

# Maladie

## Refus de versement d'IJ à une élue locale n'ayant pas interrompu cette fonction

La CRA a refusé le versement d'IJ maladie à une salariée agricole au motif qu'elle a exercé et perçu des indemnités afférentes à ses fonctions d'élue territoriale (elle est adjointe au maire) pendant l'arrêt prescrit.

La requérante avance qu'elle n'avait pas connaissance de l'obligation de cesser ses fonctions d'élue et qu'elle les aurait d'ailleurs exercées a minima, se contentant de répondre aux sollicitations téléphoniques de ses administrés. Elle requiert par conséquent le bénéfice du droit à l'erreur tel qu'il a été instauré par la loi Essoc de 2018.

Lorsqu'un élu local, par ailleurs affilié auprès d'une caisse de sécurité sociale au titre d'une activité professionnelle salariée du secteur privé, est placé en congé maladie, il est soumis aux dispositions de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale qui encadre le versement des indemnités journalières auxquelles il a droit. Cet article prévoit que le salarié doit notamment observer les prescriptions du praticien, se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical, respecter les heures de sortie accordées et s'abstenir de toute activité non autorisée.

Depuis la loi n° 2019-1461 du 27 décembre 2019 relative à l'engagement dans la vie locale et à la proximité de l'action publique, il est possible de concilier arrêt maladie et exercice d'une fonction d'élue ; l'article L 323-6 du code de la sécurité sociale a été modifié en conséquence. La requérante soulignait à ce propos qu'il est délicat, en particulier dans les petites communes, de cesser tout engagement auprès de la population. Néanmoins la poursuite de l'activité n'est pas sans condition ; elle doit être autorisée par le médecin qui doit s'assurer que le travail – l'engagement dans le cadre d'un mandat politique local en l'occurrence – n'est pas contre-indiqué.

Ainsi, lorsque le médecin estime que la poursuite des fonctions est compatible avec l'arrêt maladie, l'élue peut continuer à exercer les missions liées à son mandat et à percevoir ses indemnités de fonction. Dans un tel cas le médecin doit cocher la case « activités autorisées » du formulaire d'arrêt de travail. En revanche, en l'absence d'autorisation écrite du médecin, l'élue local qui continue d'exercer ses fonctions électives durant la période d'arrêt maladie peut se voir réclamer le remboursement des indemnités journalières perçues à ce titre.

À la demande du Médiateur, la requérante a pu obtenir de son médecin une attestation dans laquelle il indique que le repos prescrit n'était pas incompatible avec l'exercice de l'activité d'élue ainsi qu'un duplicata de l'arrêt et de ses prolongations où il a coché la case « activité autorisée ». Ces nouveaux éléments ont permis de recueillir l'accord de la direction de la CMSA.



## Refus de prise en charge d'un transport en ambulance pour une personne en ALD

**Monsieur X** a saisi le Médiateur au sujet du refus de prendre en charge des frais transport réalisé en ambulance, en lien avec une consultation d'ophtalmologie réalisée à l'hôpital.

La CRA a justifié son refus par le fait que la prescription de transport aurait dû être rédigée a priori et non le jour même de la réalisation du transport.

À l'appui de sa saisine, M. X précisait être grabataire et avoir de graves problèmes visuels pour lesquels il doit se rendre régulièrement à l'hôpital ; compte tenu de cette situation, il ne peut s'y rendre qu'en ambulance.

Comme il le fait habituellement dans ce type de dossiers, le Médiateur a rappelé que les pouvoirs publics ont progressivement (en 2006 puis 2011) pris des dispositions tendant à renforcer la maîtrise de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie, parmi lesquelles les dépenses liées au transport des patients représentent un enjeu financier important. Au regard des situations pouvant faire l'objet d'un remboursement qui figurent à l'article R 322-10 du code de la sécurité sociale, le transport de M. X était bien lié à des soins relatifs à son ALD et ne nécessitait donc pas d'accord préalable de la caisse.

Toutefois, comme l'a indiqué la CRA, l'article R 322-10-2 du code de la sécurité sociale dispose que seulement « *En cas d'urgence, la prescription médicale peut être établie a posteriori* ». Cela signifie a contrario que, lorsque l'urgence n'est pas invoquée, la prescription doit être rédigée préalablement au transport. La CRA a cité fort justement à l'appui de cette interprétation une décision de la Cour de cassation (Civ. 2<sup>e</sup>, 15 sept. 2016, n° 15-24.772) qui confirme sa validité. La décision prise par la CRA apparaissait donc fondée en droit. Pour autant, plusieurs éléments contextuels paraissaient particulièrement importants : – l'âge et la situation de santé dégradée de l'assuré (mal voyant et grabataire) qui le faisaient dépendre d'un tiers pour effectuer ses démarches administratives ;

- la responsabilité du caractère tardif de la prescription relevant du prescripteur et non de l'assuré ;
- la charge significative que constituait le coût du transport au regard de la modicité de la pension de retraite perçue par l'assuré ;
- le fait qu'il s'agisse d'une première erreur de ce type.

C'est pourquoi le Médiateur a recommandé la prise en charge des frais de transport au nom de l'équité, à titre exceptionnel, ce que la direction de la CMSA a accepté.

### **Refus de prise en charge de frais de transport en taxi non conventionné**

**Madame X** a saisi le Médiateur de son litige concernant un refus de remboursement de frais de transport en taxi pour se rendre à une polyclinique.

Le transport avait pourtant fait l'objet d'une prescription du médecin pour un aller-retour et était en rapport avec l'affection de longue durée de la requérante, ce que la caisse ne contestait d'ailleurs pas. La CRA a cependant refusé le remboursement du trajet retour en taxi car ce dernier était un véhicule non conventionné par l'assurance maladie. Du strict point de vue juridique, le refus était donc justifié.

En revanche, le Médiateur a interrogé la direction de la CMSA sur la pertinence d'une approche en équité. Mme X est en effet sortie de clinique à minuit passé ; le secrétariat de la clinique a alors appelé un taxi qui s'est avéré être non conventionné, ce dont l'assurée n'était cependant pas avertie. La clinique lui a dit par la suite qu'aucun taxi conventionné n'était à cette heure disponible.

La direction de la CMSA a précisé au Médiateur que, lors de l'examen du dossier par la CRA, l'heure de sortie de la clinique n'avait pas été mentionnée et que si cela avait été fait, cela aurait pu permettre une approche en équité. Ce nouvel élément a conduit la direction à donner son accord pour prendre en charge le transport de façon dérogatoire.

## **Prestations familiales/ minima sociaux**

### **Suspension de l'AAH pour défaut de demande de prestations prioritaires**

Les ressortissants, dans deux dossiers différents, ont saisi leurs CMSA respectives concernant la suspension de leur allocation adulte handicapé (AAH).



Les CRA avaient confirmé les décisions de rejet des services des CMSA en concluant à la bonne application de la réglementation de la part de la caisse. Elles précisait que les assurés n'avaient pas, dans les délais impartis, réalisé les formalités nécessaires pour faire valoir leurs éventuels avantages prioritaires au droit à l'AAH, en l'occurrence l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) et la pension d'invalidité (PI).

À l'appui de leurs saisines, les assurés avançaient qu'ils s'étaient trouvés dans l'incapacité de remplir plus tôt leurs dossiers de demande d'ASI/PI. L'un des deux faisait par ailleurs référence à une jurisprudence de la Cour d'appel de Montpellier (19/05695 du 19 octobre 2022) selon laquelle le versement d'arriérés d'AAH pour la période pendant laquelle la prestation avait été suspendue devrait être accordé.

Le Médiateur a rappelé de façon liminaire que, selon les dispositions de l'article L. 821-1 du code de la sécurité sociale, l'AAH est une prestation subsidiaire, c'est-à-dire qu'elle est attribuée à la personne handicapée qui ne peut prétendre à un avantage de droit propre de vieillesse ou d'invalidité, ou à une rente AT, auprès d'un régime de sécurité sociale, d'un régime de pension de retraite ou d'une législation particulière.

À ce titre les caisses de MSA invitent par courrier les demandeurs de l'AAH à faire d'abord valoir leurs droits personnels, prioritaires sur l'AAH, en particulier au titre de l'invalidité. À compter de la date d'envoi de ce courrier d'incitation, un délai de trois mois est laissé au demandeur pour faire valoir ses droits éventuels. Pendant ce délai, l'AAH est versée à titre d'avance et est maintenue, même si le bénéficiaire refuse de faire valoir ses droits. En revanche à l'issue de ce délai, si le bénéficiaire n'a engagé aucune démarche ou ne l'a pas finalisée, le versement de l'AAH est automatiquement suspendu.

Dans l'un des deux cas, le requérant avait répondu trop tardivement, dans l'autre il n'avait pas répondu du tout. Pour autant, après analyse de la réglementation et lecture de la jurisprudence, le Médiateur a estimé que le manque de diligence ne suffisait pas à légitimer la suspension de l'AAH par la caisse.