deux cahiers : une synthèse des résultats et les propositions qui en découlent ; une annexe présentant les résultats Caisse par Caisse. Toutefois, il s'agit de chiffres bruts, qui ne peuvent faire l'objet de comparaisons sans traitement. Aussi des graphiques ont-ils été élaborés, afin de faciliter la lecture et la compréhension des données. Tous les résultats chiffrés trouvent ainsi une traduction graphique. Ces documents seront disponibles sur le site Internet du CISS. Au total, 40 caisses sur 100 ont répondu, nous permettant de travailler sur des chiffres représentatifs.

### I. PRÉSENTATION DES RÉPONSES DES CPAM

L'enquête sur l'action sanitaire et sociale des CPAM permet de connaître l'activité des Commissions d'action sociale, d'évaluer leur utilité et l'évolution de leur activité au cours des cinq dernières années. L'enquête permet également de mesurer l'ampleur des difficultés d'accès aux soins.

Le FNASS finance des aides individuelles et collectives. Il est réparti en dotations annuelles paramétrées selon des critères fixés par arrêté entre les différentes CPAM. Ces dotations sont les suivantes :

- dotation globale libre d'emploi : dotation paramétrique ;
- dotation individualisée (aides techniques aux personnes handicapées) ;
- crédits destinés à couvrir des dépenses obligatoires ;
- dotations spécifiques (mise en œuvre locale d'actions nationales).

Chaque CPAM établit son budget annuel d'ASS en fonction de ces dotations. La CNAMTS peut toutefois exercer un droit de regard, notamment au vu des objectifs fixés dans la Convention d'objectifs et de gestion (COG).

Depuis 2006, les dépenses du FNASS ont beaucoup diminué, notamment en raison de transfert de dépenses à d'autres fonds plus spécifiques. En outre, le taux d'exécution des crédits du FNASS est irrégulier du fait de la variabilité de budget, qui peut évoluer en cours d'année selon les décisions, les besoins ou les disponibilités et subir des reports de dépenses sur les exercices ultérieurs.

La CPAM assure quatre types de prestations :

- **Prestations supplémentaires facultatives à caractère individuel**  
La majorité de ces prestations a pour vocation de favoriser l'accès aux soins des assurés : liste de 13 prestations. Chaque CPAM peut décider de les mettre en œuvre ou pas. L'arrêté définit les conditions que doit remplir l'assuré pour en bénéficier.
- **Prestations supplémentaires obligatoires**  
Elles sont proches des prestations légales, mais financées par le FNASS.



- **Aides financières individuelles**

Ce sont des aides d'urgence accordées à des assurés en situation difficile et soumis à des frais importants. Ces difficultés doivent découler spécifiquement d'une maladie, d'une maternité, d'un arrêt de travail. Ces aides sont notamment accordées lorsque les conditions d'ouverture du droit aux prestations légales ou supplémentaires ne sont pas remplies.

- **Aides collectives : subventions aux associations**

S'agissant des Aides Financières Individuelles (AFI), il convient de rappeler que les conseillers disposent d'une large marge de manœuvre. Les objectifs de ces aides sont les suivants :

- couvrir les restes-à-charge (RAC) que subissent les assurés après les remboursements légaux de l'AM (ticket modérateur, forfait hospitalier, prothèses dentaires et auditives, frais d'optique, dépassements d'honoraires, etc.) ;
- rembourser des prestations ou des produits normalement non remboursés (certains médicaments, aides ménagères non ou insuffisamment remboursées par d'autres organismes, frais de transport, etc.) ;
- prendre en charge des dépenses d'ordre général (factures d'eau et d'électricité, loyers, frais d'obsèques) pouvant être aggravées par la survenance d'une maladie et de problèmes (difficultés d'emploi, coûts supplémentaires, etc.).

Dans ce contexte, la Cour des Comptes dénonce le lien ténu entre les prises en charge souvent très globales et le problème de santé lui-même, le manque d'harmonisation des critères d'aides entre les différentes CPAM et le manque de ciblage d'une population précise pouvant bénéficier prioritairement des AFI. Selon la Cour, le choix devrait donc se faire entre les éléments suivants :

- privilégier les populations qui ne bénéficient pas des prises en charge légales les plus « favorables » (CMU-c et ACS) ;

- cibler les assurés bénéficiant de la CMU-c ou de l'ACS, dans la mesure où ils continuent de subir des restes-à-charge importants au regard de leurs ressources.

Les objectifs de notre action interassociative sont d'enquêter sur la sociologie des demandeurs d'aides et la typologie des demandes. Il convient ainsi de repérer des évolutions dans le temps, afin d'établir des corrélations entre la politique générale de la prise en charge collective des dépenses de santé et les difficultés d'accès aux soins des usagers. Il importe en outre de proposer des solutions tenant compte de la nécessité de développer de nouvelles formes de prise en charge solidaire des besoins de santé et de maîtriser l'évolution de certains postes de dépenses en agissant sur une régulation des prix.

La méthode d'investigation consiste à mettre en lumière des divergences politiques entre les CPAM en analysant les résultats d'une étude diligentée et menée par les services de la CNAMTS en 2010. Sur 106 CPAM interrogées, 100 ont répondu. Les objectifs sont les suivants :

- décrire les modalités d'instruction des dossiers ;
- analyser quelques points en matière de gestion ;
- apporter un éclairage particulier sur les barèmes appliqués en matière d'aides complémentaires à l'ACS.



Le second temps de l'investigation a consisté à analyser l'enquête réalisée par la CNAMTS auprès des CPAM en 2010 portant sur les éléments suivants :

- les motifs d'exécution partielle des budgets d'ASS ;
- 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.

Enfin, l'enquête CISS / FNATH / UNAF avait pour objectif d'accéder aux éléments d'informations sur les pratiques des CPAM. Sur 100 CPAM saisies, 40 ont répondu. L'objectif était d'obtenir des informations sur les éléments suivants :

- l'évolution du nombre et de la nature des demandes d'aides individuelles sur les 5 dernières années ;
- le « profil social et sanitaire » des demandeurs (aucune réponse recueillie, dans la mesure où ces données sont soumises au secret médical) ;
- les modalités de traitement des dossiers et les suites données ;
- l'évolution du budget de l'ASS et son exécution sur les 5 dernières années.

S'agissant des résultats de l'enquête de la CNAM, le taux d'exécution national 2010 de la dotation paramétrique par rapport aux crédits notifiés s'élève à 85,97 %. Les pourcentages sont les suivants :

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

Les facteurs ayant impacté la consommation sont les suivants :

- 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 %.

Certaines CPAM se caractérisent par une politique de refus soutenue, voire de refus supérieurs aux acceptations. Ainsi, à titre d'exemple, 45 % des Caisses ne prennent pas en charge les frais funéraires et 81 % refusent les prises en charge des dépassements d'honoraires hors parcours des soins.

Des actions sont menées sur le champ de l'ASS. La première consiste à la mise en place de dispositifs locaux de compléments au dispositif légal ACS et de dispositifs locaux « effet de seuil ACS ». La dépense totale s'élève à 18,3 millions d'euros, soit 23 % de la dotation paramétrique consommée en 2010 et 20 % du crédit inscrit au budget.

Les dispositifs locaux de compléments au dispositif légal ACS (77 % des CPAM) concernent 111 000 bénéficiaires et représentent 13 millions de dépenses. Au total, 73 CPAM ont mis en place ce dispositif, 20 ne l'ont pas fait et 9 en ont un en-cours de structuration.

Les dispositifs locaux « effet de seuil ACS » concernent 61 % des CPAM, 25 000 bénéficiaires et représentent 5,5 millions d'euros de dépenses. Au total, 51 CPAM ont mis en place ce dispositif, 41 ne l'ont pas fait et 10 en ont un en cours de structuration.

Les autres actions menées sur le champ de l'ASS sont les suivants :

- autres prises en charge (complément d'appareillage optique, dentaire et auditif, le forfait journalier hospitalier et les frais de transport) ;
- actions sur le champ du retour et du maintien à domicile des personnes malades (4 millions d'euros de dépenses) ;
- actions sur le champ du retour et du maintien à domicile des personnes handicapées (900 000 euros de dépenses) ;
- actions sur le champ de la prévention de la désinsertion sociale.

En synthèse, le budget de la dotation paramétrique décroît dans la majorité des CPAM ayant répondu sur ce point (19 CPAM sur 30). Par ailleurs, le taux d'exécution de la dotation paramétrique n'a jamais atteint 100 % dans 20 CPAM ayant répondu sur ce point, dans la période 2006-2010, à l'exception d'une seule.

Le nombre de demandes d'aides enregistrées par les CPAM augmente tendanciellement dans 24 CPAM sur 36 ayant répondu sur ce point. Le nombre de demandes et les montants accordés ont quant à eux connu un pic en 2009.

Par ailleurs, la part des personnes disposant de ressources inférieures au seuil de pauvreté augmente parmi les demandeurs dans les CPAM ayant répondu sur ce point. La part des personnes disposant d'une complémentaire santé est, dans certaines CPAM, majoritaire parmi les bénéficiaires d'aides. En outre, la part des retraités et des bénéficiaires des minima sociaux parmi les demandeurs est majoritaire dans certaines CPAM. Dans d'autres Caisses, la tranche d'âge la plus aidée est celle des 40-60 ans.

Il s'avère que les demandeurs sont plus souvent des femmes que des hommes dans les 3 CPAM ayant répondu sur ce point. Les demandeurs sont en majorité des personnes seules. Le reste-à-vivre des demandeurs est souvent très faible, parfois inférieur au seuil de pauvreté.

Dans certaines CPAM, le nombre de refus augmente. 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, sinon majoritaire.

Enfin, 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.

### **Xavier ARCHAMBAULT, représentant CISS à la CPAM d'Eure-et-Loir**

S'agissant du budget, nous avons connu un pic très important en 2011. Nous avons ainsi reçu 800 000 euros en 2009, 600 000 euros en 2010 et 1 million d'euros en 2011. Nous connaissons donc une augmentation continue, à l'exception de 2010. Par ailleurs, nous constatons que l'approche relative aux associations est purement comptable. Dès qu'une association dispose d'un peu d'argent, elle est automatiquement exclue des demandes d'aides. Il suffit donc qu'une association soit correctement gérée pour ne plus recevoir d'aides.



## **Magali LEO**

Je précise que le budget de la dotation paramétrique décroît dans la majorité des CPAM ayant répondu sur ce point, et non dans la totalité.

## **Jean PERRIN, représentant CISS à la CPAM de Meurthe-et-Moselle**

Toutes les associations nationales à déclinaison locale n'ont rien obtenu du fait que les bilans étaient nationaux.

## **De la salle**

S'agissant du règlement des subventions des associations, je souhaiterais savoir si les offices municipaux des sports peuvent y accéder. Nous avons en effet reçu une demande en ce sens. Quel est le règlement en la matière ?

## **Magali LEO**

Le règlement est celui de chaque CPAM. Toutefois, les associations, pour être aidées, doivent effectivement mener une action dans le champ de la santé.

## **De la salle, représentant UDAF de la CPAM de Loire**

Dans la Loire, nous constatons une forte baisse de notre budget global, qui est passé de 1,5 million en 2009 à 1,29 million en 2010 et 2011. Aussi, nous avons adressé une demande, afin d'obtenir une aide complémentaire, car nous avons été contraints de suspendre la remise des dossiers pendant plusieurs mois.

## **Véronique POZZA, représentante CISS à la CPAM de Vendée**

Je fais partie d'une CPAM, celle de la Vendée, qui n'a bien entendu pas répondu. Il était demandé aux associations qu'elles soient en lien avec le sanitaire, de préférence sur

des actions de prévention. Or les demandes ne portant pas sur l'action sociale (voyages, achat de matériel informatique), nous les avons refusées. Celles-ci ont toutefois été distribuées, faute d'autres demandes.

Nous nous sommes par ailleurs aperçus que la raison de l'absence de suite de la part des assurés après l'octroi d'une aide s'expliquait par un reste-à-charge qui demeure trop élevé.



## **Alain INGOUF, représentant CISS à la CPAM de la Manche**

Nous constatons également que les refus d'utilisation des aides s'expliquent par une aide à la base insuffisante, qui peut parfois aboutir à un renoncement aux soins pour certains usagers. Notre budget le plus important est celui des compléments de salaires dans le cadre des arrêts maladie.

## **Danièle DESCLERC-DULAC, Présidente du CISS-région-Centre**

Aujourd'hui, les subventions aux associations ont longtemps permis de financer des frais de fonctionnement. Dorénavant, les projets ne seront examinés que s'ils s'inscrivent dans des actions.

## II. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DES GRILLES D'ENTRETIEN

**Marie RUELLEUX, chargée de mission, FNATH**

Au total, 62 grilles ont été retournées. La première question posée portait sur l'importance de la représentation des usagers au sein des Commissions d'action sanitaire et sociale (CASS).



Il apparaît que tous les répondants, sauf un, considèrent qu'il est nécessaire que les usagers soient représentés au sein des CASS. Selon la quasi-totalité des RU, la représentation au sein des CASS est nécessaire pour les raisons suivantes :

- Les CASS sont un excellent lieu d'action pour la revendication d'une amélioration des conditions de vie des assurés sociaux.
- Lutter contre le désengagement de plus en plus important de l'Assurance Maladie (possibilité pour les RU d'être porte-paroles auprès des instances régionales et nationales pour défendre les intérêts des usagers et faire évoluer la politique sociale afin de maintenir les acquis sociaux).
- Les RU jouent un rôle majeur dans l'établissement et les révisions du règlement intérieur de la CASS. Ils peuvent ainsi apporter des modifications et proposer des expérimentations de manière à mieux répondre aux besoins des usagers.
- 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 leurs problèmes.
- La lutte contre les inégalités sociales est un thème de mobilisation majeur pour les RU.

S'agissant de l'évolution et de la nature des demandes déposées devant la CASS, il apparaît que celles-ci affluent de manière croissante selon la majorité des RU (46 sur 62). Une seule Commission voit ses demandes d'aides baisser, 15 autres voient leurs demandes stagner. Cependant, les situations présentées sont de plus en plus difficiles. Plusieurs RU considèrent par ailleurs que si les demandes sont en augmentation, elles ne sont toutefois pas assez nombreuses, faute d'information. Il s'avère donc que les CASS sont mal connues.

Sur le plan de la nature des demandes et le profil social des demandeurs, nous observons que la majorité des demandes provient de personnes en situation de grande détresse sociale. Il s'avère en effet que certains dossiers sont présentés plusieurs fois par an par les mêmes personnes. Pour beaucoup, cette détresse naît à la suite d'un accident ou d'un arrêt de travail, qui fragilise, voire ébranle totalement, la situation du demandeur. Il apparaît en outre que beaucoup de dossiers proviennent directement des services sociaux et ont été préalablement préparés par une assistante sociale.

Par ailleurs, selon les onze autres RU ayant répondu, de plus en plus de dossiers examinés en Commission font l'objet de demandes injustifiées, à savoir des demandes provenant de personnes sans difficulté financière, qui sont donc constitutives d'abus.

**Jean-Pierre FRAVALO, représentant CISS à la CPAM du Morbihan**

S'agissant des niveaux de consommation budgétaire par les CASS, il faut rappeler que nous avons été soumis aux impératifs de la COG et, ne sachant pas quel serait notre budget, nous avons appliqué une politique restrictive jusqu'à la fin de l'année 2010.

Nous avons depuis augmenté nos conditions d'attribution, mais nous faisons aujourd'hui face à un nombre de demandes qui n'affluent pas en conséquence. Nous sommes ainsi contraints d'ouvrir des points d'information pour les travailleurs sociaux, afin que ces derniers transmettent localement les informations. Au final, il s'agit d'un manque de coordination entre les différents maillons de cette action sanitaire et sociale.

### **Magali LEO**

Je vous invite à renouveler votre remarque cet après-midi à Monsieur Piteux, qui interviendra au nom de de l'UNCCAS.

### **De la salle**

Un grand rôle de partenariat doit être mené.

### **De la salle**

Je considère que le mot « abus », lorsque l'on cherche à qualifier le comportement de certains usagers qui déposent des demandes d'aides « indues » n'est pas approprié et qu'il conviendrait de parler de « carence » de sens civique.



### **De la salle, Manche**

Nous utilisons le sigle CASSP, et non de CASS, dans la mesure où nous intégrons la prévention.

### **Marie RUELLEUX**

Nous avons en effet simplifié et utilisé le signe CASS, dans la mesure où il s'agit d'une synthèse.

### **De la salle**

Les demandes injustifiées dépendent du filtrage mis en place en amont.

### **De la salle**

Dans la mesure où aucun filtrage n'est en place, les abus sont inévitables.

### **Marie RUELLEUX**

Dans la majorité des Caisses, les demandes sont instruites en amont par une assistante sociale, qui effectue en pratique un filtrage.

S'agissant du profil social des demandeurs, l'enquête a mis en lumière une nouvelle catégorie sociale, 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. Plusieurs cas de figure existent, parmi lesquels :

- un accident entraînant des pertes de revenus ;
- foyers disposant d'un, voire deux salaires, mais en situation de surendettement ;
- nombreux forfaits hospitaliers impayés, des foyers débordant de tickets modérateurs (TM) datant de plusieurs semaines, mais ne disposant pas de complémentaire santé.

Sur le plan des moyens consacrés à l'action sanitaire et sociale des CPAM, l'enquête relève que ceux-ci sont constants, mais insuffisants face à la multiplication des demandes. 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. Par ailleurs, l'action sanitaire et sociale des CPAM ne doit pas être sacrifiée pour « boucher le trou de la Sécu ».

S'agissant de la question relative aux modalités de traitement des demandes, la majorité des RU interrogés considèrent que les critères d'octroi sont généraux, car ils tiennent compte des différents facteurs de précarité (santé, âge, situation socioprofessionnelle, etc.)

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

- la première est celle d'une très bonne entente générale avec notamment une certaine homogénéité dans l'approche sociale et humaine et de rares désaccords aboutissant le plus souvent à un consensus ;
- la seconde tendance révèle 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.

### **Alain SARAZIN, Nord**

Dans le Nord, nous connaissons de mauvais rapports entre les RU et les membres du collège « syndicat-patronat », qui relèvent de l'entrave. Nous sommes par exemple disposés, CISS et UDAF, à être représentés au sein des Commissions des Recours Amiables (CRA). Or le collège des syndicats fait en sorte que nous n'y parvenions pas, attitude que je dénonce.

### **Benoît GHESQUIÈRE, représentant UDAF à la CPAM du Nord**

Je m'inscris en faux. En cas de désaccord, nous parvenons à un consensus via un vote. Quoi qu'il en soit, nous ne sommes jamais dans la situation d'une entrave. Il convient donc de ne pas parler du Nord dans la globalité.

### **Alain SARAZIN**

En réponse à Monsieur Ghesquière, je précise que lors des élections de 2010, nous avons demandé à entrer dans les CRA mais cet accès nous a été refusé.

### **Magali LEO**

Il s'agit d'un cas particulier, concernant spécifiquement la place des usagers au sein des CRA, et d'un clivage historique dont il n'y a pas lieu de débattre aujourd'hui.

### **Marie RUELLEUX**

En synthèse, la représentation des RU est considérée comme étant trop faible par rapport aux autres membres. Certains d'entre vous ont ainsi exprimé la nécessité de mettre en place une équipe mixte, combinant différents milieux associatifs, syndicats et patronats avec une parité homme / femme permettant des délibérations plus justes de par la diversité des membres. Par ailleurs, il apparaît que les CASS sont mal connues des usagers et parfois même des assistantes sociales. Enfin, certains RU dénoncent des recours qu'ils estiment abusifs de la part de certains usagers.



### III. PRÉSENTATION DES MODALITÉS DE TRAITEMENT PAR LES CAISSES

#### Nathalie TELLIER, chargée de mission Assurance maladie, UNAF

S'agissant des modalités d'examen des ressources, 61 Caisses retiennent les trois derniers mois de ressources des demandeurs, 30 Caisses retiennent celles du mois précédent et 5 Caisses retiennent celles des 12 derniers mois.

Sur le plan des modalités d'examen des ressources, 19 Caisses appliquent les règles utilisées en matière de CMU-c, 81 s'en écartent. La nature des ressources majoritairement retenues se décompose comme suit :

- salaires ;
- revenus de remplacement ;
- pensions alimentaires ;
- prestations familiales.

D'autres Caisses retiennent également les ressources suivantes :

- prestations logement ;
- bourse de l'enseignement ;
- revenus fonciers ;
- revenus mobiliers ;
- prestation compensatrice du handicap ;
- majoration de tierce personne ;
- allocation compensatrice tierce personne.

S'agissant des charges retenues, 9 Caisses indiquent ne pas en prendre compte. Les 72 autres Caisses indiquent quant à elles prendre en compte les charges locatives et les pensions alimentaires ; 37 Caisses retiennent les dépenses liées au logement, les frais d'assurance, les frais de crédits, les primes de couverture complémentaire et les frais de tierce personne. En outre, 10 Caisses déclarent ne retenir que les pensions alimentaires. Au final, nous observons une grande hétérogénéité dans les Caisses.

Par ailleurs, 79 Caisses retiennent le quotient familial dans l'examen des ressources et 55 attribuent une partie à chaque membre du foyer, quels que soient son âge et son statut.

Sur le plan des règles utilisées pour l'attribution des aides, 72 Caisses, soit 55 % des Caisses, retiennent un plafond supérieur à 750 euros, 23 % un plafond supérieur à 1 055 euros et 22 % n'imposent pas de plafond ou un plafond supérieur à 1 055 euros.

En outre, le barème d'intervention hors aide à l'acquisition d'une complémentaire santé fait apparaître une grande hétérogénéité. Ainsi, 39 % des Caisses utilisent un barème fixé selon un montant forfaitaire, 37 % ont un barème fixé par rapport à un taux de reste-à-charge, 24 % ont un barème basé sur le reste-à-charge et le tarif de référence.



Le barème d'intervention « aide supplémentaire à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé » n'est pas mis en place par 34 Caisses ou a été suspendu en 2010. Les 63 autres Caisses ont défini des barèmes d'attribution selon les modalités suivantes : un pourcentage des montants de l'ACS, le taux variant de 10 à 150 % ; un montant forfaitaire, qui varie de 25 à 525 euros.

S'agissant des modalités de gestion, les 89 Caisses ont mis en place un suivi d'instruction des demandes d'aide, le point de départ du délai étant soit la date de réception, soit celle de constitution du dossier complet. Le délai moyen d'instruction est compris entre 10 et 138 jours. En outre, la durée de validité des décisions fait l'objet, dans 77 Caisses, d'un délai au bout duquel elle devient caduque.

Les exclusions sont les suivantes :

- frais d'obsèques (80 % des Caisses) ;
- dépassements d'honoraires ;
- chambre particulière ;
- franchises médicales ;
- frais d'hébergement pour les cures thermales ;
- Aide Médicale d'État (AME).

En conclusion, il apparaît que les barèmes retenus et les pourcentages d'aide ne sont pas les mêmes d'une Caisse à l'autre.

### De la salle

Certaines Caisses délivrent la possibilité de donner des secours d'urgence, plafonnés et entérinés à la Commission ASS. Toutefois, cet élément n'apparaît pas dans les questionnaires retournés. Or il s'agit d'un dispositif essentiel, qu'il conviendrait de développer.

### Magali LEO

Cette information ne nous a pas été remontée.

La séance est interrompue de 11 heures 15 à 11 heures 40.



## Jean-Pierre LACROIX

*Président du CISS-Languedoc-Roussillon*

Je suis moi-même membre conseiller de la Caisse du Gard. Le Languedoc-Roussillon connaît une croissance de population deux fois supérieure à la moyenne française. Or cette croissance n'est pas nécessairement qualitative. En effet, la région accueille à la fois de très hauts revenus et beaucoup de précarité. Le Gard est l'un des départements défavorisés de cette région et sa Caisse a vu ses dotations paramétriques augmenter de 20 % en 3 ans. Les demandes se sont accrues, mais les refus sont également en augmentation. Ces refus ont alors entraîné un abandon des demandes, si bien que celles-ci sont paradoxalement en baisse.

Par ailleurs, l'utilisation à 85 % de la dotation paramétrique n'est pas satisfaisante. Dans le Gard, cette dotation est gérée à la séance, afin de parvenir à tenir toute l'année. Nous recevons toutefois des compléments à la fin du mois d'octobre. Pour autant, nous sommes souvent contraints et forcés de ne pas employer cette dotation paramétrique.

## Véronique POZZA

*Représentante du CISS à la CPAM de Vendée*

La CPAM de Vendée a mal perçu l'arrivée des RU. Aussi, chaque sujet fait l'objet d'un combat, notamment sur l'ASS. Nous sommes largement minoritaires et il est donc difficile de rallier les autres membres à notre cause. Au niveau de l'ASS, il a par exemple été décidé de ne plus accorder d'aide dans les cas de forfaits hospitaliers, qui ne pourraient pas être pris en charge, faute de mutuelle. La même politique est

appliquée en optique, dentaire et auditif. Je me bats donc pour prouver que l'intégralité du fonctionnement actuel va complètement à l'encontre de la possibilité d'accès aux soins pour les personnes dans la plus grande précarité. Les transports ne sont en effet pas pris en charge, alors que la Vendée est un département vieillissant.



Il s'avère donc qu'aucune prise en compte de la réelle précarité et des besoins de l'assuré n'est effectuée. Les assistantes sociales font face à un tel nombre de refus de dossiers qu'elles n'en présentent plus. L'accès à l'ACS fait par ailleurs l'objet d'une démarche particulière. J'ai en effet obtenu que le reste-à-charge, en fonction du barème et des ressources, puisse être assuré, afin que les plus précaires n'aient plus que 10 % de reste-à-charge. En tout état de cause, le collègue patronal et syndical ne voit pas d'un bon œil la présence de RU. Il s'agit donc d'un combat.

## Gérard LEGOFF

*Représentant du CISS à la CPAM d'Ille-et-Vilaine*

L'ambiance est également tendue à Rennes, notamment avec la CGPME, le Medef et l'UPA, qui n'hésitent pas à tenir des propos désobligeants à l'encontre des plus démunis. S'agissant de l'ASS, le rapport de force est primordial lors des votes, et une ou



deux absences peuvent faire basculer la décision. Concernant les remboursements de prestations, la Commission a décidé de recueillir l'avis du médecin-conseil. Or celui-ci est très laconique, se limitant à un oui ou un non, excluant de fait toute marge d'appréciation. Enfin, nous nous sommes aperçus que 150 000 euros de dotations aux handicaps n'avaient pas été consommés. Aussi avons-nous précipitamment versé cette somme au Fonds départemental de compensation. Il s'agit, en tout état de cause, du résultat de mauvais fonctionnement de la Caisse.

## Philippe LAMBERT

*Représentant de la FNATH à la CPAM du Loiret*

Notre Commission est composée de treize membres : cinq représentants des salariés, cinq représentants des employeurs et trois représentants des institutions. Le climat est globalement bon, voire très bon. Au total, 72 % des crédits consommés le sont au titre de l'accès aux soins : soit au financement de la prime locale, soit en aide



directe pour les personnes hors plafond. La répartition est la suivante : 32 % pour l'acquisition de complémentaires, 27 % pour le reste-à-charge des frais dentaires. Les 28 % restants sont partagés entre des frais funéraires et des aides au logement. S'agissant des frais funéraires, nous faisons en sorte de nous assurer qu'un lien direct existe entre le décès et la maladie. Nous avons par ailleurs pris le parti de ne pas financer les dépassements d'honoraires, afin de ne pas cautionner une pratique qui ne devrait pas atteindre les publics à faibles revenus. Sur le plan des appareils auditifs des personnes de moins de 60 ans, nous adressons ces dernières directement à la Maison départementale du handicap, dans la mesure où les appareils prescrits sont de classe C ou D. Par ailleurs, nous avons élaboré le profil social du demandeur moyen, qui s'avère être une femme de 50 ans avec un revenu de 1 349 euros, des charges de 970 euros et un reste-à-vivre de 360 euros par mois. Enfin, nous avons constaté que tous les usagers faisaient face à des difficultés pour bénéficier d'une complémentaire pérenne. Dans le Loiret, 3 662 foyers bénéficient de l'ACS, soit 42 % de la population, et 17 % des Loiretains ne bénéficient pas d'un organisme complémentaire.

## Jean-Pierre LACROIX

Outre l'accès à la complémentaire santé, il convient de prendre en compte la qualité de la couverture, dont nous observons la dégradation.

## Michèle OLIVIERI

*Représentante UDAF à la CPAM des Alpes-Maritimes*

Nous ne comptons aucun RU à la Commission des aides collectives. Nous sommes en revanche trois RU à la Commission des aides financières, qui se réunit toutes les semaines et dont le budget est jusqu'à trois fois supérieur à celui de la Commission des aides collectives.

Je déplore en premier lieu que le traitement des demandes ne soit pas le même d'une CPAM à l'autre. Dans le cas des Alpes-Maritimes, un dossier ne peut être retenu qu'à partir du moment où le demandeur perçoit un revenu minimum de 1 058 euros. En outre, les dépenses ne sont pas prises en compte, seules comptent les recettes. Par ailleurs, il convient de prendre en compte que la famille n'est plus uniquement basée sur le mariage, mais également sur le concubinage ou le PACS. Le critère de référence des ressources est la déclaration IR de l'année N-1. Or, dans le cas du concubinage, la déclaration n'est pas commune. De plus, deux types de demandes existent : les demandes présentées et analysées par le service administratif (optique, dentaire, auditif) et celles présentées par l'assistante sociale, qui relèvent d'un cadre plus large (forfait journalier, etc.). Au total, 80 dossiers sont présentés par semaine, pour moitié de la part du service administratif et pour moitié de la part des assistantes sociales. Les critères sont définis en Commission.



Il convient aujourd'hui de trouver des points communs et de définir le ticket d'entrée du dossier. Par ailleurs, un panier de services minimal devrait être fixé au plan national pour les mutuelles, afin que les Caisses agissent équitablement. Enfin, s'agissant des forfaits journaliers, nous devons attendre les relances pour que les assistantes sociales soient saisies. Celles-ci envoient alors des dossiers, qui ont parfois un an. Une politique nationale devrait donc être fixée à l'échelle des hôpitaux.

## Jean-Pierre LACROIX

Je pense que nous devrions mener une action auprès de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM). Par ailleurs, il semble que l'identification des personnes seules, et donc souvent dans la précarité, pose problème.

## Serge ANDRIEUX

*Représentant UDAF à la CPAM de l'Essonne*

Tout d'abord l'ambiance des deux Commissions d'Action Sanitaire et Sociale est excellente. Malgré notre faible représentation par rapport aux autres groupes, nous rassemblons la majorité des personnes présentes sur nos propositions. Nous nous réunissons deux fois par mois. Nous prenons nos décisions en fonction de certains critères, notamment la MJE (moyenne journalière économique), avec un plafond de 25 euros, et nous nous efforçons de juger les situations sociales et médicales dramatiques, aussi avec notre cœur.

Les aides à domicile sont accordées le premier mois par le Directeur. Nous attachons une grande importance à l'aide à la complémentaire santé et à sa consolidation. Une ACS+ a été mise en place fin 2011, afin de rendre la complémentaire santé plus accessible aux foyers dont les ressources sont en limite de seuil. Nous ne prenons pas en compte les dépenses pour des prothèses auditives au-delà de 1 500 euros en unilatéral et 3 000 euros en bilatéral. Un référentiel de notre Centre de santé dentaire limite également l'aide accordée aux soins dentaires. Nous apportons également des aides au logement (loyer) pour les personnes mises en situation de précarité par une maladie ou un handicap. La Commission des Aides Collectives accorde des subventions à un certain nombre d'associations venant en aide plus particulièrement aux personnes en situation de handicap.

## **Roland BOUVARD, représentant UDAF à la CPAM du Nord**

La description de Madame Pozza est caricaturale. Elle est néanmoins vraie. Toutefois, elle n'a pas suffisamment insisté sur le rôle du Directeur. Celui-ci est en effet omniprésent dans les décisions de la CASS, même s'il n'est pas présent en Commission. Ainsi, les directives de la Direction sont en filigrane derrière le fonctionnement et la politique de nos Caisses. Si nous n'y prenons garde, le politique ne dirigera plus le pays, mais la Direction centrale. Nous devons donc tenir un discours résolument politique et reprendre notre entière place au sein des dix organismes.

## **Véronique POZZA**

Le précédent Directeur était davantage à l'écoute. Le Directeur actuel limite son rôle à celui d'un gestionnaire, dont l'objectif est de faire des économies.



## **Roland BOUVARD**

Il convient par ailleurs de faire la distinction entre une assurance et une mutuelle. Or de nombreux citoyens et usagers ne font pas la différence. Aujourd'hui, l'assureur est omniprésent dans le système. En outre, les connexions entre les hôpitaux et les CPAM sont très rares. Nous espérons aujourd'hui que l'ARS constituera un chapeau commun et que les hôpitaux pourront envoyer dans les temps les demandes de remboursement éventuelles et communiquer aux patients

leur droit à la CMU. Enfin, les différents corps des assistants sociaux s'ignorent les uns et les autres et il conviendrait d'abattre les cloisons qui les séparent, afin d'assurer une meilleure coordination.

## **Véronique POZZA**

Depuis trois ans, l'État s'est désengagé du Fonds de compensation du handicap, qui fonctionne désormais uniquement sur les versements de la CAF, de la MSA, des mutuelles et du département. Aussi, des Fonds de compensation du handicap ont dû fermer leurs portes dans certains départements.

## **Danièle QUANTINET, Présidente du CISS-Champagne-Ardenne**

Les forfaits hospitaliers, notamment des handicapés psychiques, ne sont pris en charge qu'à hauteur de trois mois par an. Comment assurer cette prise en charge ? Il conviendrait que ces patients puissent bénéficier de la CMU.

Par ailleurs, il serait souhaitable que le CISS travaille sur les personnes radiées par leur complémentaire au cours de l'année. Il conviendrait de connaître les droits et les devoirs de chacune des parties. En effet, les complémentaires font savoir qu'elles ne prennent plus en charge les frais engagés avant la radiation. Un certificat de résiliation est ensuite nécessaire pour bénéficier d'une nouvelle complémentaire. Aussi, une information très claire sur le droit des assurances et des mutuelles ainsi que du droit des familles s'avère nécessaire.

## **De la salle, Manche**

Afin de faire face à l'isolement des représentants des trois associations, il conviendrait de faire une répartition en trois groupes : employeurs, salariés et institutions, au sein desquelles nous nous retrouvons (CISS, FNATH, UDAF) aux côtés de la Mutualité française et de l'UNSA.

Nous sommes par ailleurs en phase de mise en place d'une ACS locale dans la Manche, qui sera orientée vers les personnes dont les revenus sont de 20 % supérieurs à l'attribution de l'ACS nationale. Elle s'adressera aux primo-demandeurs, avec un panier de biens négocié avec les mutuelles. Cette initiative devrait démarrer au mois de janvier.

### **De la salle**

Les médecins-conseils sont différents les uns des autres. Un assuré peut ainsi être fortement pénalisé par l'un d'eux, ou, à l'inverse, avantagé. Nous les connaissons et faisons donc en sorte que les personnes ne passent pas devant tel ou tel médecin-conseil. Leur présence au sein des Commissions est essentielle, dans la mesure où elle nous donne accès à une compréhension des pathologies. Enfin, je souhaiterais savoir s'il convient de payer un ticket modérateur et un forfait journalier pour les personnes insolubles.

### **Michel MARCON, représentant UDAF de la CPAM de Loire**

Je constate également une forte disparité au niveau du ticket d'entrée dans la gestion des dossiers. Des améliorations s'avèrent urgentes. En outre, je considère que les dépassements d'honoraires en secteur 2 sont une grande injustice. En effet, une opération lourde donne lieu à un reste-à-charge très important.



### **Jean-Pierre LACROIX**

Le CISS dénonce ce problème régulièrement, et ce depuis longtemps.

### **Bernard SARRASIN, représentant FNATH à la CPAM des Flandres**

À la CPAM Flandres, nous nous apercevons que des assurés CMUC consultent des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires. Ils sont en effet envoyés dans des cliniques aux tarifs de secteur 2 et leurs dossiers sont ensuite retournés à l'ASS. Il s'agit d'une pratique illégale.

### **Magali LEO**

Il s'agit en effet d'une pratique illégale, au titre de laquelle un recours est possible.

### **Véronique POZZA**

Les dépassements d'honoraires dépendent de la situation géographique. En Vendée, la plupart des spécialistes sont en secteur 2. Il convient donc de changer de région pour consulter un spécialiste en secteur 1. Aussi, des personnes dans le cadre de la CMUC sont contraintes de consulter des spécialistes de secteur 2, qui n'ont pas le droit de pratiquer un dépassement d'honoraires à leur égard. Par ailleurs, les personnes insolubles devraient avoir la possibilité de bénéficier d'une complémentaire santé, afin de garantir notamment les problèmes liés à la psychiatrie. Enfin, je considère que le médecin-conseil doit être formé aux dernières pathologies.

### **Bernard SARRASIN**

Les médecins-conseils doivent accueillir les usagers dignement.

### **De la salle**

Le Schéma régional d'organisation sanitaire autorise plus de 80 % du secteur de chirurgie à appartenir au secteur 2. Par conséquent, seules 5 % des interventions ophtalmologiques relèvent du secteur 1. Par ailleurs, les établissements hospitaliers en sont à demander en plus de la Carte Vitale une carte bancaire.

## **Monsieur BERKOWICZ, représentant FNATH à la CPAM de Paris**

Nous nous apercevons dans les Commissions de prestations supplémentaires que des personnes demandent à être remboursées, alors qu'elles ont droit à la CMU. Par ailleurs, les mutuelles ne présentent pas les mêmes garanties, si bien qu'il est complexe d'en choisir une. Je considère que les mutuelles ne sont pas un sujet.

### **De la salle, Vienne**

Je suis arrivée à la CPAM en 2010. Lors de l'arrivée du nouveau Directeur, des éléments ont été revus pour les représentants des usagers et pour les usagers. Nous avons fait la chasse aux abus de taxi. Les aides aux soins dentaires nécessitent depuis 2011 deux devis et sont pris en charge à hauteur de 1 300 euros. En outre, les petites cliniques pratiquent des dépassements d'honoraires conséquents, qui coûtent cher à la CPAM.

### **De la salle**

Le Conseil Économique et Social traite aujourd'hui de la bientraitance. Son Président avait mis en place en 2009 la Conciliation de la République dédiée à la santé. Or il s'agit d'un département insuffisamment sollicité.

### **De la salle, Corrèze**

Les départements ruraux sont pénalisés par le décret du 10 mars 2011 relatif aux frais de déplacement. En effet, de nombreux patients, dont les frais de transport étaient pris en charge à 100% auparavant, se retrouvent aujourd'hui avec des restes-à-charge importants. Nous avons un rôle très important à jouer au plan national sur ce point.

## **Benoît GHESQUIÈRE, représentant UDAF à la CPAM du Nord**

J'ai proposé que les aides collectives dans les CASS soient versées à la suite d'un appel

d'offres sur deux thématiques : l'obésité chez l'enfant et le dépistage de l'autisme.

Enfin, à force de pousser les assurés vers l'assurance complémentaire, j'ai le sentiment de les mener dans une impasse. En effet, nous constatons que la Sécurité sociale se désengage et que ces assurés ne sont pas toujours aptes à choisir la bonne mutuelle. Aussi, lorsque cette aide ne sera plus accordée, ils ne bénéficieront plus de remboursements. Je propose donc de ne plus accorder d'aides au titre des complémentaires santé, dans la mesure où nous participons à la politique consistant à un désengagement de la Sécurité sociale.



## **Jean-Pierre LACROIX**

Comment couvrir le reste-à-charge ?

## **Benoît GHESQUIÈRE**

En augmentant les remboursements de la Sécurité sociale. Nous ne pouvons pas demander aux usagers de payer à la fois des cotisations salariales et de payer une mutuelle.

## **Monsieur BERKOWICZ**

N'oublions pas que la majorité des retraités n'auront pas de mutuelle.

La séance est interrompue de 12 h 55 à 14 h 25.

# Rôle des centres communaux d'action sociale dans l'accompagnement des personnes en difficulté

## Danièle DESCLERC-DULAC

*Présidente du CISS-région-Centre*

Je viens d'apprendre qu'une convention a été signée au plan national entre l'UNCCAS et le Centre technique d'appui et de formation de nos centres d'exams de santé. Cette convention peut se décliner et se rattacher à une structure exerçant les mêmes activités. Le budget de la CNAM comprend le Fonds national de prévention et d'information sanitaire, sur lequel est budgété le fonctionnement des centres d'exams de santé dans l'Assurance maladie.

Je suis heureuse d'accueillir Christophe Piteux, représentant de l'Union nationale des Centres communaux d'action sociale, structures avec lesquelles nous sommes appelés à travailler les uns et les autres.



## Christophe PITEUX

*Responsable du Pôle juridique et technique à l'Union nationale des Centres communaux d'action sociale (UNCCAS)*

Je remercie le CISS pour son invitation. L'UNCCAS est une association créée en 1926. Il s'agit de la seule association regroupant les élus en charge des questions sociales. Nous comptons donc des adjoints aux affaires sociales, des maires ainsi qu'une députée et une sénatrice, qui sont deux relais précieux. L'Union fédère 3 850 CCAS, CIAS et intercommunalités et représente près de 6 000 communes, soit 44 millions d'habitants (68 % de la population), soit la quasi-totalité des villes de plus de 10 000 habitants. En outre, 75 départements sont couverts par une représentation départementale ou régionale de CCAS/CIAS.

Les CCAS gèrent 60 % des logements foyers publics et participent à la quasi-totalité des centres locaux d'information et de coordination (CLIC). Les CCAS/CIAS gèrent également 720 foyers-restaurants, 400 Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), 250 SSIAD, des accueils de jour, des unités Alzheimer, etc. En outre, une CCAS sur deux gère un service d'aide à domicile. Les CCAS représentent enfin un budget consolidé de 2,6 milliards d'euros et emploient près de 110 000 personnes.

Le CCAS est un établissement public administratif, présent de droit dans chaque commune. La structure est présidée par le Maire et dotée d'un Conseil d'administration composé à parité d'élus et de représentants de la société civile. Une représentation des

« publics cibles » des actions du CCAS est ainsi assurée : associations de personnes âgées, de personnes handicapées, de lutte contre l'exclusion et pour l'insertion, ainsi que l'UDAF.

Les missions légales et obligatoires des CCAS sont les suivantes :

- instruction des dossiers d'aide sociale légale (RSA, CMU, PCH, etc.) ;
- accueil, information, orientation ;
- domiciliation des personnes sans résidence stable (accès aux droits, inscription sur les listes électorales, papiers d'identité, etc.) ;
- analyse annuelle des besoins sociaux de la population.

Par ailleurs, les CCAS ont des missions dites « facultatives » et volontaires, expression de la politique sociale communale. Dans ce cadre, leurs missions sont les suivantes :

- attribution de prestations en nature ou en espèces ;
- accompagnement social ;
- gestion d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux (EHPA, EHPAD, SAAD, SSIDAD, ALSH, etc.) ;
- logement d'urgence, médiation locative, etc. ;
- coordination des acteurs ;
- animation, prévention, accès aux loisirs, etc.



Il convient en outre de rappeler que la santé n'est pas une compétence légale des CCAS. Toutefois, il s'agit d'un champ d'intervention considéré comme étant incontournable par de très nombreux CCAS, dont l'intervention est prioritairement axée sur l'accès aux soins.

Une enquête a été menée récemment sur les interventions des CCAS. Les actions relatives à l'accès aux soins mobilisent plus de 530 CCAS/CIAS. Une grande diversité d'interventions a été relevée, parmi lesquelles l'accompagnement des personnes en souffrance psychique, l'équilibre alimentaire, les conventions avec les Centres d'examen de santé, l'attribution d'aides extra-légales pour la prise en charge d'une partie des frais médicaux ou du coût d'une mutuelle, les permanences d'accès aux soins, etc.

Sur le plan de la précarité, un baromètre a été mis en place en 2009 pour mesurer les effets de la crise économique. En 2011, 83 % des CCAS relèvent une hausse des demandes d'aides (+4 %). Pour la première fois, les aides financières sont supérieures aux demandes alimentaires. En outre, la moitié des CCAS déclarent avoir augmenté les montants alloués.

Il apparaît que les difficultés quotidiennes deviennent le principal facteur déclencheur des nouvelles sollicitations adressées aux CCAS/CIAS. Les postes budgétaires sacrifiées sont les paiements des services municipaux, les renoncements aux soins, le remboursement des crédits et les dépenses alimentaires.

Les familles monoparentales, les personnes seules, les personnes en activité et les retraités voient leur situation s'aggraver. Face à ces difficultés, 41 % des CCAS ont fait évoluer leurs critères d'attribution des aides.

Au final, 36 % des CCAS identifient le renoncement aux soins comme étant un poste sacrifié par les personnes en difficultés. Aussi, certains CCAS ont signé des conventions avec des établissements de santé, des médecins généraux et des mutuelles. Ces difficultés

sont davantage présentes en Ile-de-France que dans les autres régions : 15 points de plus en moyenne et une préoccupation récurrente, les difficultés d'acquisition d'une complémentaire santé.

D'autres indicateurs inquiétants en matière de santé ont également été relevés. Une étude du Fonds de financement de la CMU (septembre 2011) indique que 45 % des bénéficiaires déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières (soins ou produits non remboursés, reste-à-charge trop élevé, refus du tiers payant). Le Baromètre Europe Assistance (septembre 2011) souligne quant à lui que 29 % des Français renoncent à des soins ou les reportent pour des raisons économiques. D'après la CNAV, 50 % des bénéficiaires de l'aide ménagère s'imposent des restrictions en matière d'alimentation et de santé. Il s'agit d'un fait nouveau. Enfin, il s'avère que le microcrédit personnel est mobilisé pour financer des dépenses de santé (soins dentaires et optique essentiellement), alors que son objet est en principe de favoriser l'insertion professionnelle.

Parmi les actions de l'UNCCAS en matière de santé, nous pouvons citer les suivantes :

- signature d'une convention avec le CETAF ;
- mise en place d'une Délégation Santé au sein du Bureau national de l'UNCCAS ;
- organisation en 2013 d'une journée nationale sur la santé ;
- travail interassociatif sur l'amélioration de la domiciliation en matière d'AME ;
- proposition de relever le seuil d'accès à la CMU au niveau du seuil de pauvreté, et au niveau du RSA pour l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
- proposition de mise en place de mécanismes d'incitation à la souscription d'une couverture complémentaire auprès des mutuelles via la technique du crédit d'impôt ;
- proposition d'une couverture autonomie universelle, de base et complémentaire, pour la prise en charge de la perte d'autonomie.

## Danièle DESCLERC-DULAC

Les problèmes que vous avez pointés se rapprochent de ceux que les représentants des usagers siégeant dans les Caisses ont pu relever.

## Odile PELLE PRINTANIER, représentante UDAF à la CPAM du Loiret

J'ai constaté, dans le CCAS de ma commune, une méconnaissance complète des aides qui peuvent être attribuées aux usagers. J'ai donc proposé que soit mise en place une formation des membres de droit des UDAF et des CCAS. Les premières formations ont porté sur le microcrédit social et sur le surendettement. Les formations portent cette année sur toutes les aides liées à la maladie.



## Christophe PITEUX

Nous avons travaillé avec les UDAF pour mettre en place des sessions de formation à l'intention de leurs bénévoles. S'agissant des aides facultatives, je vous invite à consulter et à télécharger sur notre site Internet le guide relatif aux pratiques des CCAS en la matière.

Sur le plan de la CMU complémentaire, il s'avère que 80 % des personnes éligibles à ce dispositif n'en ont pas connaissance. Nous finalisons actuellement un projet, le « CCAS Virtuel », plateforme Internet sur laquelle figureront toutes les informations dont les CCAS, toutes tailles de communes confondues, peuvent avoir besoin à un

moment donné pour renseigner un usager sur ses droits et les procédures à engager pour les faire valoir.

**Michèle OLIVIERI, représentant UDAF à la CPAM des Alpes-Maritimes**

Comment éviter les doublons entre vos actions et celles de la CPAM ? Comment contrôler les dépenses de santé des personnes placées dans les EHPAD ?

**Christophe PITEUX**

Sur la question des doublons, rappelons que les CCAS ont des missions classiques et des missions stratégiques, à savoir l'analyse des besoins sociaux et la coordination. Il s'agit de missions, hélas, insuffisamment prises en charge par les CCAS à ce jour. Elles sont toutefois censées éviter des doublons avec l'action de la CPAM et des autres acteurs. Nous nous questionnons par ailleurs sur la capacité des communes et des CCAS à délivrer ce type d'aides, dans la mesure où notre principe d'intervention est celui de la subsidiarité, c'est-à-dire en complément ou en relais des autres acteurs.

Je n'ai en revanche pas de réponse sur les dépenses de santé de l'EHPAD. Il est toutefois aujourd'hui question de réintégrer le coût des médicaments dans la dotation soins des EHPAD, afin d'encadrer le coût des prescriptions de médicaments.

**De la salle**

La répartition des rôles des acteurs médicaux des EHPAD n'est pas suffisamment connue. Or les usagers devraient être informés de cette répartition. Par ailleurs, les EHPAD demandent des aides, car de nombreux coûts ne sont pas remboursés.

**Christophe PITEUX**

Nous travaillons beaucoup sur la question du reste-à-charge, dans la mesure où les

réformes en cours sur la tarification des EHPAD aboutiront à des tarifs bloqués. Toutefois, cette réforme est pour le moment différée.

**Danièle DESCLERC-DULAC**

Nous devons retenir que nous ne connaissons pas toujours les possibilités offertes par les différentes structures. Une coordination de celles-ci s'avère donc nécessaire. Remercions à ce titre Christophe Piteux de nous avoir présenté les activités de l'UNCCAS.

Je souhaiterais par ailleurs savoir comment la répartition budgétaire s'effectue au niveau des centres intercommunaux.

**Christophe PITEUX**

La réforme de 2005 a permis aux intercommunalités de se doter d'une compétence optionnelle, l'action sociale d'intérêt communautaire. Ainsi, les communes peuvent choisir de transférer des missions au niveau intercommunal. Restent ainsi en général au niveau communal les interventions directes auprès des personnes. Budgétairement, le principe consiste à évaluer le transfert des compétences à l'intercommunalité. Les interventions nouvelles de l'intercommunalité seront financées par la communauté de communes.

**De la salle, Ille-et-Vilaine**

J'ai l'impression que les CCAS sont en train de se séparer de leur service d'aide à domicile.

**Christophe PITEUX**

Un CCAS perd un à deux euros par heure sur chaque intervention. Les élus font le choix d'équilibrer en abondant le budget du CCAS, pour éviter un déficit. Toutefois, certains élus s'interrogent sur la pertinence de financer un service générant un déficit.

# Rôle de l'Assurance maladie dans l'accompagnement des personnes en difficulté



## Régine CONSTANT

*Responsable du département de l'action sanitaire et sociale à la CNAMTS*

L'action sanitaire et sociale repose sur deux vecteurs d'intervention : le niveau du FNASS et le Service social. Ses leviers sont constitués des relations avec les assurés, sur son savoir-faire et son réseau.

Sa logique est la conséquence d'une impulsion politique et d'un volontarisme. Elle est donc extralégale. Son financement n'est pas obligatoire, ce qui signifie que les actions mises en œuvre ne sont pas pérennes. Elle ne crée pas de renouvellement aux droits. Elle est en outre réparatrice et repose sur une évaluation continue des besoins dans le cadre de groupes sociaux (personnes vulnérables, en situation de handicap, etc.) Elle est enfin organisée, mais pas normée.

Elle répond au positionnement de l'Assurance maladie : être assureur, solidaire et accompagner les assurés dans la gestion de leur capital santé. Elle s'inscrit dans la COG avec trois finalités stratégiques : l'accès à la santé, le retour et le maintien à domicile, la prévention de la désinsertion professionnelle.

L'action sanitaire et sociale demeure toutefois très marginale. La dotation paramétrique représente 97 millions d'euros par an, le retour et le maintien à domicile 26 millions en 2010 et 30,5 millions en 2013. Une ligne nouvelle consacrée aux œuvres s'élève quant à elle à 3 millions.

S'agissant de l'exécution, la dotation a été consommée à 86 % en 2010. Les crédits des personnes handicapées ont été exécutés à hauteur de 78 %, ceux des personnes malades à hauteur de 60 % et ceux des soins palliatifs à hauteur de 80 %.

La part principale de la paramétrique est celle consacrée aux aides financières individuelles pour 67 millions d'euros, dont 18 millions pour l'ACS (soit 81 %). Les prestations facultatives représentent 4,7 millions d'euros (5 %) et les associations 4 millions (4,8 %).



S'agissant des aides financières individuelles, nous avons remis l'accent sur l'accès aux soins. Elles sont principalement orientées sur les difficultés financières (11,3 millions d'euros), le dentaire (15 millions), l'auditif (4,2 millions), l'ACS (25 millions).

Les œuvres représentent pour leur part un budget de 82 millions d'euros.

En 2009, 6,5 millions d'euros de crédits ont été versés à 673 associations. Le premier poste est celui de l'aide aux malades (2 millions d'euros), suivi de l'aide aux handicapés (2 millions) et de l'action sociale (2,3 millions).

L'action sociale est organisée, mais non normée. Cette organisation est le fruit du choix de la forte personnalisation de la prestation, qui doit permettre de compenser la difficulté du demandeur dans son environnement individuel. Il s'agit donc d'aller au-delà de la gestion des droits. Le second choix repose sur la décentralisation avec le principe de territorialité, qui suppose de prendre en compte une certaine adaptation aux contextes locaux. Nous voulons en effet vous laisser la capacité d'intervenir.

Les points de vigilance portent sur les contraintes budgétaires (enveloppes fermées) : l'équilibre entre le montant de l'aide, le coût des soins et le reste-à-charge ; une adéquation entre l'aide ponctuelle et la situation précaire durable ; éviter les effets d'aubaine sur les offreurs de soins ; la coordination avec les autres fonds d'aide. Au final, l'ASS est un filet de sécurité.

La CNAMTS a un rôle de coordination et doit assurer une égalité de traitement et une équité territoriale. Dans ce contexte, des outils privilégiés sont nécessaires, tels que le paramétrage de la dotation paramétrique et les CPG avec les indicateurs.

Notre objectif est au final que l'ASS soit lisible et visible. Aussi, nous développons des outils de pilotage, afin de mieux connaître les prestations servies et nos bénéficiaires. Les basses ressources sont toutefois difficilement accessibles hors CMUC. Nous cherchons également à mieux connaître les pratiques locales.

Enfin, nous souhaitons nous appuyer sur l'accompagnement social, dans la mesure où nous disposons d'un réseau social comptant 2 800 agents dans 1 700 points d'accueil, et qui est en contact avec 500 000 bénéficiaires. Il leur revient donc de drainer les populations en difficulté vers l'ASS.

Il convient de mieux faire connaître l'ASS, qu'elle soit harmonieuse au niveau du territoire tout en préservant votre espace de liberté.



### **Philippe LAMBERT, représentant FNATH à la CPAM du Loiret**

Nous avons mis en place dans le Loiret une ACS+ et une prime à la première adhésion. Nous n'avons toutefois pas vocation à accorder cette dernière de façon pérenne. Notre département compte par ailleurs 90 000 personnes non couvertes par une complémentaire (17 % de la population) et nous peinons à atteindre l'objectif de 2,3 %. Comment ajuster la communication à un juste niveau, dans la mesure où nous sommes contraints par des enveloppes fermées ?

### **Régine CONSTANT**

Nous avons voulu créer un indicateur, afin de sortir de la logique de l'assistance. S'agissant de l'ACS, nous voulons aider l'assuré dans le choix de sa complémentaire, car celui-ci doit faire face à un véritable parcours du combattant.

### **Magali LEO**

Le taux d'effort pour bénéficier d'une complémentaire est plus élevé chez les personnes de revenus modestes. Or ces derniers n'accèdent pas à des garanties

aussi élevées que les ménages plus aisés pour qui le taux d'effort est moins élevé. Ne finançons-nous pas un système qui, par nature, renforce les inégalités d'accès aux soins ?

### **Régine CONSTANT**

Nous avons fixé l'objectif d'établir avec les complémentaires un panier de soins, modulable en fonction de l'âge. Or les complémentaires s'y sont opposées.

### **Danièle DESCLERC-DULAC**

Je rappelle que nous étions parvenus à passer des accords avec des chirurgiens-dentistes

pour obtenir des prothèses dentaires à des tarifs au-delà du tarif de responsabilité, dont une partie était prise en charge sur le budget d'action sanitaire et sociale.

### **Christiane FERRIEUX, représentante UDAF à la CPAM de Digne-les-Bains**

Nous nous apercevons que les CPAM n'utilisent pas suffisamment le Service social.

### **Régine CONSTANT**

Le Service social est un service de proximité. Théoriquement, la CPAM envoie des signalements au Service social, qui fait une offre de service systématique.

## **Synthèse et élaboration de propositions**

### **Christian SAOUT**

Nous nous apercevons que nos concitoyens rencontrent des difficultés pour payer l'aide à la complémentaire santé et que les crédits de l'ASS sont utilisés pour d'autres actions que le financement de la complémentaire.

J'ai compris que des règles de souplesse étaient nécessaires pour chaque Caisse. Quoi qu'il en soit, il est nécessaire, pour des raisons de justice sociale, que les Caisses servent les différentes populations de manière comparable.

L'accès à la complémentaire, notamment pour une part de plus en plus importante de la population, pose aujourd'hui problème. Dans ce contexte, nous devons nous poser la question d'un droit à la complémentaire. Une deuxième question porte sur la

régulation des commissions sociales. Enfin, l'encadrement de tarifs et de prestations s'avère nécessaire. Sur ce point, deux visions s'opposent : l'une défend le principe selon lequel les prix ne doivent pas être encadrés ; la seconde considère qu'il ne s'agit pas d'un marché comme un autre.



## De la salle, Val-d'Oise

La question de la complémentaire doit selon moi être posée différemment : pourquoi sommes-nous réduits en France à avoir recours à des complémentaires ? Le Gouvernement décide en effet que la Sécurité sociale se désengage de certains remboursements.

## Véronique POZZA

Un projet de présentation de devis des dentistes faisant apparaître le coût de la prothèse avait été envisagé. Ce projet n'a pas abouti. Or cet élément aurait permis que certains professionnels évitent d'augmenter à l'infini le tarif de leurs prestations. Néanmoins, l'utilisateur de la santé devrait pouvoir connaître le coût réel.

## Christian SAOUT

Nous ne sommes pas parvenus à faire passer cette mesure, qui a été rejetée par l'Assemblée nationale.

## De la salle

Le Conseil national de la consommation avait émis en 2005 un avis demandant que figure sur le devis de prix des prothèses. Le combat ne date donc pas d'hier et le lobbying est toujours aussi efficace.

## Pierre GUILLOT, représentant UDAF à la CPAM des Yvelines

Nous nous apercevons que de nombreux devis dentaires sont inférieurs au barème fixé par la CPAM.

## Christian SAOUT

Il convient dorénavant d'attendre le passage d'une autre loi. En outre, la qualité du matériau est également à prendre en compte.

## Magali LEO

Le prix des médicaments n'est pas libre. Pourquoi ne le seraient-ils pas concernant les dispositifs médicaux ?

## Christian SAOUT

Il s'agit d'un sujet de société, qui n'a pas pris, à ce jour, l'ampleur d'un sujet de consommation.



## De la salle, Val-d'Oise

Face au docteur ou au chirurgien, le citoyen est démuné et en position d'infériorité. Un système coercitif est donc nécessaire.

## Philippe LAMBERT

Quatre catégories d'appareils auditifs existent. Aussi, un panel élargi de tarifs pourrait être exploré. Un travail de prospection auprès des fournisseurs permettrait de dégager un tarif moyen par catégorie d'appareil.

## Jean PERRIN, représentant CISS à la CPAM de Meurthe-et-Moselle

Je souhaite souligner l'efficacité des commissions pénalités, devant lesquelles passent des professionnels de santé ayant fauté, en pratiquant, par exemple, des tarifs excessifs

## **Magali LEO**

Nous n'avons malheureusement pas beaucoup de retours sur ces commissions pénalités dans la mesure où les représentants d'usagers n'y sont généralement pas admis

## **Odile PELLE PRINTANIER, représentante UDAF à la CPAM du Loiret**

Le nombre de chirurgiens-dentistes conseils dans les Caisses est insuffisant. En outre, toutes les associations de consommateurs doivent être impliquées dans ce dossier.

## **Christian SAOUT**

Je constate qu'un référentiel moyen sur les prix s'avère nécessaire.

## **Magali LEO**

Nous nous sommes aperçus que les charges des usagers ne sont pas prises en compte dans les commissions.

## **Claire BAZIN, représentante CISS à la CPAM des Côtes-d'Armor**

Nous demandons au minimum un canevas commun.

### **De la salle**

Dans les commissions de surendettement, nous avons relevé une hétérogénéité dans les accès. Aussi, nous avons harmonisé les conditions d'accès. Une harmonisation des ressources et des charges dans les CASS est également souhaitable.

## **Régine CONSTANT**

Nous avons défini un quotient familial type, acté par le Conseil du mois de mars.

## **Christian SAOUT**

Je note que les trois sujets principaux sont la régulation des prix, un socle commun des CASS, une plus grande connaissance par nos concitoyens de l'existence des commissions d'action sociale.



### **De la salle**

A force de vouloir harmoniser, ne risquons-nous pas de perdre le contrôle de ces commissions, qui deviendraient administratives ? En cas de demande d'aide, nous menons une enquête sociale, qui est déterminante.

## **Christian SAOUT**

L'objectif n'est pas d'intervenir sur les barèmes. Il convient en revanche, dans le cas des revenus par exemple, de prendre en compte la même période.

## **Saïda MAACHI, représentante CISS à la CPAM du Nord**

Comment est calculé le ratio si les charges ne sont pas prises en compte ?

## **Véronique POZZA**

Aucun ratio n'est pris en compte en Vendée ; seules les ressources le sont.

## De la salle

Le délai de carence dans les hôpitaux psychiatriques devrait être abordé.



## Christian SAOUT

Il s'agit d'un sujet certes important, mais différent.

## De la salle

Nous prenons en compte, à la CPAM de Paris, le reste-à-vivre. En revanche, nous ne voulons pas d'un système de calcul nous retirant toute légitimité d'intervention.

## Christian SAOUT

Le ticket modérateur français est l'un des plus élevés d'Europe (30 % contre 16 % en moyenne). Aussi, une assurance complémentaire est nécessaire. Dès lors, la question est de savoir si cette assurance doit être laissée au choix de chacun ou si nous devons faire en sorte qu'elle devienne un droit.

## De la salle

Je suis contre le système des mutuelles et des complémentaires. De plus, les associations de consommateurs expliquent qu'un comparatif des complémentaires n'est pas pertinent, dans la mesure où les couvertures ne sont pas les mêmes.

## De la salle

La Sécurité sociale remboursera bientôt moins que les complémentaires. Il convient en outre de souligner que les personnes bénéficiaires de l'ACS ne sont souvent pas aptes à choisir une complémentaire.

## Jean-Pierre LACROIX

Il est question d'un troisième payeur. Or il n'existe en réalité qu'un seul payeur : les ménages. Nous assistons depuis plusieurs années à l'augmentation du reste-à-charge au détriment des personnes malades. Je ne défends pas les complémentaires, mais nous devons donc trouver un système permettant de couvrir au mieux les usagers.

## Philippe LAMBERT

La tendance est aujourd'hui à un partage entre le système obligatoire et le système complémentaire. Nous devons donc être en mesure d'accompagner cette évolution, afin d'éviter des dérives tarifaires.

## De la salle, Morbihan

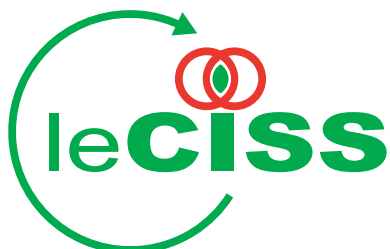
Je ne suis pas d'accord avec Jean-Pierre Lacroix, dans la mesure où le principe de la Sécurité sociale est que chacun cotise à la hauteur de ses moyens, ce qui n'est pas du tout le cas pour les mutuelles.

## Christian SAOUT

En synthèse, je relève deux sujets importants :

- Le premier porte sur un socle commun de règles et de références méthodologiques ;
- Le second concerne le prix de la santé. Je constate en revanche que la question de la complémentaire ne fait pas l'unanimité.

*La séance est levée à 16 h 40.*



Collectif Interassociatif Sur la Santé

Le CISS, Collectif Interassociatif Sur la Santé, regroupe près de 40 associations intervenant dans le champ de la santé à partir des approches complémentaires d'associations de personnes malades et handicapées, d'associations de consommateurs et de familles, d'associations de personnes âgées et retraitées.

Les associations membres sont au nombre de 37 :

**ADMD** (Association pour le droit de mourir dans la dignité) - **AFD** (Association française des Diabétiques) - **AFH** (Association française des Hémophiles) - **AFM** (Association française contre les Myopathies) - **AFPric** (Association française des Polyarthritiques) - **AFVS** (Association des familles victimes du saturnisme) - **AIDES** - **Allegro Fortissimo** - **Alliance du Cœur** - **Alliance Maladies Rares** - **ANDAR** (Association nationale de défense contre l'arthrite rhumatoïde) - **APF** (Association des Paralysés de France) - **AVIAM** (Association d'aide aux victimes d'accidents médicaux) - **CSF** (Confédération syndicale des familles) - **Epilepsie France** - **Familles Rurales** - **FFAAIR** (Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires) - **FNAIR** (Fédération nationale des associations d'insuffisants rénaux) - **FNAPSY** (Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie) - **FNAR** (Fédération nationale des associations de retraités et préretraités) - **FNATH** - **Association des accidentés de la vie** - **France Alzheimer** - **France Parkinson** - **Le LIEN** (Association de lutte, d'information et d'étude des infections nosocomiales) - **Les Aînés Ruraux** - **Ligue Contre le Cancer** - **Médecins du Monde** - **ORGEKO** (Organisation générale des consommateurs) - **SOS Hépatites** - **Transhépate** - **UAFLMV** (Union des associations françaises de laryngectomisés et mutilés de la voix) - **UNAF** (Union nationale des associations familiales) - **UNAFAM** (Union nationale des amis et familles de malades psychiques) - **UNAFTC** (Union nationale des associations de familles de traumatisés crâniens et cérébro-lésés) - **UNAPEI** (Union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées) - **UNRPA** (Union nationale des retraités et personnes âgées) - **Vaincre la Mucoviscidose**

C'est la volonté de faire coïncider ces différentes approches qui a présidé à la création du CISS en 1996, pour lui permettre de devenir aujourd'hui un interlocuteur crédible représentant et défendant les intérêts communs à tous les usagers du système de santé au-delà de tout particularisme.

#### NOS PRINCIPAUX OBJECTIFS :

- **Informier** les usagers du système de santé sur leurs droits en matière de recours aux établissements et aux professionnels de santé ainsi qu'aux organismes de protection sociale (Assurance maladie et mutuelles ou assurances complémentaires).
- **Former** des représentants d'usagers afin de les aider à jouer un rôle actif dans les instances où ils siègent, en rendant leur présence à la fois reconnue et pertinente.
- **Observer** en continu les transformations du système de santé, analyser les points posant problème et définir des stratégies communes pour obtenir des améliorations dans l'accueil et la prise en charge des personnes, et ce, quelle que soit la structure.
- **Communiquer** nos constats et nos revendications pour conforter le CISS en tant qu'interlocuteur privilégié et représentatif des usagers du système de santé, afin de toujours porter avec plus de force la défense d'une prise en charge optimale de ces derniers.



**lundi, mercredi et vendredi**  
de 14 h à 18 h

**mardi et jeudi**  
de 14 h à 20 h

Tél. : 0 810 004 333 (n° Azur)

ou

Tél. : 01 53 62 40 30

[santeinfodroits@leciss.org](mailto:santeinfodroits@leciss.org)

[www.leciss.org/sante-info-droits](http://www.leciss.org/sante-info-droits)



10, villa Bosquet - 75007 Paris

Tél. : 01 40 56 01 49

Fax : 01 47 34 93 27

[contact@leciss.org](mailto:contact@leciss.org)

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

