

## **BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES**



### **Édition Chronologique n° 80 du 16 octobre 2020**

TEXTE RÉGLEMENTAIRE PERMANENT

Texte 12

#### **CIRCULAIRE n° 19225/ARM/SGA/DRH-MD**

relative à l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires.

Du 12 octobre 2020

**CIRCULAIRE n° 19225/ARM/SGA/DRH-MD relative à l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires.**

Du 12 octobre 2020

N O R A R M S 2 0 5 5 4 8 3 C

*Référence(s) :*

➤ [Loi N° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État \(1\)](#).

Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 (A) de financement de la sécurité sociale pour 2019

➤ [Décret N° 2007-51 du 11 janvier 2007 relatif à l'action sociale des armées.](#)

Procès-verbal du 2 octobre 2020 relatif au vote du Conseil Central de l'Action Sociale pour le projet de circulaire relative à l'aide en santé pour les jeunes recrues civiles et militaires

*Pièce(s) jointe(s) :*

Deux annexes.

Trois imprimés répertoriés.

*Classement dans l'édition méthodique :*

BOEM [520.3](#).

*Référence de publication :*

## DESTINATAIRES :

ETATS-MAJORS, DIRECTIONS ET SERVICES DU MINISTERE DES ARMEES, DIRECTION GENERALE DE LA GENDARMERIE NATIONALE

**Préambule.**

La présente circulaire a pour objet de définir le champ et les modalités d'application de la prestation d'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires, entrées en service au sein du ministère des armées ou de la gendarmerie nationale entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 31 décembre 2020. Ce dispositif visant à inciter les jeunes à souscrire un contrat individuel leur garantissant une protection complémentaire santé n'a pas de caractère pérenne au-delà de 2020. Son éventuel élargissement à l'année 2021 sera tributaire des ressources budgétaires annuelles.

**1. OBJECTIF.**

L'aide en santé aux jeunes recrues (ASJR) est une aide financière individuelle destinée aux recrues civiles et militaires âgées de moins de 35 ans effectuant leur première année de service au sein du ministère des armées ou de la gendarmerie nationale, afin de faciliter leur accès à un contrat individuel de couverture santé.

**2. BÉNÉFICIAIRES DE L'AIDE.**

Sous réserve des prescriptions de la présente circulaire, l'ASJR peut être attribuée aux bénéficiaires de l'action sociale des armées (ASA) énumérés ci-après :

- personnel militaire du ministère des armées et de la gendarmerie nationale, y compris servant au titre du service militaire adapté ;
- personnel civil relevant du ministère des armées en activité, à l'exception des agents contractuels recrutés au titre de l'article 6 sexies de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;
- personnel civil employé par un établissement public dont le ministère des armées assure la tutelle, sous réserve qu'une convention ait été conclue entre cet établissement et le ministère des armées, mentionnant l'ASJR parmi la liste des prestations sociales auxquelles ont accès ces agents.

**3. CONDITIONS D'ATTRIBUTION.**

Les conditions d'attribution énumérées ci-dessous sont cumulatives :

- avoir souscrit à un contrat individuel de couverture santé auprès d'un organisme assureur soit avant l'entrée en service au ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale soit dans l'année qui suit cette entrée en service ;
- être âgé de moins de 35 ans à la date d'entrée au ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale ;
- commencer sa première année de service au ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale entre le 1<sup>er</sup> janvier 2020 et le 31 décembre 2020, pour les agents contractuels, la date d'entrée en service s'apprécie à la date du premier contrat de travail, notamment en cas de renouvellement. En cas de contrats de travail non immédiatement successifs, la date retenue est celle du dernier contrat signé ;
- avoir au moins 6 mois d'ancienneté de service au ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale à la date de demande de l'aide ;
- ne pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire délivrée par l'assurance maladie au sens de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019.

**4. MONTANT DE L'AIDE.**

L'ASJR se traduit par une participation financière du ministère des armées à la cotisation annuelle d'un contrat individuel de couverture santé, d'un montant

forfaitaire de 190 euros.

## **5. MODALITÉS DE TRAITEMENT DE LA DEMANDE.**

### **5.1. La procédure de demande.**

Pour bénéficier de l'ASJR, le demandeur dépose un dossier auprès de l'assistant de service social chargé de vérifier que les conditions d'accès à l'aide sont réunies. Le dépôt doit être réalisé dans les 12 mois qui suivent la date d'entrée en service au ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale.

La demande est formulée au moyen de l'imprimé « Demande d'attribution de l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires » (imprimé n° 520/93) disponible auprès de l'antenne d'action sociale <sup>(1)</sup>. Elle est accompagnée de l'attestation de services au ministère des armées ou à la gendarmerie nationale (imprimé n° 520/95) et de l'appel de cotisation du contrat individuel de couverture santé établi par l'organisme assureur.

### **5.2. Le traitement de la demande.**

Le dossier est transmis au centre territorial d'action sociale (CTAS), au centre d'action sociale d'outre-mer (CASOM) ou à l'échelon social interarmées (ESIA) auquel est rattaché l'antenne d'action sociale ayant reçu la demande.

Le directeur du CTAS, le directeur du CASOM ou le chef d'ESIA décide de l'attribution ou du refus de l'aide au moyen de l'imprimé n°520/94, puis notifie sa décision au demandeur.

En cas d'attribution, le directeur du CTAS, le directeur du CASOM ou le chef d'ESIA transmet la décision de paiement, figurant en annexe I., à l'institution de gestion sociale des armées (IGESA) qui effectue le paiement sous forme d'un virement du montant de l'aide sur le compte bancaire indiqué par le demandeur.

## **6. APPLICATION.**

Le chef du service de l'action sociale des armées est chargé de l'application de la présente circulaire qui sera publiée au *Bulletin officiel des armées*.

Pour la ministre des armées et par délégation :

*Le vice-amiral d'escadre,  
directeur des ressources humaines du ministère de la défense,*

Philippe HELLO

### **Notes**

<sup>(A)</sup> n.i BO ; JO n° 297 du 23 décembre 2018, texte n° 3.

<sup>(1)</sup> Les imprimés peuvent également être téléchargés depuis intradef, le portail internet e-social des armées ([www.e-socialdesarmees.fr](http://www.e-socialdesarmees.fr)) et le portail internet des familles du ministère des armées ([www.defense.gouv.fr/familles](http://www.defense.gouv.fr/familles) onglet « votre espace »).

### **ANNEXES**

## ANNEXE I.

# DÉCISION DE PAIEMENT DE L'AIDE EN SANTÉ DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES POUR LES JEUNES RECRUES CIVILES ET MILITAIRES.

MINISTÈRE DES ARMÉES  
Secrétariat général pour l'administration  
Direction des ressources humaines du ministère de la Défense  
Service de l'action sociale des armées

### AIDE EN SANTÉ DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES POUR LES JEUNES RECRUES CIVILES ET MILITAIRES.

Décision de paiement n° ..... du .....

Par décision d'attribution .....

Le directeur / le chef de .....

a accordé au titre de la prestation « AIDE EN SANTÉ DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES POUR LES JEUNES RECRUES CIVILES ET MILITAIRES » un montant de : ..... euros à :

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Adresse électronique : .....

Position statutaire <sup>(1)</sup> : .....

NOM et prénom du bénéficiaire de la prestation : .....

A ce titre, le paiement de la somme de ..... euros est décidé au profit :

- du ressortissant
- de l'ayant droit
- du tuteur légal
- du prestataire

Bénéficiaire du versement :

Nom : .....

Adresse : .....

Adresse électronique : .....

Le montant de ..... € est à payer :

- Par virement bancaire sur le compte désigné ci-après :
- Par virement bancaire sur le compte du tiers désigné ci-après :

IBAN ..... BIC .....

- Par chèque bancaire / Mandat

A ....., le .....

Nom et qualité du signataire

DESTINATAIRE :  
IGESA

Copies à :

- ressortissant et bénéficiaire du versement.

<sup>(1)</sup> R ressortissant du ministère des armées ou de la gendarmerie nationale, ou personnel civil employé par un établissement public sous tutelle du ministère des armées (indiquer clairement le nom de l'établissement).

## ANNEXE II.

### LISTE DES IMPRIMÉS RÉPERTORIÉS.

Imprimé n° 520/93 Demande d'attribution de l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires.

Imprimé n° 520/94 Décision d'attribution ou de refus d'attribution de l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires.

Imprimé n° 520/95 Attestation de services au ministère des armées ou à la gendarmerie nationale.

**DEMANDE D'ATTRIBUTION DE L'AIDE EN SANTÉ DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES  
POUR LES JEUNES RECRUES CIVILES ET MILITAIRES.**

**I - RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU DEMANDEUR.**

NOM : ..... NOM de naissance : .....

Prénom(s) : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Département <sup>(1)</sup> : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone professionnel : ..... Téléphone personnel : .....

Adresse électronique : .....

Situation familiale <sup>(2)</sup> :  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubin(e)  Célibataire  
 Veuf(x)  Divorcé(e)  Séparé(e)

Armée, direction ou service d'appartenance <sup>(2)</sup> :

Terre  Marine  Air  SGA  EMA et services communs  DGA  Gendarmerie

Etablissement public <sup>(3)</sup> : .....

Autres <sup>(3)</sup> : .....

Catégorie professionnelle <sup>(2)</sup> :

Officier  Sous-officier ou officier marinier  Militaire du rang

Civil A  Civil B  Civil C  Ouvrier de l'État  Contractuel

Position statutaire <sup>(4)</sup> : .....

**II - RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'AIDE.**

Date d'entrée en service au ministère des armées ou dans la gendarmerie nationale : .....

Ma souscription à un contrat individuel de couverture santé <sup>(2)</sup> :

est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2020

date du ...../...../20.....

Je souhaite que la décision d'attribution ou de refus de ma demande d'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires me soit adressée <sup>(2)</sup> :

Par voie postale ou  Par courriel à l'adresse électronique sus mentionnée

(1) Ou collectivité d'outre-mer ou pays si né(e) hors de France.

(2) Cocher la case utile.

(3) Indiquer obligatoirement et clairement le nom de l'établissement ou de l'organisme.

(4) Activité ou non-activité. Si non-activité, préciser.

Verso

**III. DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL.**

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations dont la finalité est : la gestion et le suivi de l'accompagnement social, des demandes d'aides et de prestations d'action sociale délivrées au profit des ressortissants du ministère des armées et l'élaboration de statistiques aux fins de pilotage de la politique d'action sociale du ministère des armées en vue d'améliorer la qualité du service rendu aux ressortissants.

La durée de conservation des informations est de deux ans après la dernière intervention effectuée pour le ressortissant puis ces informations sont anonymisées et reversées pour archivage.

Conformément aux dispositions du règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation de vos données.

En cas de demande d'accès à vos données traitées par le SIAS et en cas de demande de rectification de ces données, vous devez vous adresser, par courrier postal, à l'assistant de service social dont vous dépendez qui transmettra votre demande au service de l'action sociale des armées pour décision.

Si vous vous opposez au traitement de vos données, cette prestation, présente dans le SIAS, ne peut vous être délivrée.

**IV. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR.**

Je soussigné(e), .....

- certifie sur l'honneur :
  - l'exactitude des renseignements mentionnés ci-dessus et des pièces justificatives fournies ;
  - ne pas bénéficier de la complémentaire santé solidaire délivrée par l'assurance maladie ;
- reconnais avoir été informé(e) que les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique dans le système d'information de l'action sociale (SIAS) destiné à l'usage interne de l'action sociale des armées et de l'organisme chargé du paiement des prestations ;
- sollicite le bénéfice de la prestation sus-indiquée.

La dote sera versée sur le compte bancaire suivant (Joindre un RIB ou RIP) :

[ ..... ] [ ..... ]  
IBAN BIC

Nom et adresse de la banque : .....

Fait à ..... le .....  
Signature

**PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE.**

- Attestation de service au ministère des armées ou à la gendarmerie nationale (imprimé 520/95).
- Appel de cotisation du contrat individuel de couverture santé établi par l'organisme assureur.

**DÉCISION D'ATTRIBUTION OU DE REFUS D'ATTRIBUTION DE L'AIDE EN SANTÉ  
DE L'ACTION SOCIALE DES ARMÉES POUR LES JEUNES RECRUES CIVILES ET MILITAIRES.**

Décision n° .....<sup>(1)</sup> du .....

Au vu de la demande déposée le ..... par :  
NOM : ..... NOM de naissance : .....  
Prénom(s) : .....  
Né(e) le ..... à : ..... Département <sup>(2)</sup> : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....

- Le directeur du centre territorial d'action sociale de .....  
 Le directeur du centre d'action sociale d'outre-mer de .....  
 Le chef d'échelon social interarmées de .....

**décide**

- de** l'attribution de l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires d'un montant de : ..... Euros  
 **du** refus de l'attribution de l'aide en santé de l'action sociale des armées pour les jeunes recrues civiles et militaires pour le motif suivant : .....

**Voies et délais de recours :**

S'agissant du personnel civil, la présente décision peut être contestée en exerçant un recours administratif auprès de l'auteur de la décision contestée et/ou auprès du chef du service de l'action sociale des armées, dans les deux mois suivant la notification de la décision écrite. Un recours contentieux peut également être exercé devant le tribunal administratif territorialement compétent, dans un délai de deux mois à compter soit de la notification de la décision, soit de la nouvelle décision explicite ou implicite prise par l'administration, si un recours administratif a été formé.

S'agissant du personnel militaire, la présente décision peut être contestée en exerçant un recours administratif auprès de l'auteur de la décision contestée et/ou auprès du chef du service de l'action sociale des armées. Par ailleurs, la présente décision peut également faire l'objet d'un recours administratif préalable auprès de la commission des recours des militaires (CRM). Le recours gracieux et/ou hiérarchique et l'éventuel recours administratif préalable doivent être exercés dans un délai de deux mois à compter de la date de notification de la présente décision. La saisine de la CRM est un préalable obligatoire à l'exercice d'un recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.

Le service de l'action sociale des armées engage les ressortissants insatisfaits de la présente décision à opérer un recours administratif auprès du chef du service de l'action sociale des armées, avant de saisir la CRM.

Signature, nom et cachet de l'autorité habilitée

DESTINATAIRE : demandeur

- (1) Numéro attribué par le système d'information de l'action sociale.  
(2) Ou collectivité d'outre-mer ou pays à né(e) hors de France.

**ATTESTATION DE SERVICES  
AU MINISTÈRE DES ARMÉES OU À LA GENDARMERIE NATIONALE**

Le <sup>2</sup> .....

certifie que M <sup>3</sup> .....

est entré(e) en service le ...../...../20.....<sup>4</sup>

- au ministère des armées  
 à la gendarmerie nationale (pour les militaires uniquement)

Fait à ..... le ..... 20 .....

(cachet et signature)

<sup>1</sup> Cachet de l'autorité délivrant le certificat.

<sup>2</sup> Commandant d'unité, chef d'établissement ou de service.

<sup>3</sup> À compléter par Monsieur ou Madame suivi des NOM et prénom(s).

<sup>4</sup> Cocher la case utile.