



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

REUNION CNAM- PARTENAIRES

17 MARS 2022



ORDRE DU JOUR

ACTUALITÉS

PLATEFORME EN LANGUE DES SIGNES

SOINS URGENTS

NOUVEAUTÉS CONCERNANT LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

100% SANTÉ

MONPSY

BILAN 2021 DES MISSIONS ACCOMPAGNEMENT SANTÉ

01

ACTUALITÉS

RÉFUGIÉS UKRAINIENS

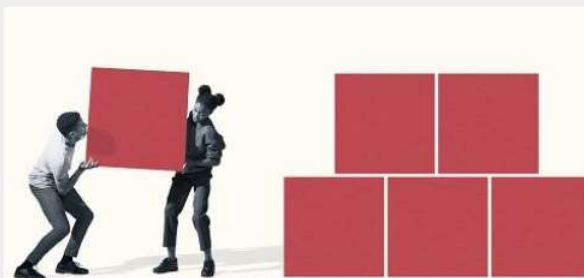
- **Protection temporaire**, permettant aux préfectures de délivrer une Autorisation Provisoire de Séjour à leur arrivée sur le territoire avec la mention « protection temporaire » dans l'attente de ce titre de séjour, en application de la directive 2001/55/CE.
- **Couverture maladie : protection universelle maladie + complémentaire santé solidaire non participative** (sans formulaire de demande, sans examen des ressources), sur présentation de l'autorisation provisoire de séjour. Pour les mineurs non mentionnés sur l'APS, nécessité de fournir le formulaire de rattachement des mineurs.
- **Ressortissants ukrainiens résidant en France (dont le titre de séjour a expiré et sera automatiquement prolongé) => protection universelle maladie, sur démarche proactive de l'assuré.** Les partenaires peuvent informer des Ukrainiens dans cette situation, si ces derniers se présentent auprès d'eux.
- **Ressortissants français rapatriés d'Ukraine ou de Russie, ainsi que leurs conjoints : protection universelle maladie dès leur arrivée en France, sans application du délai de carence.**
- **Mise en place de circuits électroniques sécurisés Préfectures / CPAM**, mais vigilance pour que l'information soit la plus fiable possible.
- **Centre d'accueil des réfugiés ukrainiens à Paris, 'hub' au Parc des Expositions Porte de Versailles d'ici fin de semaine.**
- **Organisation par guichet unique en cours de réflexion pour le reste du territoire.**
- **Un flyer (qui sera ensuite traduit par FTDA en ukrainien) est en cours de modélisation au niveau national.** Ce flyer sera à diffuser largement auprès des préfectures afin qu'elles le remettent systématiquement lors de la délivrance des APS, aux partenaires et différents opérateurs investis, ainsi qu'au sein des accueils des caisses.
- **Publication d'un article dans www.ameli.fr**

PAGES PARTENAIRES DANS LE SITE AMELI

Pages pour les partenaires de la solidarité dans le site www.ameli.fr.

<https://assurance-maladie.ameli.fr/qui-sommes-nous/partenaires-solidarite>

Nos partenariats : partenaires de la solidarité



De nombreux partenaires collaborent avec l'Assurance Maladie. Cette mobilisation collective permet de mieux guider les assurés dans le système de santé français. Pour les aider dans cette mission, les partenaires peuvent retrouver ici des informations utiles et des outils mis à leur disposition.

ÊTRE PARTENAIRE

Mieux comprendre les relations partenariales de l'Assurance Maladie et retrouver les outils et services mis à disposition des partenaires.

CONSULTER

S'INFORMER SUR LES PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE

Présentation des différentes prestations en fonction de la situation personnelle de l'assuré.

CONSULTER

RETROUVER LES CANAUX D'INFORMATION ET DE CONTACT

L'Assurance Maladie propose plusieurs canaux d'informations et de contact.

CONSULTER

02

LANGUE DES SIGNES

LE 3646 ACCESSIBLE EN LSF, TTRP, LFPC

Début avril prochain, le 3646 sera de nouveau accessible aux usagers sourds, malentendants, aphasiques, sourdaveugles ou présentant des problèmes d'élocution.

Ce service sera accessible sur www.ameli.fr.

Les assurés pourront choisir différents modes de communication (**LSF** : Langue des signes française, **TTRP** : Transcription en temps réel de la parole (par écrit), **LfPC** : Langue parlée complétée).

Ils seront mis en relation par visio-conférence avec un opérateur-relais, diplômé de la plateforme Elio Connect, bénéficiaire du marché.

Nos partenaires associatifs et représentants d'usagers ont été associés, et ont apportés leur expertise, notamment sur les contenus de communication (CO-actis, santé BD, SFSLS, FNSF).

EN PRATIQUE...

L'assuré pourra contacter le 3646 de chez lui, à partir de sa connexion Internet et de son ordinateur, ou de sa tablette ou smartphone, équipé d'une webcam et d'un micro. Il dispose de plusieurs moyens pour demander la mise en relation avec l'Assurance Maladie : **1/ soit en cliquant sur le pictogramme « oreille barrée » positionné sur toutes les pages du site ameli.fr (en header).**



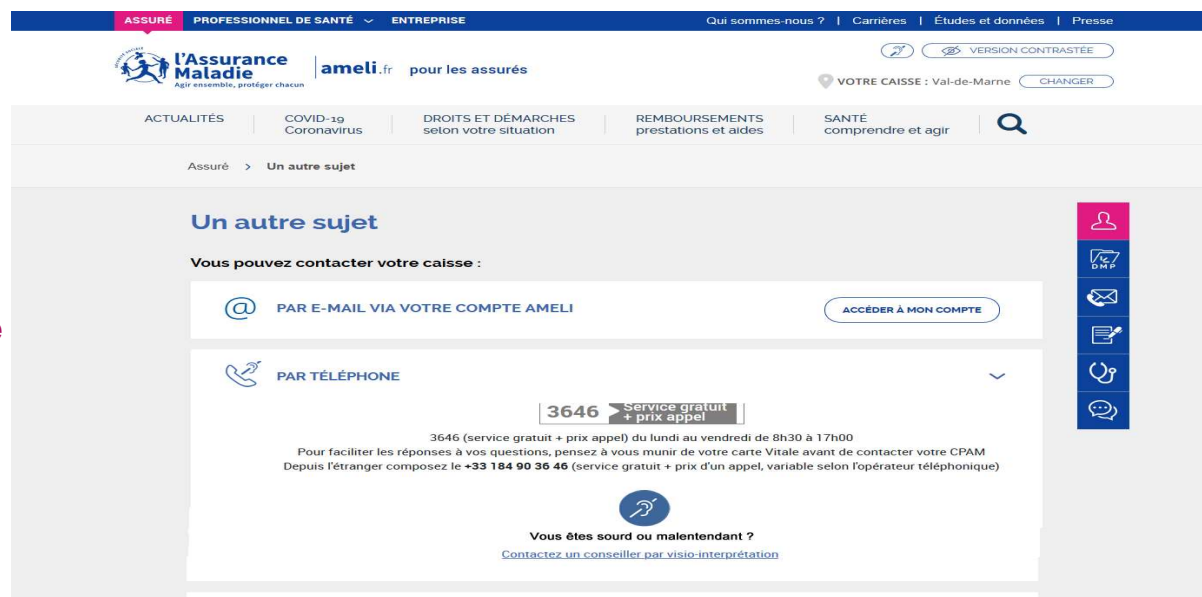
2/ Soit via le module de

contact

« Adresses et contacts »

lorsque le canal téléphonique

est proposé :



03

SOINS URGENTS

SOINS URGENTS ET VITAUX – CONTEXTE RÉGLEMENTAIRE

Le dispositif de prise en charge des soins urgents aux étrangers malades a été créé par l'article 97 de la Loi de Finances rectificative n°2003-1312 du 30 décembre 2003.

Selon l'article L.254-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles (modifié par la Loi n°2019-1479 du 28 décembre 2019), il s'agit de soins hospitaliers :

- dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou bien pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître;
- pour les étrangers résidant en France en situation irrégulière, sans pouvoir bénéficier de l'Aide Médicale de l'Etat, faute de remplir la condition de durée de séjour, ainsi qu'aux demandeurs d'asile majeurs, qui ne relèvent pas du régime général d'Assurance Maladie.

SOINS URGENTS ET VITAUX - CONTEXTE REGLEMENTAIRE

- L'instruction ministérielle du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants rappelle que les établissements de santé recherchent l'existence de droits potentiels et dans ce cadre présentent une demande d'AME à la CPAM. La consultation des droits sur CDRi est donc primordiale.
- Les soins urgents ne concernent pas les mineurs étrangers et les personnes titulaires d'un visa de court séjour.
- Les soins pris en charge sont les séjours, actes et consultations externes, la pharmacie rétrocédée et les IVG exclusivement en établissements de santé publics ou privés, en risque maladie ou en maternité.

SOINS URGENTS ET VITAUX – CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF

➤ **Un dossier de demande d'AME comprend obligatoirement :**

- ✓ Le formulaire S 3720 "Demande d'Aide Médicale Etat" intégralement complété,
- ✓ Les pièces justificatives de l'identité, de la résidence (stabilité et irrégularité) et des ressources,
- ✓ La photo d'identité du demandeur et des personnes à charge âgées de plus de 16 ans,
- ✓ Établi, complété et signé par le demandeur lui-même.

➤ **Conformément à l'article D252-2 du CASF, les dossiers de première demande d'AME doivent être déposés en main propre par le demandeur (ou une personne majeure à sa charge) auprès :**

- ✓ d'une caisse d'assurance maladie,
- ✓ d'un établissement France Services habilité par les organismes d'assurance maladie,
- ✓ d'une PASS.

➤ **Délai de transmission de toute demande d'AME :**

- ✓ Le délai réglementaire de transmission à la CPAM d'une demande d'AME est de 8 jours.
- ✓ Attention, la demande doit être présentée avant l'expiration d'un délai de 90 jours à compter du jour d'entrée dans l'établissement ou de la date des soins.

SOINS URGENTS ET VITAUX – CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF

➤ Cas d'un demandeur d'asile

Pendant la période précédant l'ouverture de ses droits au titre de la PUMa, le demandeur d'asile majeur relèvera du dispositif des soins urgents (condition de résidence).

Dans ce cas particulier, aucune demande d'AME préalable n'a besoin d'être établie. La personne doit disposer d'une Attestation de Demande d'Asile (ADA) justifiant de sa situation régulière sur le territoire, résidence ininterrompue de 3 mois en France.

La copie de l'ADA devra être transmise à la place du double du refus d'AME, avec la facture hospitalière des soins urgents.

(Décret n° 2019-1531 du 30 décembre 2019 et Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de Finances pour 2020).

SOINS URGENTS ET VITAUX – CONSTITUTION DU DOSSIER ADMINISTRATIF – CAS PARTICULIERS

➤ Les mineurs

Les conditions de résidence et de ressources ne sont pas opposables aux mineurs, l'accès à l'AME est immédiat : pas d'éligibilité aux soins urgents.

➤ Le défaut de justificatifs d'identité

Il convient d'utiliser l'attestation sur l'honneur relative aux pièces justificatives manquantes du dossier de demande d'AME. Cette attestation est celle annexée à la circulaire ministérielle du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours santé des migrants primo-arrivants (annexe 2).

➤ Les dossiers des ressortissants communautaires

Dans les cas où le demandeur ne dispose pas du document justifiant d'un droit dans le pays de provenance, une attestation sur l'honneur est à joindre. Elle peut être jointe au questionnaire "recherches de droits" ressortissants européens inactifs.

SOINS URGENTS ET VITAUX – CONSTITUTION DU DOSSIER DE FACTURATION

- **Pour une demande de prise en charge au titre des soins urgents et vitaux, le dossier comprend :**
 - ✓ La facturation de l'établissement avec la mention « Soins Urgents et Vitaux Art. L254-1 CASF »,
 - ✓ La notification de refus AME ou l'Attestation de Demande d'Asile (ADA),
 - ✓ En cas de délivrance de pharmacie, la prescription médicale.
- **L'établissement dispose d'un délai d'un an, à compter de la date de fin du séjour, ou de la date des soins externes, pour transmettre la demande de remboursement au titre des soins urgents.**

SOINS URGENTS ET VITAUX – CIRCUIT DE TRAITEMENT CNSU

- Depuis mai 2018, **2 Centres Nationaux des Soins Urgents (CNSU)** ont été mis en place ayant pour mission de centraliser et instruire les demandes de remboursements suivant l'implantation juridique des établissements de santé :
 - ✓ CNSU Côte d'Opale : les 98 départements de métropole (hors Ile de France) et des DOM,
 - ✓ CNSU Paris : les 8 départements d'Ile de France.
- Chaque dossier est transmis par l'établissement à sa CPAM pivot, puis est numérisé vers le CNSU correspondant.
- La CPAM pivot reste l'interlocuteur privilégié de l'établissement de santé.

SOINS URGENTS ET VITAUX – INSTRUCTION DU DOSSIER - CNSU

- **La demande de remboursement fait l'objet de vérifications par les CNSU :**
 - ✓ Conformité des pièces justificatives,
 - ✓ Absence d'affiliation et de droits,
 - ✓ Application de la tarification en vigueur ...
- **En cas d'accord**, le dossier sera mis en paiement à partir du 20 du mois. La CPAM pivot reste gestionnaire de la mise en mandatement vers l'établissement.
- **En cas de rejet**, un courrier mail est envoyé immédiatement, par le CNSU, à l'établissement.
- **En cas de refus définitif**, un même courrier mail est envoyé à l'établissement, où les voies de recours sont indiquées.

04

NOUVEAUTÉS CONCERNANT LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE

ATTRIBUTION AUTOMATIQUE DE LA C2S SANS PARTICIPATION FINANCIÈRE AUX ALLOCATAIRES DU RSA

L'objectif de la mesure est d'améliorer encore le taux de recours à la complémentaire santé solidaire pour les bénéficiaires du RSA, qui sont systématiquement éligibles à la C2S compte tenu de leur niveau de ressources, mais ne sont que 80% à en bénéficier, 8% ne disposant d'aucune couverture complémentaire santé.

- Aucune démarche à réaliser : le bénéfice du RSA suffit.
- A l'occasion d'une demande de RSA (par voie papier ou en ligne), possibilité de s'opposer expressément au bénéfice de ce droit.
- Liberté de choix du gestionnaire de leur contrat de complémentaire (CPAM ou organisme complémentaire gestionnaire du dispositif).

Entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} janvier 2022.

Toutefois, compte tenu des travaux SI que cette mesure implique, il est prévu une application de la mesure en deux temps :

Pour les demandes de RSA faites via le téléservice	Pour les demandes de RSA par voie papier (20% des demandes)	
- Attribution automatique pour les personnes demandant le RSA via le téléservice de demande de RSA. - Le téléservice a été modifié par la CNAF de façon à permettre à l'intéressé de s'opposer au bénéfice de la complémentaire santé solidaire. Par défaut, le droit est ouvert. - Dispositif applicable grâce à des échanges de données existants entre la CNAF et la CNAM.	<u>Solution transitoire :</u> Bénéficiaires du RSA informés de l'attribution de leur droit à la complémentaire santé solidaire par courrier de leur caisse d'Assurance Maladie sauf opposition de leur part. Les bénéficiaires sont invités à transmettre la composition de leur foyer et le choix de leur organisme gestionnaire, pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire.	<u>Solution à terme (2023) :</u> A terme, le formulaire actuel de demande de RSA sera modifié pour que les intéressés puissent indiquer leur refus de bénéficier de la C2S et le choix de l'organisme gestionnaire. Avant cette solution, nécessité d'enrichir les échanges d'information entre CNAF et CNAM pour intégrer les informations relatives au refus, ou non, de bénéficier de la C2S, la composition du foyer et le choix du gestionnaire.

ATTRIBUTION SIMPLIFIÉE DE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ SOLIDAIRE AVEC PARTICIPATION FINANCIÈRE AUX ALLOCATAIRES DE L'ASPA

■ 1/4 des bénéficiaires de minimum vieillesse étaient couverts par la CMU-C ou l'ACS :

- 51% étaient couverts par un contrat de **complémentaire classique**
- 24% ne disposaient pas d'une couverture.

■ Les cotisations pour ces tranches d'âge atteignent en moyenne :

- **113 euros** à 75 ans pour un contrat de complémentaire classique
- Contre **30 euros** par mois pour un contrat de complémentaire santé solidaire

- Désormais les allocataires de l'ASPA n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante, pendant une période de référence, bénéficieront d'une **présomption de droits à la complémentaire santé solidaire avec participation financière**.

La mise en œuvre est prévue à compter du 1^{er} avril 2022, un décret doit paraître pour définir les conditions d'application.

- Dans un premier temps, la procédure de mise en œuvre sera manuelle : les caisses identifieront les bénéficiaires potentiels à partir de l'échange mensuel existant avec la CNAV (échange permettant le traitement du renouvellement automatique) et les inviteront à communiquer les éléments permettant l'attribution de leur droit.
- A moyen terme, lorsque la demande d'ASPA pourra être réalisée par le biais d'un téléservice, la demande de C2S pourra être intégrée directement au téléservice (à l'instar du dispositif mis en place pour les demandeurs du RSA).

AUTRES MESURES LFSS RELATIVES À LA C2S

Renonciation à la C2S en cours de contrat

Possibilité d'interrompre le contrat en cours de droit, sans frais ni pénalité, afin de pouvoir adapter leur couverture complémentaire au changement de leur situation (ex : reprise d'activité salariée et contrat collectif de l'entreprise).

La date d'entrée en vigueur, fixée par décret à venir, serait le **1er juin 2022**.

Réduction de la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire dans certaines exceptions

La LFSS 2022 permet de prévoir des dérogations à la durée d'un an du droit à la complémentaire santé solidaire, si ces exceptions sont favorables aux bénéficiaires notamment pour garantir la continuité de leurs droits à ce dispositif (situations : intégration d'un majeur dans le foyer bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire; bénéficiaire de la C2S intégrant un foyer bénéficiant aussi de cette protection => possibilité de renouvellement décalé des droits de complémentaire santé solidaire au sein d'un même foyer).

La date d'entrée en vigueur, fixé par décret à venir, serait le **1er avril 2022**, des règles et circuits destinés à éviter les chevauchements/rejets sont à mettre en place.

AUTRES MESURES LFSS RELATIVES À LA C2S

Impossibilité de bénéficier de la complémentaire santé solidaire en cas de non acquittement des participations financières

Une nouvelle admission ou un renouvellement du droit à la protection complémentaire en matière de santé n'est possible que si l'assuré s'est acquitté de ses participations dues au titre de droits ouverts précédemment.

Sera considéré comme ayant acquitté ses participations :

- Le bénéficiaire ayant obtenu une remise ou une réduction de dette,
- Le bénéficiaire ayant obtenu une aide, pour le paiement de ses participations par son organisme gestionnaire, en raison de sa situation de précarité,
- Le bénéficiaire de délais de paiement des participations financières (celles-ci étant considérées comme acquittées en cas de respect des échéances fixées).

La date d'entrée en vigueur, fixée par décret à venir, serait **le 1er juin 2022**.

Les modalités d'application doivent faire l'objet d'un décret.

Extension du champs du contentieux

La LFSS est venue combler un vide juridique, en étendant le champ du contentieux de l'admission à l'aide sociale à toutes les décisions prises en matière de complémentaire santé solidaire, actant ainsi la compétence à la commission de recours amiable (CRA), puis du pôle social du Tribunal judiciaire, pour statuer sur de tels litiges.

05

100% SANTÉ

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Un objectif d'accès aux soins

L'objectif de la réforme 100 % Santé est **d'améliorer l'accès aux soins et équipements** dans les domaines des :

- Soins prothétiques dentaires,
- Lunettes (montures et verres correcteurs),
- Aides auditives.

... en mettant à disposition du grand public **une offre de qualité prise en charge à 100 %, c'est-à-dire sans reste à charge pour les patients.**

La mesure s'adresse à un large public : elle concerne **tous les assurés ayant souscrit un contrat complémentaire responsable**, soit 98 % des adhérents à un contrat complémentaire santé.

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Des paniers de soins spécifiques

Cette réforme a fait l'objet d'une concertation avec les professionnels des secteurs concernés, permettant de définir de nouveaux paniers de soins et équipements.

Les soins prothétiques dentaires sont répartis en 3 paniers distincts :

- **Un panier 100 % Santé** qui intègre des couronnes, bridges, et prothèses amovibles intégralement pris en charge dans le cadre d'un contrat complémentaire santé responsable.
- **Un panier aux tarifs maîtrisés** qui comprend des actes dont les honoraires sont plafonnés. Un reste à charge modéré peut être laissé à l'assuré en fonction de sa couverture complémentaire santé.
- **Un panier aux tarifs libres**, pour lequel s'appliquent des honoraires librement définis par le professionnel de santé. Un reste à charge peut donc s'appliquer en fonction de la couverture complémentaire santé de l'assuré.

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Des paniers de soins spécifiques

La nomenclature de l'**optique** distingue deux paniers de verres et montures :

- **Le panier 100 % Santé**, composé de montures et de verres correcteurs sans reste à charge pour les patients disposant des garanties d'un contrat responsable,
- **Le panier à prix libres**, pour lequel un reste à charge peut s'appliquer.

L'assuré peut composer ses lunettes, c'est-à-dire choisir :

- Des verres du panier 100 % Santé, sans reste à charge, et une monture à prix libres,
- Des verres dans le panier à prix libres et une monture 100 % Santé, sans reste à charge.

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Des paniers de soins spécifiques

Les aides **auditives** sont répertoriées en 2 catégories, permettant ainsi aux assurés de choisir librement les équipements de leur choix :

- **Le panier 100 % Santé** : les aides auditives y sont intégralement prises en charge par les caisses d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, sans reste à charge pour les patients disposant des garanties d'un contrat responsable,
- **Le panier à prix libres** : il est composé des aides auditives n'appartenant pas au panier 100 % Santé et dont les tarifs sont librement définis par l'audioprothésiste. Un reste à charge peut donc être laissé à l'assuré.

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Une prise en charge à 100 % par l'action conjointe par l'Assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé

Dans chacun des 3 domaines, la prise en charge intégrale des soins et équipements des paniers 100 % Santé est obtenue par l'action conjuguée des régimes d'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé.

En pratique, cette prise en charge intégrale résulte de :

- **La fixation de prix plafonds** : prix limites de vente pour les aides auditives et l'optique optique / honoraires limites de facturation pour les soins prothétiques dentaires,
- **Un relèvement des bases de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire,**
- **La couverture par les contrats responsables des organismes complémentaires des frais engagés au-delà de la prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire, dans la limite du plafond.**

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Une obligation d'information concernant l'offre de soins et équipements 100 % Santé

Pour la bonne information des assurés sur l'existence de l'offre, les professionnels de santé **doivent établir et proposer un devis** :

- Comportant a minima une offre 100 % Santé pour les aides auditives et l'optique,
- Informant le patient, dans le domaine dentaire, de l'existence éventuelle d'une offre de soins alternative dans un panier à prix plafonnés.

Dans le domaine de l'optique, les professionnels de santé **doivent également remplir une obligation de présentation de l'offre au sein de chaque magasin**, qui implique la disponibilité de l'offre et l'exposition d'au moins :

- 35 montures 100 % Santé pour les adultes,
- 20 montures 100 % Santé pour les enfants.

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Les principales étapes de la réforme 100 % Santé

	PROTHESES DENTAIRES
1 ^{er} avril 2019	Plafonnement des honoraires de facturation pour 11 actes dentaires (sans prise en charge intégrale)
1 ^{er} janvier 2020	Offre sans reste à charge pour 8 actes du panier 100 % Santé - Offre à honoraires limites de facturation maîtrisés pour 6 actes du panier à reste à charge modéré
1 ^{er} janvier 2021	Extension de l'offre sans reste à charge à 50 actes du panier 100 % Santé (prothèses amovibles) - Extension de l'offre à honoraires limites de facturation maîtrisés à 4 actes du panier à reste à charge modéré
1 ^{er} janvier 2022	Extension de l'offre à honoraires limites de facturation maîtrisés à 57 actes du panier à reste à charge modéré

	OPTIQUE MEDICALE
1 ^{er} janvier 2020	Offre sans reste à charge pour les équipements du panier 100 % Santé

	AIDES AUDITIVES
1 ^{er} janvier 2019	- Plafonnement des prix pour les équipements du panier 100 % Santé, - Amélioration de la prise en charge par l'AMO
1 ^{er} janvier 2020	Amélioration de la prise en charge par l'AMO
1 ^{er} janvier 2021	Offre sans reste à charge pour les équipements du panier 100 % Santé

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Bilan de la montée en charge de l'offre 100 % Santé fin 2021

Y compris pour les patients bénéficiaires de la C2S

- **Prothèses dentaires : 55 %** des actes prothétiques dentaires relevaient du panier 100 % Santé en 2021 (52 % en 2020).
- **Optique médicale : 17 %** des équipements complets (1 monture et 2 verres correcteurs) comprenaient en 2021 au moins une monture 100 % Santé ou des verres correcteurs 100 % Santé (15,6 % en 2020).
- **Aides auditives : 39 %** des aides auditives délivrées en 2021 l'ont été dans le cadre du 100 % Santé (12 % en 2020).

100 % SANTE : SOINS PROTHETIQUES DENTAIRES, LUNETTES ET AIDES AUDITIVES, SANS RESTE À CHARGE

Actions de communication et d'accompagnement de l'Assurance Maladie

➤ **Des actions de communication concernant l'offre 100 % Santé sont diffusées sur différents canaux :**

- Le site ameli.fr,
- Des dépliants à l'accueil des caisses locales,
- La newsletter aux assurés.

Dentaire : <https://www.ameli.fr/val-de-marne/assure/remboursements/rembourse/soins-protheses-dentaires/soins-dentaires-comprendre-le-100-sante>

➤ **Dans le domaine des soins prothétiques dentaires**, l'Assurance Maladie a également mis à disposition des assurés :

- Une aide à la lecture du devis sur le site ameli.fr,
- Des vidéos pédagogiques sur les réseaux sociaux et à l'accueil des caisses locales.

➤ **Dans le domaine de l'optique (verres correcteurs et montures 100 % Santé)**, une action d'accompagnement des professionnels de santé a été menée au cours du second semestre 2021, afin de renforcer leur appropriation de l'offre.

06

MONPSY

LE DISPOSITIF MONPSY ET LES OBJECTIFS

Dispositif mis en place :

Prise en charge par l'Assurance Maladie, de séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue conventionné, dans le cadre d'un parcours de soins sur adressage d'un médecin.



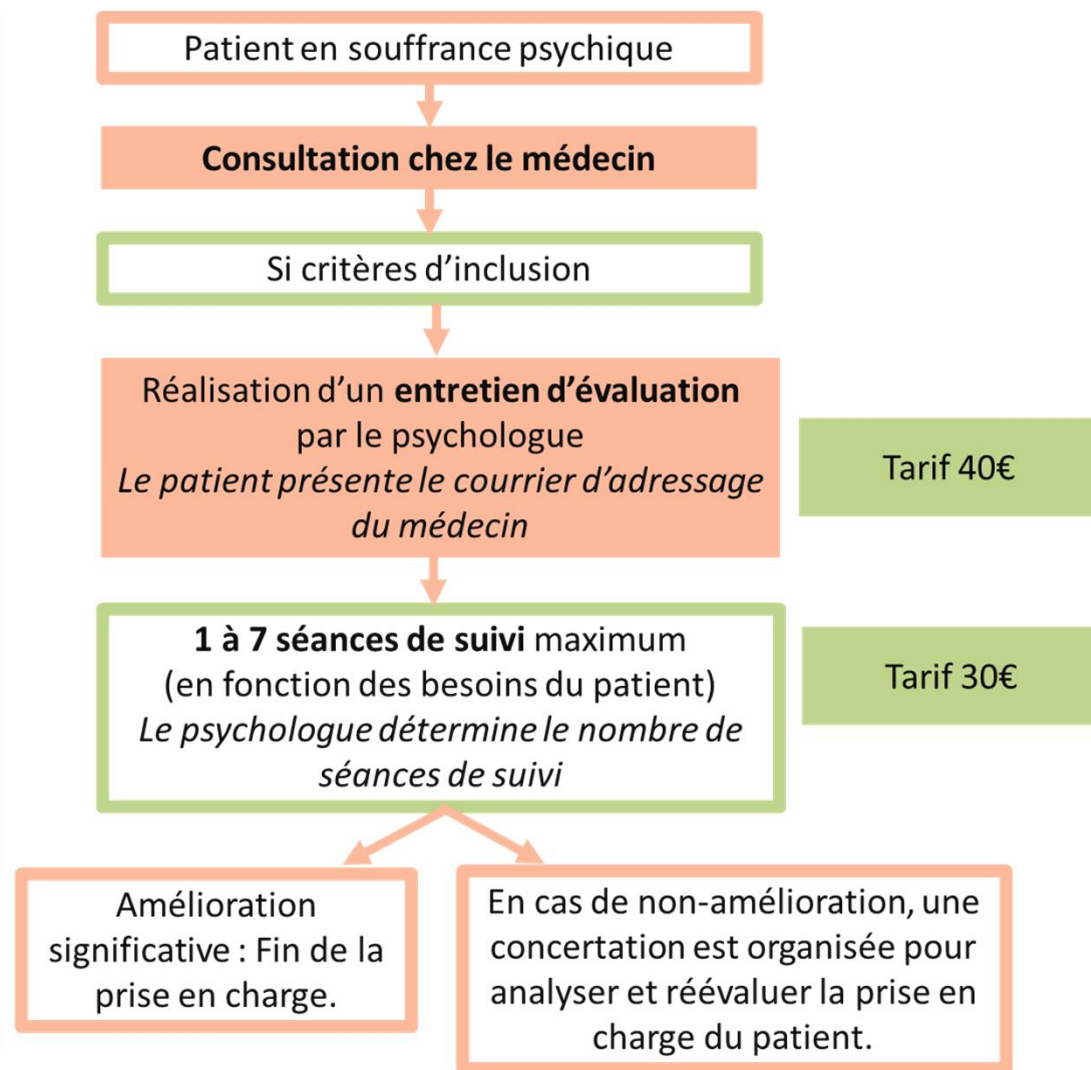
Objectifs :

- Proposer une offre, de 1^{ère} ligne, de dépistage et de prise en charge initiale **pour l'ensemble de la population** à partir de 3 ans.
- Permettre un **accès aux soins en santé mentale plus large et plus équitable**, notamment pour les personnes pour qui le coût des séances d'accompagnement psychologique est un frein.
- Construire un parcours de soins et renforcer le **partenariat entre le psychologue et le médecin**.
- **Déstigmatiser le sujet de la santé mentale**, de la dépression et des troubles anxieux.

LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

A tout moment, en fonction des besoins, le patient peut être orienté vers un psychiatre

35



- Tout patient dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée.
- Dans le cadre d'un parcours de soins, orientation par le médecin pour adresser le patient à un psychologue conventionné ou si nécessaire, vers un autre type de prise en charge.
- 1 entretien d'évaluation et jusqu'à 7 séances de suivi psychologique.
- Remboursement par l'organisme d'assurance maladie obligatoire (60%) et par les complémentaires/mutuelles (40%).

LES PATIENTS CONCERNÉS : ENFANTS À PARTIR DE 3 ANS OU ADOLESCENTS

Enfant à partir de 3 ans ou adolescent en souffrance psychique d'intensité légère à modérée

CONSULTATION CHEZ LE MEDECIN

Lors de la consultation et de l'examen clinique, le médecin évalue l'état de sévérité du patient

CRITERES D'INCLUSION

Situation de mal-être ou souffrance psychique pouvant susciter l'inquiétude de l'entourage

INCLUSION DANS LE DISPOSITIF

Orientation vers un psychologue pour un accompagnement psychologique

CRITERES DE NON-INCLUSION

- Les enfants âgés de moins de 3 ans
- Les enfants ou adolescents nécessitant d'emblée un avis spécialisé :
 - Risques suicidaires
 - Formes sévères de troubles anxieux ou dépressifs
 - Troubles du comportement alimentaire avec signes de gravité
 - Situations de retrait et d'inhibition majeures
 - Troubles neuro-développementaux
 - Toute situation de dépendance à des substances psychoactives
 - Troubles externalisés sévères
- Les enfants et adolescents actuellement en cours de prise en charge en pédopsychiatrie ou psychiatrie ou en ALD pour motif psychiatrique (ou dans les 2 ans).

PRISE EN CHARGE SPECIALISEE NECESSAIRE
(Pédo)psychiatre ou urgences (pédo)psychiatriques



**l'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun

LES PATIENTS CONCERNÉS : ADULTES DE 18 ANS OU PLUS

Patients adultes de 18 ans ou plus en souffrance psychique d'intensité légère à modérée

CONSULTATION CHEZ LE MEDECIN

Lors de la consultation et de l'examen clinique, le médecin évalue l'état de sévérité du patient

CRITERES D'INCLUSION

- Un trouble anxieux d'intensité légère à modérée ;
- Un trouble dépressif d'intensité légère à modérée ;
- Un mésusage de tabac, d'alcool et/ou de cannabis (hors dépendance) ;
- Un trouble du comportement alimentaire sans critères de gravité.

INCLUSION DANS LE DISPOSITIF

Orientation vers un psychologue pour un accompagnement psychologique

CRITERES DE NON-INCLUSION

- Les situations qui nécessitent d'emblée ou en cours de prise en charge un avis spécialisé par un psychiatre, notamment en cas de :
 - Risques suicidaires
 - Formes sévères de troubles dépressifs ou anxieux
 - Troubles du comportement alimentaire avec signes de gravité
 - Troubles neuro-développementaux sévères
 - Antécédents psychiatriques sévères dans les 3 ans
 - Toute situation de dépendance à des substances psychoactives
- Les patients actuellement en ALD ou en invalidité pour motif psychiatrique ou en arrêt de travail de plus de 6 mois pour un motif psychiatrique (ou dans les 2 ans)

PRISE EN CHARGE SPECIALISEE NECESSAIRE

Psychiatre ou urgences psychiatriques

DES NOUVEAUX PROFESSIONNELS À ACCOMPAGNER : LES PSYCHOLOGUES



Les psychologues ne constituent pas aujourd'hui une profession de santé reconnue par le Code de la Santé Publique.

Dans le cadre du dispositif MonPsy, **un conventionnement individuel avec l'Assurance Maladie.**

Pour participer au dispositif, les psychologues doivent :

- Etre inscrits au répertoire ADELI attestant du titre de psychologue,
- Disposer d'une expérience professionnelle en psychologie clinique ou en psychopathologie de 3 ans minimum,
- Avoir une expérience ou un diplôme attestant d'un parcours consolidé en psychologie clinique ou en psychopathologie.
- *Ces critères ont été définis en accord avec les représentants des psychologues.*

Les psychologues peuvent exercer en libéral ou être salariés en structures ou exercer en activité mixte.

LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE REMBOURSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE

1

Le patient prend rendez-vous avec le médecin

Le médecin évalue son état de santé.

Il peut orienter le patient vers un psychologue partenaire.

Le médecin lui remet un courrier d'adressage.

2

Le patient prend rendez-vous chez un psychologue partenaire

Il contacte un psychologue partenaire de l'annuaire MonPsy.

Il peut choisir un psychologue qui réalise des séances à distance.

3

Le patient bénéficie d'un accompagnement psychologique

Lors de l'entretien d'évaluation, il présente au psychologue le courrier d'adressage du médecin.

Il peut ensuite réaliser, en fonction de son état de santé, jusqu'à 7 séances de suivi.

LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE REMBOURSÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE

4

Le patient règle le psychologue

Il paie directement le psychologue 40€ pour l'entretien d'évaluation et 30€ pour chaque séance de suivi.

Le psychologue lui remet une feuille de soins.

Dans certains cas, il n'avance pas les frais (voir la slide suivante)

5

Le patient est remboursé

Il envoie la feuille de soins et le courrier d'adressage à son organisme d'assurance maladie (après chaque séance ou à la fin de plusieurs séances).

Il est remboursé par son organisme d'assurance maladie (60%) et par sa complémentaire (40%).

6

Echanges entre le médecin et le psychologue

A la fin de l'accompagnement, le psychologue adresse au médecin, un compte-rendu de fin de prise en charge.

En cas de non amélioration, une concertation avec le psychologue et un psychiatre est nécessaire pour prévoir de la suite de la prise en charge.

LES MODALITÉS DE FACTURATION ET CAS DU TIERS PAYANT OBLIGATOIRE

Le psychologue est rémunéré directement par le patient après chaque séance ou à la fin de plusieurs séances (selon le choix du psychologue).

Dans les cas suivants, le tiers payant s'applique obligatoirement :

- Patients bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS)
- Patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat (AME)
- Soins en lien avec une maladie : Affection de Longue Durée (ALD) ou accident causé par un tiers
- Soins en lien avec une maternité (à partir du 6ème mois de grossesse)
- Soins en lien avec un accident du travail ou une maladie professionnelle (AT-MP)

Dans ces cas, les patients n'effectuent pas d'avance de frais et le psychologue est rémunéré directement par l'organisme d'assurance maladie de rattachement du patient.

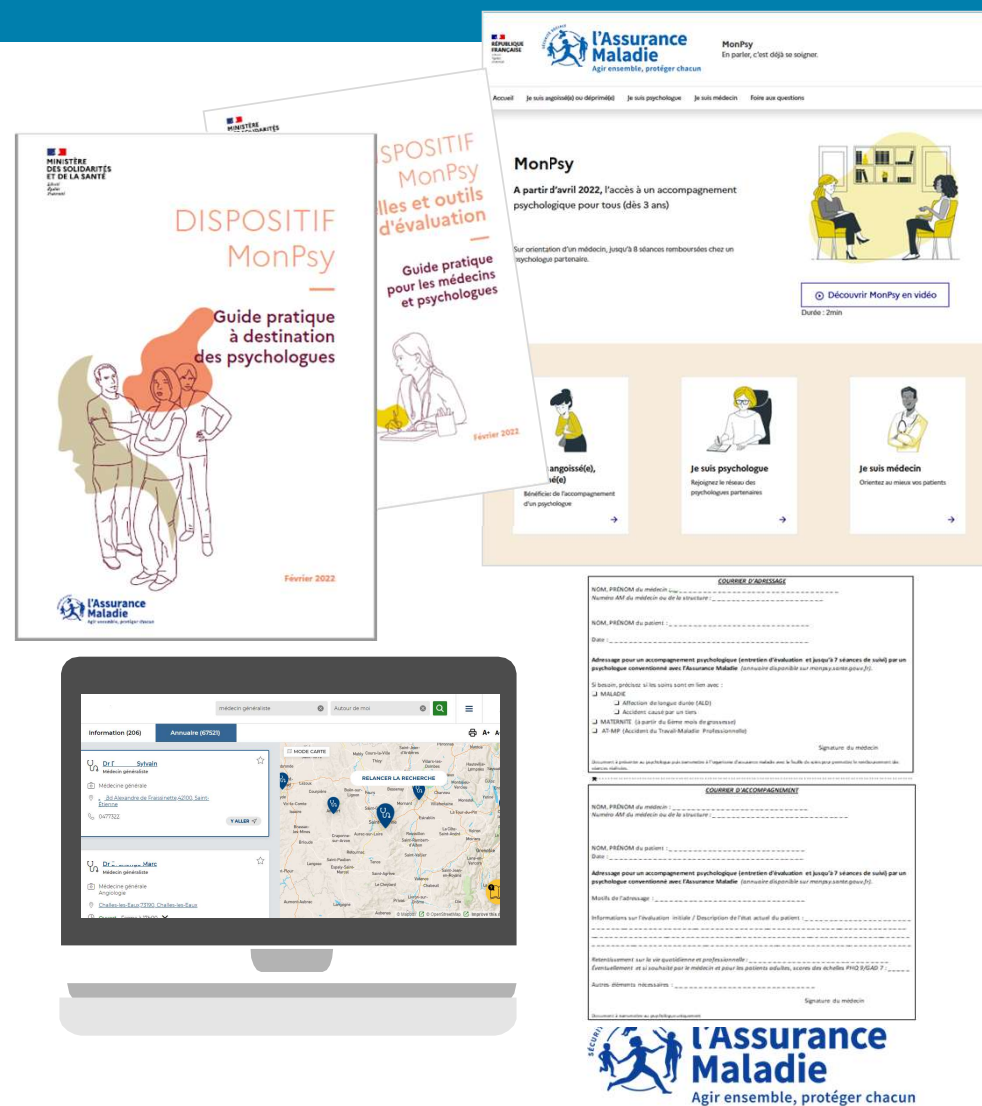
Formulaire de soins psychologiques à remplir par le psychologue pour la facturation. Le formulaire est divisé en plusieurs sections :

- PERSONNE RECEVANT LES SOINS ET ASSURÉE** : Nom et prénom, date de naissance, adresse, numéro de téléphone, date de prise en charge.
- IDENTIFICATION DU PSYCHOLOGUE** : Nom et prénom, numéro de profession, adresse, numéro de téléphone.
- IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE** : Nom et prénom, adresse, numéro de téléphone.
- CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE RECEVANT LES SOINS** : Maladie (ALD, AT-MP, grossesse, maternité, accident, tiers payant), date de début de prise en charge, date de fin de prise en charge.
- ACTES EFFECTUÉS** : Tableau à remplir avec la date des actes, le code des actes, le nom des actes, le montant des honoraires.
- PAIEMENT** : Montant total des honoraires, montant des honoraires payés, montant des honoraires à payer.

LES SUPPORTS À DISPOSITION

Un site dédié : <https://monpsy.sante.gouv.fr/>

- Vidéo de présentation du dispositif
 - Guide pratique et mémo à destination des médecins
 - Guide pratique et mémos à destination des psychologues
 - Brochure pour les patients
 - Guide des échelles et scores d'évaluation
 - Modèle de courrier d'adressage
 - Annuaire / carte interactive indiquant les coordonnées des psychologues conventionnés
- + langues parlées par ce dernier



LE CALENDRIER DES ACTIONS D'INFORMATION ET DE COMMUNICATION





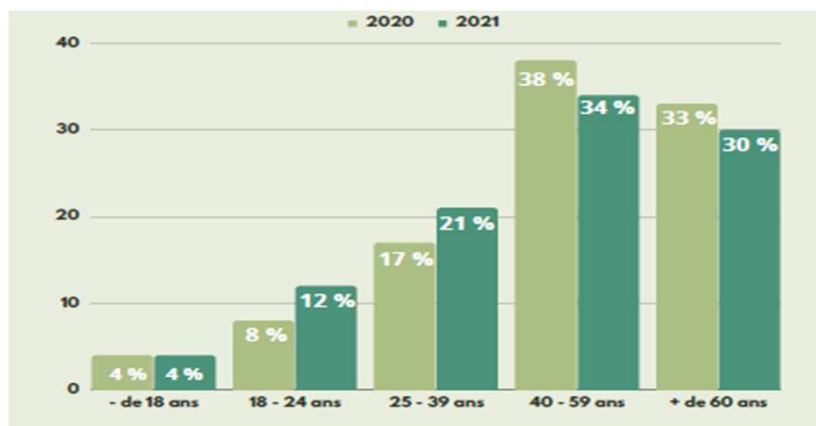
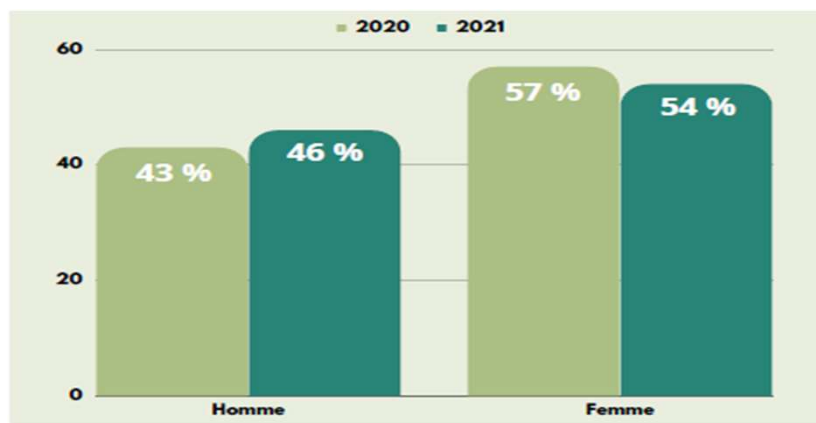
Prise en charge des patients dans le cadre du dispositif MonPsy à partir du 5 avril 2022

07

BILAN 2021 DES MISSIONS ACCOMPAGNEMENT SANTE

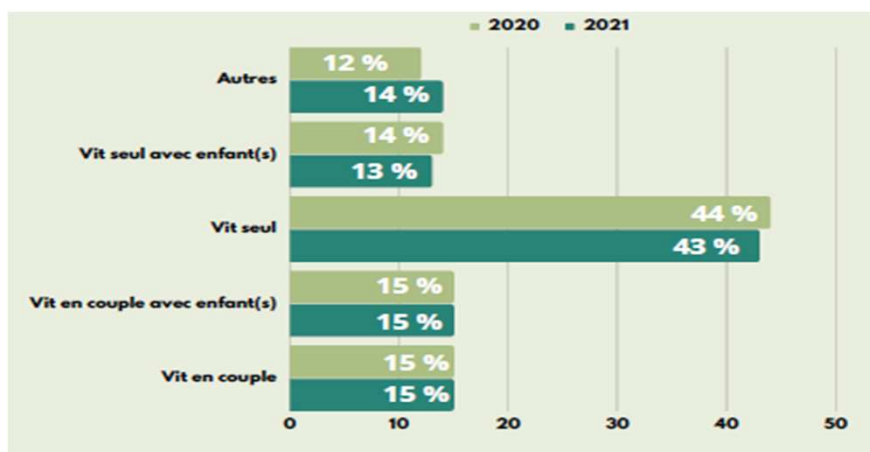
QUEL EST LE PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES EN 2021 ?

Par rapport à 2020, un public plus jeune, avec plus d'hommes et de personnes en situation d'activité professionnelle parmi les assurés accompagnés en 2021

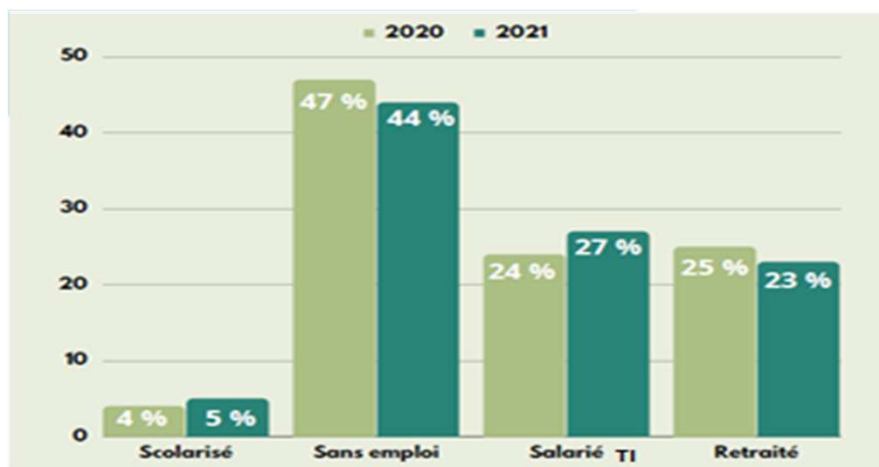


- Les personnes accompagnées restent majoritairement des **femmes** (54% en 2021 contre 57% en 2020)
- Mais le poids des hommes a néanmoins augmenté en 2021
- La tranche d'âge **40-59 ans** reste la plus représentée en 2021 (34% contre 38% en 2020)
- Mais on note un poids plus fort des **moins de 40 ans** en 2021 (37% contre 29% en 2020)

QUEL EST LE PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES EN 2021 ?

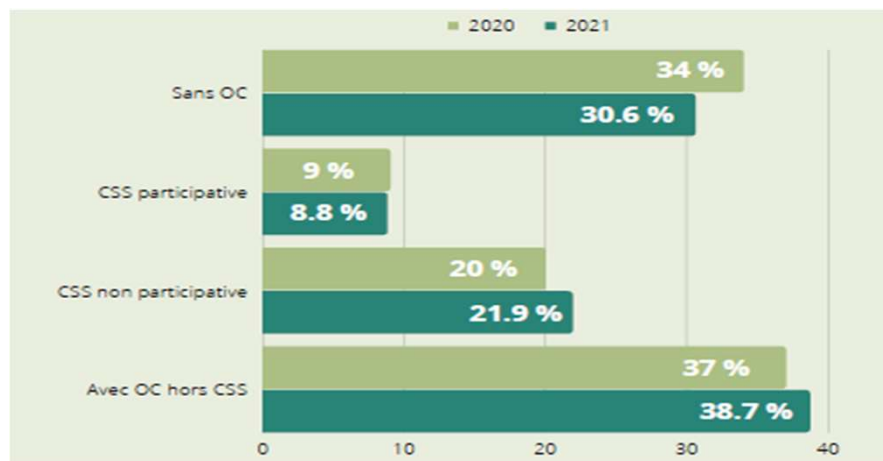


- Les assurés accompagnés par la Mission accompagnement santé **vivent le plus souvent seuls** (43% en 2021 contre 44% en 2020).
- Une **surreprésentation des foyers monoparentaux** par rapport à leur représentation nationale (13% contre 9,5% France entière).

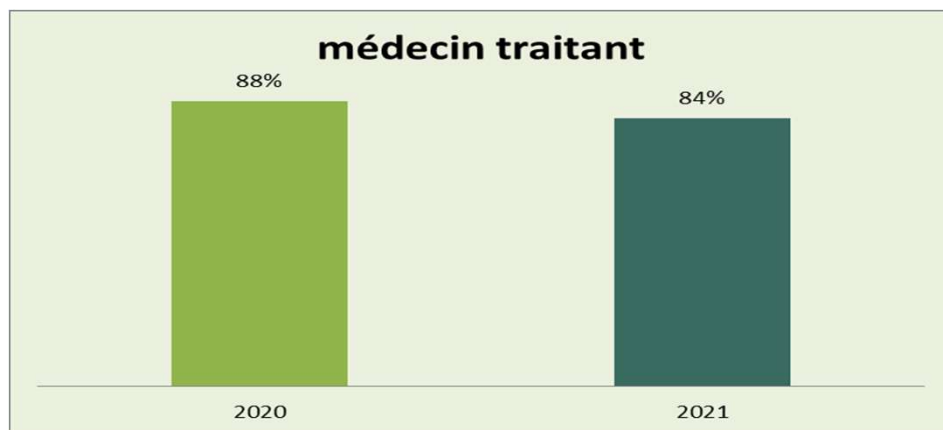


- 44% des personnes accompagnées sont **sans emploi**.
- Mais la part des **assurés en emploi (salarié, TI)** s'accroît en 2021 (27 %, soit + 3 points).

QUEL EST LE PROFIL DES PERSONNES ACCOMPAGNÉES EN 2021 ?



- En 2021, un public **plus souvent couvert par une complémentaire santé** en entrée d'accompagnement.
- **30,6%** des assurés pris en charge par la Mission Accompagnement Santé ne disposent **pas d'OC** (-3,4 points par rapport à 2020).



- 84% ont un **médecin traitant en entrée de prise en charge** (-4 points par rapport à 2020).

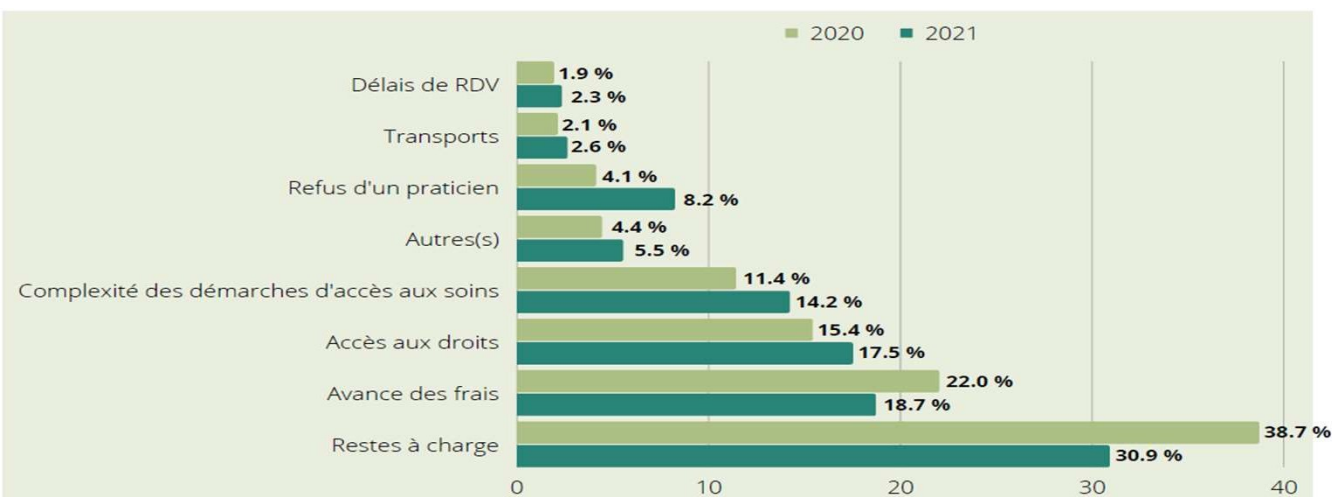
COMMENT CARACTÉRISER LES RENONCEMENTS EN 2021 ?

Les Missions accompagnement santé ont permis la détection de 112 135 renoncements aux soins en 2021 (contre 83 475 en 2020)

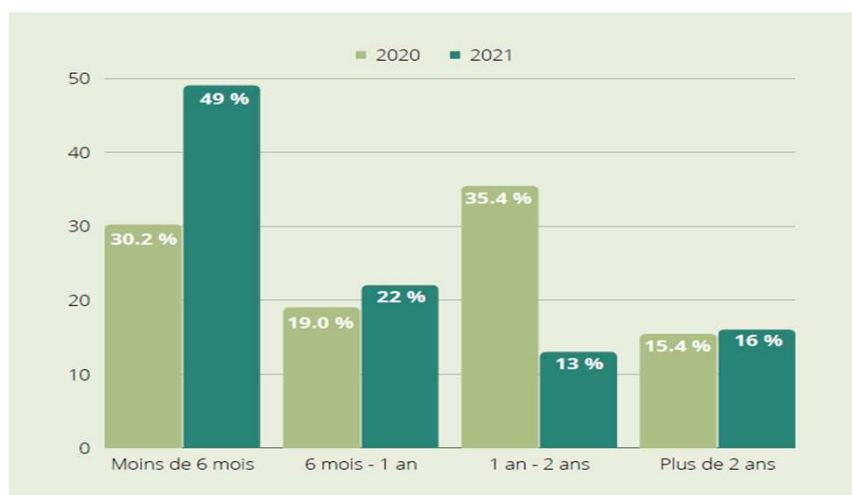


- Les renoncements portant sur des consultations de **généralistes sont en forte hausse** (+ 5 points en 2021).
- Le % très élevé des **actes de spécialistes** (35% en 2021) doit **être relativisé** car il est lié aux **consignes pour l'enregistrement** des accompagnements à la **vaccination**.

COMMENT CARACTÉRISER LES RENONCEMENTS EN 2021 ?



- **Les causes de renoncement aux soins en 2021 : le motif financier** (reste à charge, avance des frais) demeure majoritaire, bien qu'en forte diminution par rapport à 2020 (49,6% en 2021 contre 60,7% en 2020).
- Les motifs liés au **refus d'un praticien** ont doublé entre 2020 et 2021, reflétant notamment les difficultés importantes d'accès au médecin traitant.



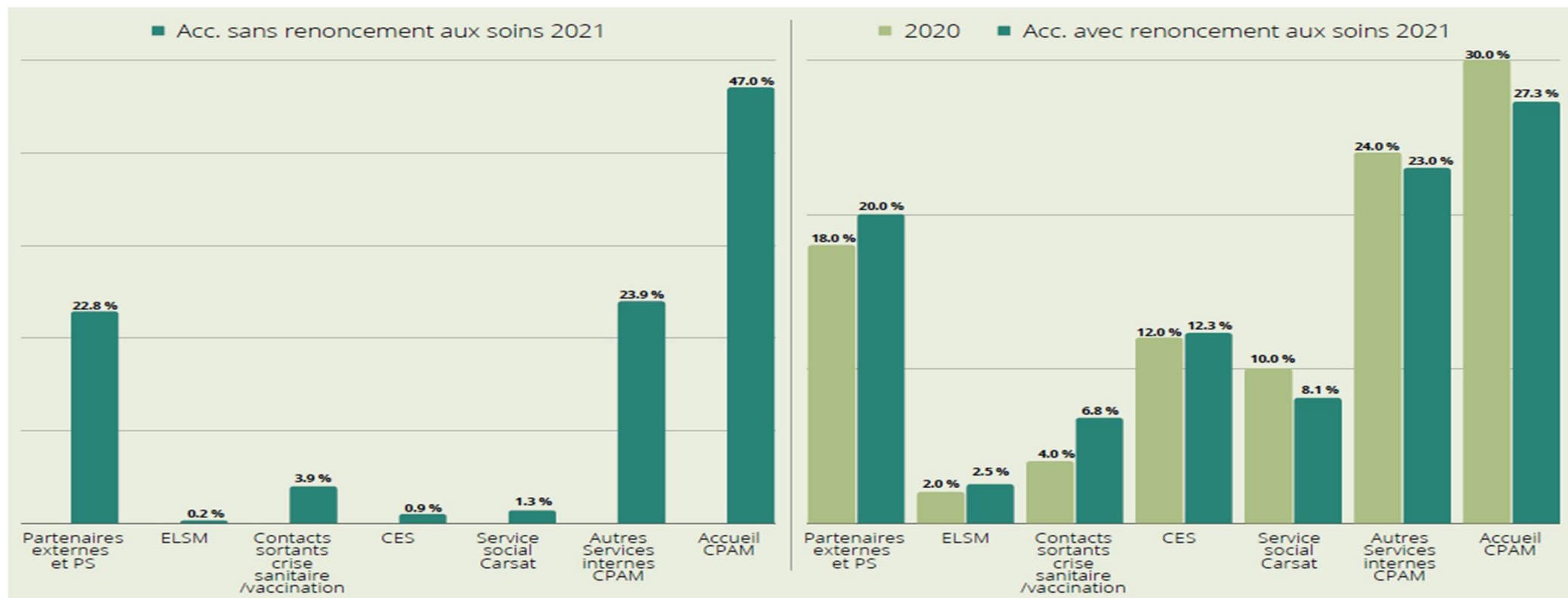
- **La durée des renoncements a diminué en 2021** : dans 71 % des cas, ils durent depuis moins d'un an, contre 49 % en 2020.

LES DÉTECTIONS

- Une augmentation de 146% du nombre d'accompagnements créés en 2021 (en incluant les détections hors renoncement aux soins).
- À périmètre constant 2020-2021 : **une augmentation de 42% du nombre d'accompagnements aux soins créés en 2021.**

	Accompagnements aux soins créés	Accompagnements aux droits, au numérique créés	Total accompagnements créés
2020	57 372	-	57 372
2021	81 541 (+ 42%)	59 473 Dont : 29 754 accompagnements numériques	141 014 (+ 146%)

QUI SONT LES DÉTECTEURS EN 2021 ?



QUI SONT LES DÉTECTEURS EN 2021 ?

L'accueil et les autres services de la CPAM, les partenaires externes sont les principaux détecteurs en 2021

Concernant les détections hors renoncement aux soins (fragilités numériques, difficultés de droits) :

- L'accueil détecte près de la moitié des situations.
- Les autres services de la CPAM représentent $\approx \frac{1}{4}$ des détections.
- Les partenaires externes et les PS représentent environ 23%.

Concernant les détections de renoncements aux soins :

- Le poids des partenaires externes en détection a doublé depuis 2019 pour passer à 20% (8% en 2019, 18% en 2020).
- Près de 7 % des détections sont issues d'appels sortants en lien avec la crise sanitaire et la campagne vaccinale.

QUI SONT LES DÉTECTEURS EN 2021 ?

Focus sur les détections de fragilités numériques

Sur les 29 754 détections de fragilités numériques enregistrées en 2021 : 63 % sont issues de l'accueil, 23 % des autres services de la CPAM et 11% de partenaires externes.

LES RÉSULTATS EN TERMES D'ACCÈS AUX DROITS ET AUX SOINS

	Accompagnements avec réalisation des soins	Accompagnements terminés en succès sans renoncement (droits et IN)	Taux de réussite des accompagnements aux soins	Taux de réussite des accompagnements droits + IN
2020	36 032	-	57,1%	-
2021	53 583 (+ 49%)	46 902	67,2%	91%

- Hausse de 49 % des accompagnements clôturés avec soins réalisés en 2021.
- Un taux de réussite des accompagnements aux soins plus élevé de 10 points en 2021.
- En 2021, des accompagnements aux soins moins longs qu'en 2020 : 181 jours en 2021 contre 229 en 2020.
- Les accompagnements terminés sans renoncement aux soins durent en moyenne 21 jours.

LES RÉSULTATS EN TERMES D'ACCÈS À UN ORGANISME COMPLÉMENTAIRE

En 2021, pour les dossiers clôturés :

- **25 459** accès à la Complémentaire Santé Solidaire (participative et non participative).
- **6 938** adhésions à un organisme complémentaire (hors CSS).

Les accès à l'OC découlent majoritairement d'un droit CSS (79 %)

Un taux de couverture par un OC en sortie d'accompagnement qui a augmenté de 8 points en 2021 :

- **63 %** des personnes initialement sans OC achèvent leur prise en charge avec une complémentaire santé (55 % en 2020).

LES RÉSULTATS SUR LE VOLET NUMÉRIQUE

30 237 actions d'accompagnement numérique* :

- Dont 27 407 RDV numériques par la CPAM.
- Dont 2 640 ateliers numériques par la CPAM.
- Dont 190 orientations vers un partenaire de la médiation numérique.

* Un(e) assuré(e) peut avoir bénéficié de plusieurs accompagnements numériques (cf 29 754 détections)

FOCUS : LES AIDES FINANCIÈRES AUX SOINS

8 892 actions d'accompagnement financier :

- **824 montages financiers complexes incluant des aides extérieures.**
- **2 092 obtentions de devis moins onéreux.**
- **5 976 aides ASS pour les soins :**
 - 59 % concernent des soins dentaires.
 - 11 % concernent de l'optique.
 - 10.5 % concernent des actes de spécialistes.
 - 6 % concernent de l'appareillage auditif.
 - 5,5 % concernent des semelles orthopédiques.
 - 2 % concernent des actes de chirurgie.

FOCUS : LES JEUNES

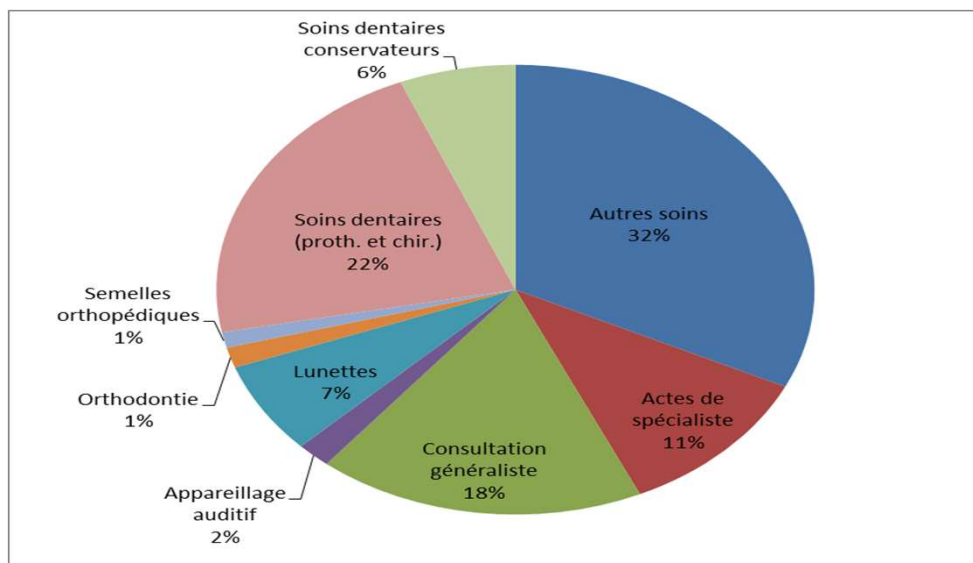
➤ Les jeunes (18-25 ans) :

- 12% du public détecté en 2021.
- Les jeunes sont principalement détectés par l'accueil (35%) et les partenaires externes (32%)
- 44% sont sans OC (31% pour l'ensemble du public accompagné).
- 55% des jeunes initialement sans OC ressortent de leur prise en charge avec un OC (contre 63% pour l'ensemble du public MisAS).
- 56% des détectations de « jeunes » portent sur des difficultés de droits (42% pour l'ensemble du public accompagné).
- Quand il y a renoncement, dans 1/4 des situations, il s'agit de consultations de généralistes.

➤ Pour les 14 000 jeunes ayant bénéficié d'un accompagnement en 2021 :

- 2 770 octrois de CSS.
- 2 920 mises à jour de droits Assurance Maladie.
- 4 820 RDV ou ateliers numériques.

FOCUS : L'ACTIVITÉ DES MISSIONS ACCOMPAGNEMENT SANTÉ PENDANT L'ALLER-VERS VACCINATION



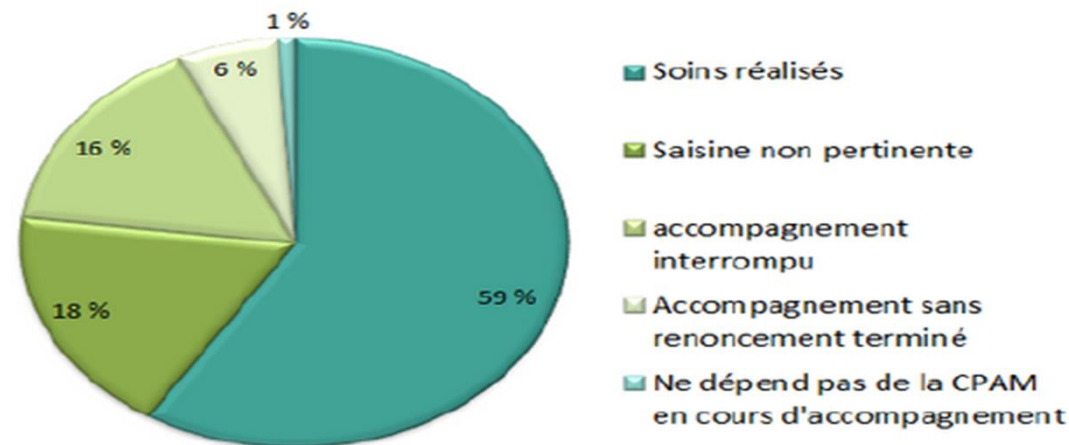
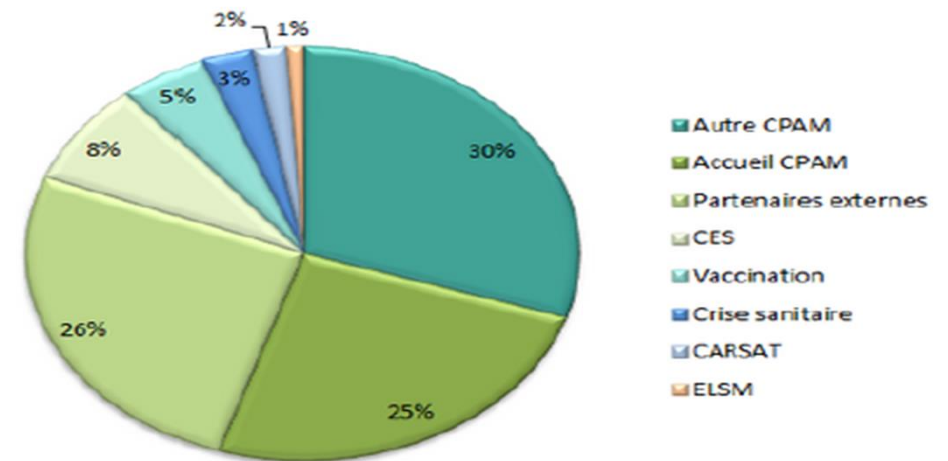
NB : les actes de spécialistes concernent les consultations de gynécologues et d'ophtalmologues

➤ Les saisines effectuées dans le cadre de l'aller-vers vaccination ont permis de détecter d'autres typologies de soins renoncés :

Les autres soins (dispositif médical, médicaments, kinésithérapie) représentent 32% des soins renoncés, suivis des soins dentaires prothétiques (22%) et des consultations de généralistes (18%).

FOCUS : L'ACTIVITÉ DES MISSIONS ACCOMPAGNEMENT SANTÉ PENDANT L'ALLER-VERS VACCINATION

- Majoritairement, ces détections provenaient des autres services de la CPAM (30 %), des partenaires externes et PS (26 %) et de l'accueil de la CPAM (25 %).
- Une activité d'accompagnement qui ne s'est pas interrompue avec, a minima, une prise en charge du volet « droits ».
- Une moyenne mensuelle de 3 204 accompagnements avec soins réalisés contre 4 465 en moyenne sur 2021.



FOCUS : VACCINATION ET NUMÉRO PROVISOIRE

Problématique identifiée :

Suivi des personnes « sans droits » ou en « cours d'acquisition de droits » vaccinées avec numéro provisoire (recherche via le code patient / numéro de dossier généralement perdu par la personne entre 2 doses).

Solution sur le SI mise à disposition des PS vaccinateur le 25 janvier :

Il est désormais possible pour les PS de consulter le télé service vaccin covid et de retrouver les dossier des patients « inconnus » sur critères d'états civils (Nom, prénom, date de naissance), en prenant en compte l'antériorité des doses reçues.