

Réunion d'informations Cnam / Partenaires 14 octobre 2020

Merci par avance de

- **Inscrire votre nom, prénom et organisation dans le TCHAT,**
- **Fermer vos micros.**

La réunion est enregistrée, si vous souhaitez, vous pouvez couper votre caméra.

Ordre du jour

- AME : point de situation
- Refus de soins : bilan et perspectives
- Communautaires inactifs : point d'actualité
- Masques pour populations modestes : 2ème vague d'envoi en cours jusqu'à la mi-novembre
- Stratégie nationale de l'Assurance Maladie en matière d'accès aux droits et aux soins :
 - Mission Accompagnement Santé
 - Service social
 - Jeunes
- Point statistiques et exploratoires :
 - Statistiques et recours à la complémentaire santé solidaire
 - Consommation de soins pendant le confinement
 - Enquête sur la non-réalisation de soins pendant le confinement
- Questions diverses

AME

1. Constitution des dossiers
2. Dépôt des dossiers
3. Délais
4. Situations particulières
 - Demandeurs d'Asile
 - Mineurs non accompagnés

1. Constitution des dossiers

Le demandeur

Nom
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Prénom(s) Date de naissance

Nationalité : Européenne * Autre pays

N° de Sécurité sociale ou d'AME *(si vous en avez un)*

N° d'allocataire *(allocations familiales - si vous en avez un)*

Adresse en France N° tél. portable

Code postal Commune

Si vous n'avez pas d'adresse personnelle ou si vous êtes hébergé(e) ► cochez la case et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Avez-vous déjà bénéficié de l'AME ? non si oui , année département :

Si vous, ou l'une des personnes à votre charge, avez reçu des soins au cours du dernier mois ► cochez la case

IMPORTANT : lorsque la demande a été déposée après le début d'une hospitalisation ou de soins, la décision d'admission à l'AME prend effet au jour d'entrée dans l'établissement ou à la date des soins. Pour cela, il est nécessaire que la demande ait été présentée dans un délai d'un mois à compter du jour d'entrée dans l'établissement ou de la délivrance des soins. Les droits sont alors ouverts rétroactivement. Vous devez fournir les justificatifs des soins reçus à l'hôpital ou en ville en votre possession.

Vérifier qu'il y a une adresse de renseignée

Pour l'application de la rétroactivité de l'AME, penser à cocher la case et à joindre un justificatif de soins

Votre durée de résidence en France

• Vous résidez en France de façon stable depuis le (joignez les justificatifs mentionnés dans la notice)

Vérifier la complétude de cette rubrique

1. Constitution des dossiers

Vos ressources et celles des personnes à votre charge
Indiquez les montants cumulés au cours des douze derniers mois et joignez les justificatifs mentionnés dans la notice

Nature des ressources	Vous	Votre conjoint(e), partenaire d'un PACS ou concubin(e)	Enfant(s)	Cohabitant(e)
▶ Ressources perçues à l'étranger	€	€	€	€
▶ Salaires	€	€	€	€
▶ Pensions, retraites et rentes	€	€	€	€
▶ Autres ressources (aides financières, sommes d'argent versées par un tiers, etc) <i>Précisez la nature</i>	€	€	€	€
▶ Avez-vous perçu des prestations versées par l'assurance maladie, la caisse d'allocation familiale, le Pôle Emploi ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Etes-vous logé(e) à titre gratuit ? <i>Si oui, depuis quelle date ?</i>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>		oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
▶ Pensions alimentaires versées	€	€		€

Ressources : pour les ressources à 0, veuillez joindre un document justificatif qui indique que l'association prend en charge le demandeur au plan matériel sinon le dossier est renvoyé avec demande de pièces complémentaire.

Signature du formulaire : maintien de la possibilité de signer par une assistante sociale. Attention à la présence de la date et de la signature.

Je, soussigné(e), certifie sur l'honneur avoir pris connaissance de l'ensemble des informations figurant sur le présent formulaire et que les renseignements portés sur cette déclaration sont exacts. En cas de déclaration incomplète ou erronée, la décision d'admission à l'aide médicale peut être retirée. Vous devez alors rembourser le montant des dépenses prises en charge par l'aide médicale de l'Etat (article L. 252-3 du Code de l'action sociale et des familles). Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

1. Constitution des dossiers



11573*07

IMPORTANT

Pour l'établissement de votre carte d'admission à l'AME, vous devez joindre, **IMPERATIVEMENT**, à cette demande, votre photo d'identité récente (format 3,5 x 4,5 cm) ainsi que celle de chacune des personnes à votre charge âgées de 16 ans et plus, mentionnée sur la demande d'AME.

Les photos, en couleur, sur fond blanc, doivent être prises de face, tête nue, être récentes et parfaitement ressemblantes.

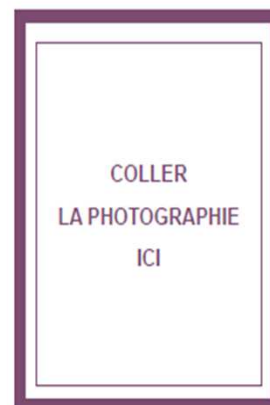
NE PAS UTILISER D'AGRAFES NI D'ADHESIFS

► LE DEMANDEUR

• Nom

• Prénom(s)

• Date de naissance



► CONJOINT(E), PARTENAIRE D'UN PACS OU CONCUBIN(E)

• Nom



Points d'attention :

- Qualité des photos.
- Ordre des photos et correspondance entre photos et coordonnées.
- Présence des coordonnées.
- Différence entre les coordonnées portées sur l'imprimé et le formulaire photo.

1. Constitution des dossiers

Pour chaque personne du foyer, joindre la copie d'un des documents suivants :

- La photocopie du passeport (en joignant toutes les pages même blanches)
- La photocopie d'une pièce d'identité (copie recto-verso)
- Titre de séjour antérieurement détenu
- Extrait d'acte de naissance
- Livret de famille

Si vous ne possédez pas un de ces documents, vous pouvez fournir :

Carte d'étudiant

Permis de conduire



Mineur non accompagné : une attestation d'une association agréée accompagnant le mineur est prise en compte à défaut de document d'identité.

1. Constitution des dossiers

PJ

Pour justifier de la résidence en France depuis plus de trois mois, joindre la copie d'un des documents suivants :

- Passeport indiquant le visa ou le tampon avec la date d'entrée en France (joindre toutes les pages même blanches)
- Contrat de location ou quittance de loyer datant de plus de trois mois
- Facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone fixe datant de plus de trois mois
- Avis d'imposition ou de non-imposition à l'impôt sur le revenu des personnes physiques
- Avis de taxe foncière ou de taxe d'habitation
- Si vous êtes hébergé à titre gratuit par un particulier, attestation sur l'honneur rédigée par cette personne précisant la date depuis laquelle vous êtes hébergé et une quittance de loyer ou une facture d'électricité, de gaz, d'eau ou de téléphone établie au nom de l'hébergeant, datant de plus de trois mois
- Attestation d'hébergement établie par un centre d'hébergement et de réinsertion sociale datant de plus de trois mois
- Si vous êtes sans domicile fixe, une attestation de domiciliation établie par un organisme agréé et datant de plus de trois mois
- Facture d'hôtellerie datant de plus de trois mois.



2^{ème} intention, si vous ne possédez pas un de ces documents cités ci-dessus, pour justifier de la résidence, vous pouvez fournir :

- Bulletin d'hospitalisation
- Facture d'un établissement de santé
- Attestation de scolarité d'un établissement d'enseignement
- Attestation établie par un professionnel de santé ou une association agréée, se portant garant de la présence en France.

Les documents doivent être datés de plus de 3 mois (mais moins de 12 mois).

1. Constitution des dossiers

Focus passeport :

- La fourniture du passeport est à privilégier, mais non obligatoire, si, dans le dossier, il y a un autre document justifiant l'identité et la résidence.
- Si un autre document que le passeport est produit pour justifier de l'identité et de la résidence, l'application COVISA permet de rechercher l'existence d'un éventuel visa. Si la recherche est négative, la personne doit être considérée comme étant en situation irrégulière.
- Il y a une exception à la fourniture de toutes les pages du passeport : constitution du dossier à l'accueil d'une caisse ou avec l'appui des organismes agréés et conventionnés (accord de chaque caisse).
- Si l'instruction (et la consultation de la base des visas) amène à constater la délivrance d'un visa, le passeport sera réclamé afin de rechercher la date d'arrivée en France.

1. Constitution des dossiers

PJ

En fonction de la nature des ressources perçues au cours des 12 derniers mois, il faut joindre :

Un justificatif du versement de la pension alimentaire
Un justificatif des revenus perçus en France ou à l'étranger
Un relevé du montant de la pension de retraite
Les bulletins de salaires
...



Attention : si l'assuré ne dispose d'aucune ressource, il convient de l'indiquer sur le formulaire. Dans ce cas, un contrôle sur les moyens d'existence peut être engagé.

Autre document à joindre en fonction de la situation de l'assuré :

- Il est déclaré une personne qui cohabite avec l'assuré (qui n'est pas le conjoint/concubin/partenaire PACS, ni l'enfant) : joindre une déclaration sur l'honneur, signée par de l'assuré et cette personne, attestant qu'elle vit sous votre toit et se trouve à sa charge effective, totale et permanente depuis plus de douze mois.
- L'assuré a reçu des soins ou a été hospitalisé dans le mois précédant la demande d'AME : joindre les justificatifs de soins, afin que l'AME puisse démarrer à la date de début des soins ou de l'hospitalisation.

1. Constitution des dossiers

Des règles sur la constitution des dossiers opposables à tous :

- **La liste des PJ acceptée en 1^{ère} intention** a vocation à être partagée largement avec tous les acteurs amenés à constituer les dossiers. Elle constitue un engagement de la part de l'Assurance Maladie : garantie que les dossiers constitués selon ces règles ne seront pas retournés pour incomplétude.
- **Si un établissement hospitalier se trouve dans l'impossibilité de joindre aux dossiers de demande d'AME les justificatifs requis, lorsque les patients ne veulent ou ne peuvent pas les fournir ou lorsqu'ils ont quitté l'établissement :** afin d'éviter les allers et retours de dossiers, l'établissement hospitalier peut joindre une attestation indiquant son impossibilité de joindre certaines pièces (instruction N° DGS/SP1/DGOS/SDR4/DSS/SD2/DGCS/2018/143 du 8 juin 2018 relative à la mise en place du parcours de santé des migrants primo-arrivants). Elle peut être signée par le directeur ou son représentant.
- **Besoins de soins :** un certificat joint au dossier permet son orientation vers un circuit de traitement prioritaire (sous 10 jours).

1. Constitution des dossiers

Procédure en cas de dossier incomplet :

- 1) Le demandeur reçoit un courrier l'invitant à fournir le document manquant (demande de pièces complémentaires adressée au demandeur et non à l'intervenant : règle habituelle, la personne est accompagnée dans ses démarches mais en reste responsable).
- 2) Le demandeur doit retourner le document manquant accompagné du courrier dans un délai de 30 jours (le courrier de la caisse permettra une association plus rapide au dossier en instance). Passé ce délai, le dossier sera classé sans suite au bout de 60 jours (et ne donne pas lieu à une décision d'accord ou de refus).

Des questions sur un dossier ?

- Votre référent dans chaque caisse est là pour vous informer sur l'état d'avancement du dossier (consultation possible des outils de gestion).
- A noter : des évolutions attendues en matière de possibilité de transmettre aux structures qui accompagnent les demandeurs la décision prise : nouvelle saisine de la DSS en septembre 2020, en attente de retour.

2. Dépôt des dossiers

Dépôt de la demande d'AME :

- Au 14 octobre 2020, le décret d'application portant sur l'obligation de dépôt en personne des 1ères demandes d'AME n'est pas publié.

Canaux de dépôt constatés :

	Accueil	Courrier	Dépôt à l'hôpital	Association
2 T 2020	4%	81%	7%	7%
1 T 2020	20%	68%	8%	4%

- L'email générique créé par chaque caisse dans le cadre du contexte Covid est maintenu. Les demandes d'AME peuvent être transmises de façon dématérialisée aux caisses. Ce circuit est réservé aux demandes d'AME (ou à la transmission des pièces complémentaires avec le courrier de demande).

Date de dépôt de la demande d'AME :

- **Renouvellement** : 2 mois avant la date de fin du droit AME, un courrier d'alerte est envoyé aux bénéficiaires.
- **Fermeture des droits à la prise en charge des frais de santé** :
 - Problématique particulière liée à la règle de début des droits en matière d'AME, lequel est calé sur la date de dépôt du dossier. Un dépôt anticipé pour éviter une rupture se heurte à l'impossibilité de chevauchement entre les droits.
- **Pistes de solution pour éviter / limiter les ruptures** :
 - Accepter la remise du dossier AME avant la clôture des droits et modifier la date de réception pour la faire coïncider avec le lendemain de la fermeture des droits PUMA.
 - Organiser la remise du dossier AME le lendemain de la fermeture (dans le cadre de la mesure de remise en personne en caisse du 1^{er} dossier de demande d'AME).
 - Mise en œuvre de la rétroactivité en cas de soins.

délais d'instruction (jours)				
Pôle	T4 2019	T1 2020	T2 2020	T3 2020
13	21	46	26	20
75	15	28	32	25
93	18	41	42	14
total	17	38	35	19

Dégradation des délais au 1^{er} semestre 2020 en raison de différents facteurs conjoncturels.

La situation est rétablie.

Articulation entre les soins urgents et l'ouverture des droits à prise en charge des frais de santé

- Condition de résidence de 3 mois avant ouverture des droits : pendant cette période possibilité de soins urgents ; pas de demande d'AME préalable, la copie de l'ADA est à joindre à la facture soins urgents.
- A l'issue de la période de 3 mois, la facturation au titre des soins urgents n'est plus possible : renvoi sur une ouverture des droits PUMA, le cas échéant à titre rétroactif.
- Circuit à bâtir afin d'initier l'ouverture des droits ; les établissements doivent être sensibilisés sur la nécessité d'engager les démarches d'ouverture des droits en cas de soins dispensés à un demandeur d'asile au-delà des 3 mois.

4. Mineurs non accompagnés (MNA)

- **Les MNA pris en charge par l'ASE ont droit à la prise en charge de leurs frais comme tous mineurs :**
 - Droits de bases PUMA.
 - + complémentaire santé solidaire.
- **La reconnaissance du statut de MNA découle d'une procédure d'évaluation de la minorité et de l'isolement. Pendant cette phase d'évaluation :**
 - Le mineur ne relève pas de l'ASE (même s'il est pris en charge par le département).
 - Il est possible de lui attribuer l'AME tant que la décision sur la minorité et l'isolement n'est pas prise.
 - Si le mineur a besoin de soins hospitaliers, la facturation de soins via le dispositif des soins urgents est impossible.

Refus de soins

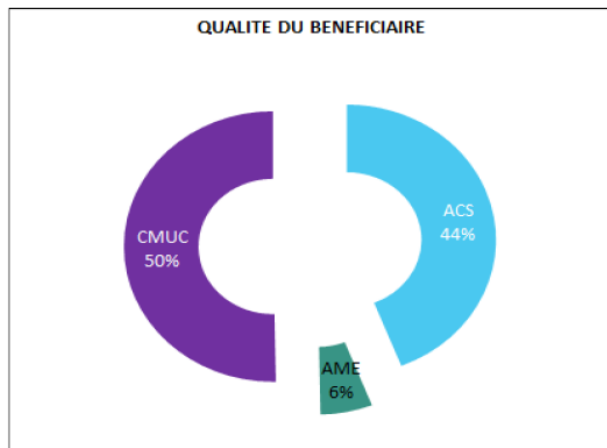
Modalités de repérage à l'Assurance Maladie



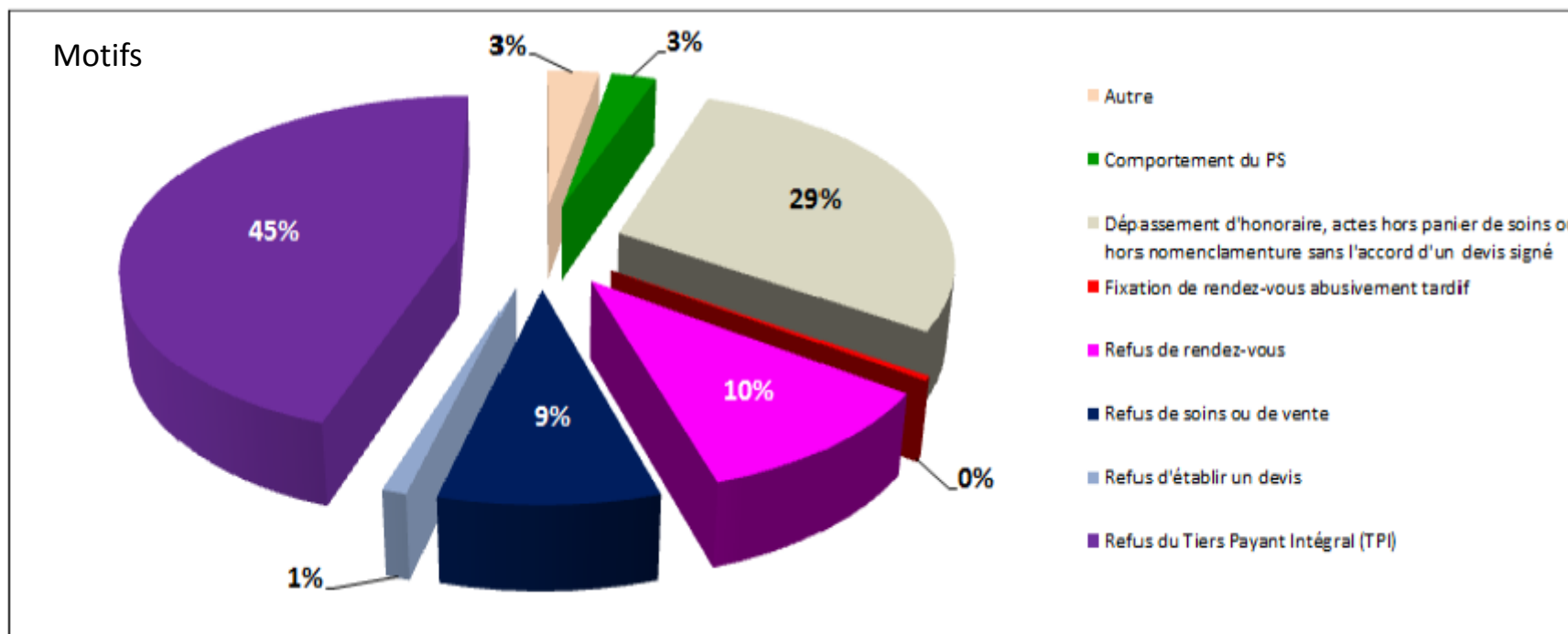
On entend par refus de soins, le refus de soins stricto sensu, c'est-à-dire le fait pour un professionnel de santé de ne pas accepter de recevoir certaines personnes du seul fait qu'elles sont bénéficiaires de la CMUC, ACS ou AME.

Toutefois, d'autres situations de conflit peuvent être portées à la connaissance des caisses d'assurance maladie. Chacune nécessitera un examen au cas par cas et le déclenchement d'investigations complémentaires. Ce n'est qu'à travers un faisceau d'indices concordants que les médiateurs estiment si le professionnel de santé ou l'établissement de santé ont pratiqué un refus de soins caractérisé

- **Traitement par les médiateurs depuis 2008**
- **Chaque année => un rapport d'activité inclut le relevé des refus de soins.**
- **Rapport d'activité 2019 :**
 - L'analyse de ces signalements porte notamment sur :
 - la qualité des bénéficiaires qui ont signalé un refus de soins,
 - les motifs invoqués à l'appui des signalements de refus de soins,
 - le traitement des signalements de refus de soins par les médiateurs,
 - le résultat du travail en médiation.
 - Il est à noter que le rapport 2019 a été élaboré avec les remontées locales : 102 CPAM et 3 CGSS ont répondu à la demande de remontée.



- 41 caisses n'ont enregistré aucun signalement de refus de soins.
- 64 caisses ont eu 1 ou plusieurs saisines signalant un refus de soins
- 501 dossiers ont été enregistrés pour l'année 2019, soit une diminution de 17% par rapport à l'exercice 2018 (603 dossiers).



« Art. R. 1110-8.-*Constitue un refus de soins discriminatoire, au sens de l'article L. 1110-3, toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination mentionnés aux articles [225-1](#) et [225-1-1](#) du code pénal, ou au motif que cette personne bénéficie du droit à la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'[article L. 861-1 du code de la sécurité sociale](#) ou du droit à l'aide médicale d'Etat prévu à l'[article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles](#) ».*

Articulation de la procédure issue du décret du 02/10 avec la médiation mise en œuvre par l'Assurance Maladie

- Ces actions de médiation, en tant qu'elles aident le patient à accéder aux soins qui lui sont nécessaires, ont vocation à perdurer en complément de la procédure de conciliation mise en place par le décret du 02/10 en cas de plainte pour refus de soins discriminatoire.
- Un médiateur de CPAM peut en effet être amené à recevoir des signalement de personnes potentiellement victimes d'un refus de soins.
- Travaux d'articulation en cours de calage avec le ministère pour coordonner les différentes procédures.

Communautaires inactifs

En 2019, + 80% des dossiers reçus sont incomplets.

- **Sur les dossiers instruits :**
 - 38,99% ont obtenu une ouverture de droits au régime des communautaires inactifs
 - 13,41% des dossiers ont été dirigés vers une demande d'AME
 - 28,32 % sont restés sans suite (non réponse aux demandes complémentaires de l'Assurance Maladie)

Quelques rappels :

- **Notion d'inactif :**
 - Il est nécessaire de s'assurer que le demandeur est réellement «inactif» c'est-à-dire qu'il ne doit être ni pensionné (vieillesse, invalidité etc.), ni étudiant.
 - S'il est réellement inactif, le justificatif de fin de droit délivré par le régime de protection sociale qui le couvrait jusqu'alors est une pièce justificative nécessaire à l'étude du dossier.
 - Lorsque le demandeur n'est pas en capacité de fournir cette attestation, il est donc souhaitable qu'il l'indique par écrit et joigne ce courrier au dossier. Dans ce cadre, l'Assurance Maladie pourra être amenée à la demander au pays d'origine.
 - Si la personne est en possession d'une CEAM ou n'a pas épuisé ses droits dans le pays où elle résidait, sa demande est traitée par sa CPAM de résidence.

Quelques rappels :

- **La nationalité :**
 - La nationalité du demandeur doit être déterminée. En effet, ce n'est pas le pays où il résidait qui détermine les règles d'instruction de sa demande mais bien sa nationalité.
 - Nous devons rechercher si des droits sont ouverts pour les seuls européens.
 - Les autres nationalités sont traitées selon les règles de la PUMA.
- **Les ressources :**
 - Seuls les ressortissants communautaires européens inactifs qui justifient de conditions de ressources suffisantes peuvent prétendre à des droits au titre du statut de communautaire inactif.

Quelques rappels :

- **La complétude du dossier : le dossier transmis à la CPAM de résidence doit comporter les pièces suivantes ...**
 - Une pièce justificative de l'identité
 - Le questionnaire « Recherche de droits des ressortissants européens inactifs, complété et signé (Formulaire 710)
 - L'attestation de fin de droits du régime de protection sociale précédent
 - Les justificatifs de ressources des 12 derniers mois glissants + l'avis d'imposition N-1 (France ou étranger)
 - Les justificatifs de résidence (tels que décrits dans le cerfa 710)

Masques pour les populations modestes

Masques pour les populations modestes

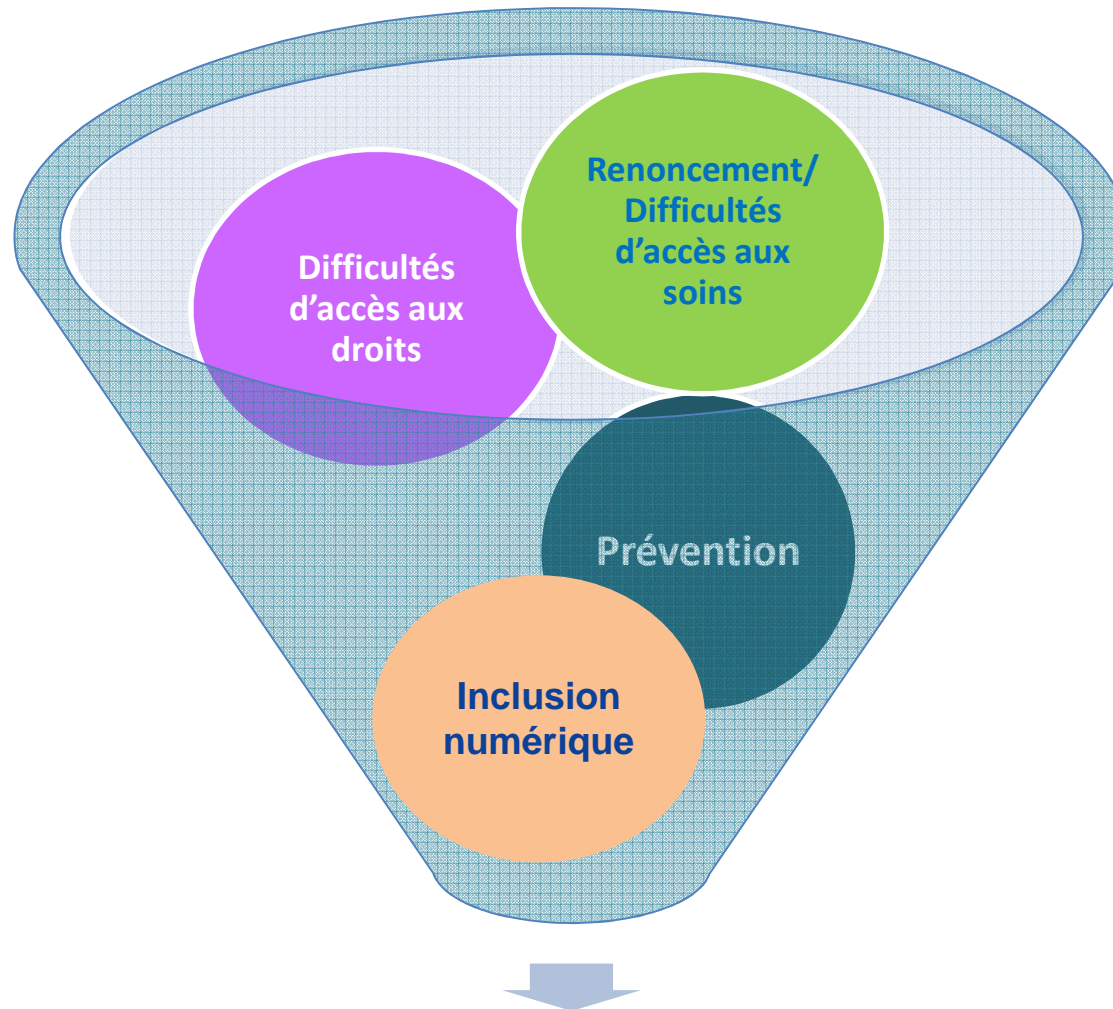
Seconde vague d'envoi



Seconde vague d'envoi de masques « grand public », réserve Etat, pour les populations modestes (la première vague a eu lieu première quinzaine d'août 2020) : masques lavables 20 fois.

- **Publics visés :**
 - bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire
 - de l'ACS
 - de l'AME
- Extraction des bénéficiaires avec des droits actifs au **24/09 inclus**.
- **6 masques** par membre du foyer, quel que soit l'âge.
- **Période d'envoi :** 6 octobre -> à mi-novembre.
- **Si un assuré est concerné mais ne reçoit pas ses masques, il prend contact avec le CCAS-CIAS de son lieu de résidence.**

Stratégie « accès aux droits et aux soins » de l'Assurance Maladie



Accès aux droits et aux soins

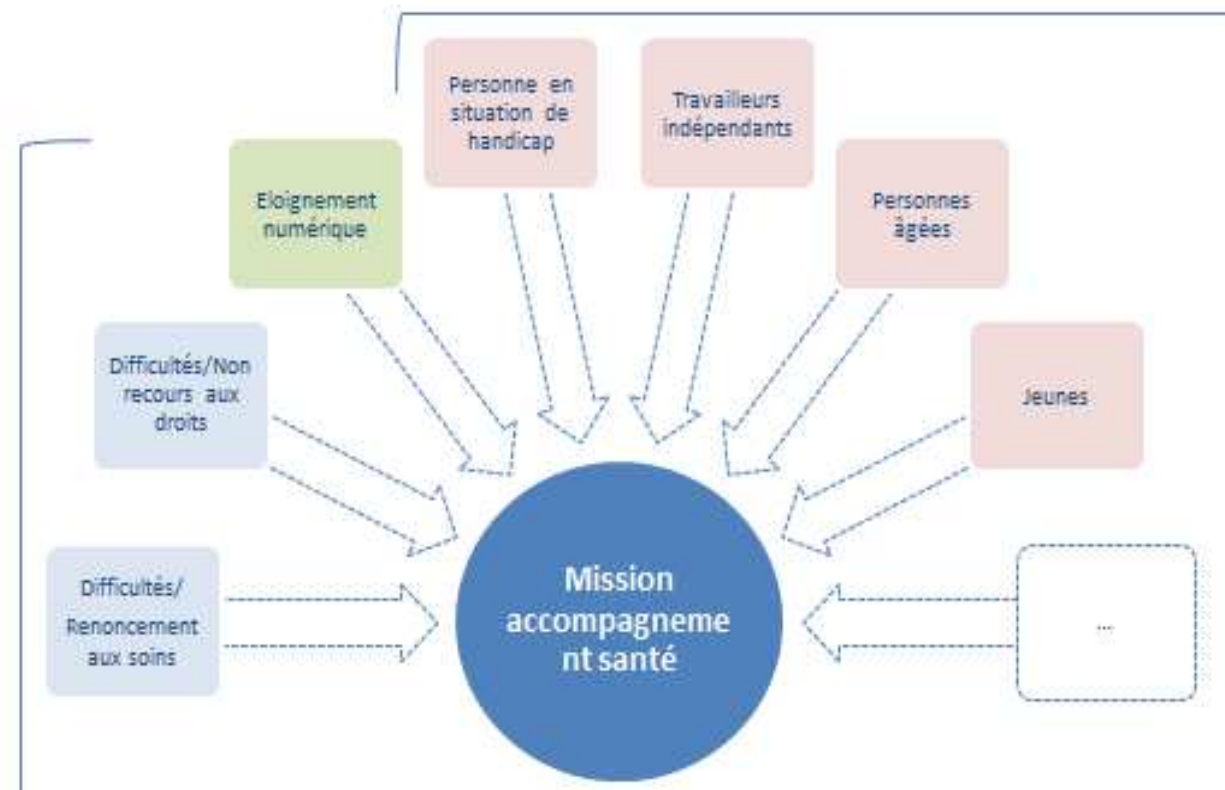
Présente dans chacune des Cnam de métropole*, la Mission Accompagnement Santé a pour mission :

- **De coordonner / organiser ou réaliser l'accompagnement d'assurés** dans le cadre :
 - De difficultés d'accès aux droits
 - De renoncements ou de difficultés d'accès à des soins (financière, géographique, temporelle, handicap...)
 - De fragilité face au numérique
 - ...
- **D'orienter vers le service social de l'Assurance maladie** les situations de fragilité sociale complexe.

*travaux en cours en vue d'une extension dans les Cnam Martinique, Guadeloupe et Réunion pour le T1 2021

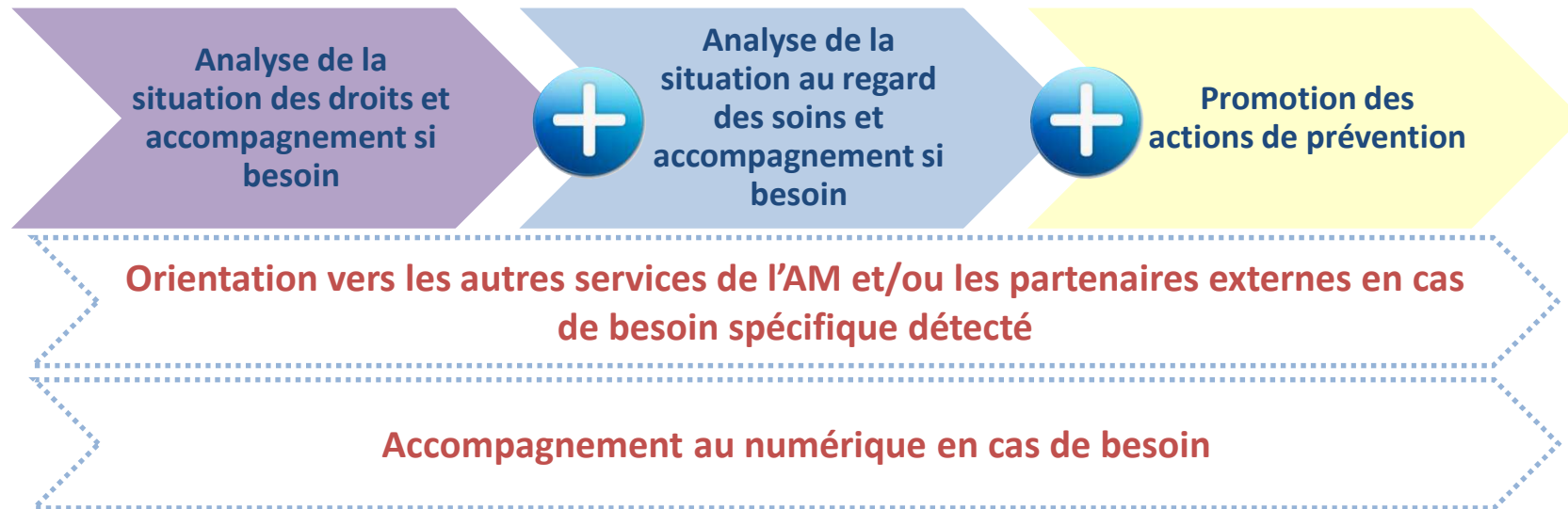
Un point d'entrée unique quel que soit le mode de détection de l'assuré

Approche populationnelle par le biais
d'actions « d'aller vers »



Détection thématique
par le biais des
détecteurs internes
et/ou des partenaires

Une offre de service intégrée et complète...



... pour permettre à chacun :

De disposer des droits auxquels il peut prétendre

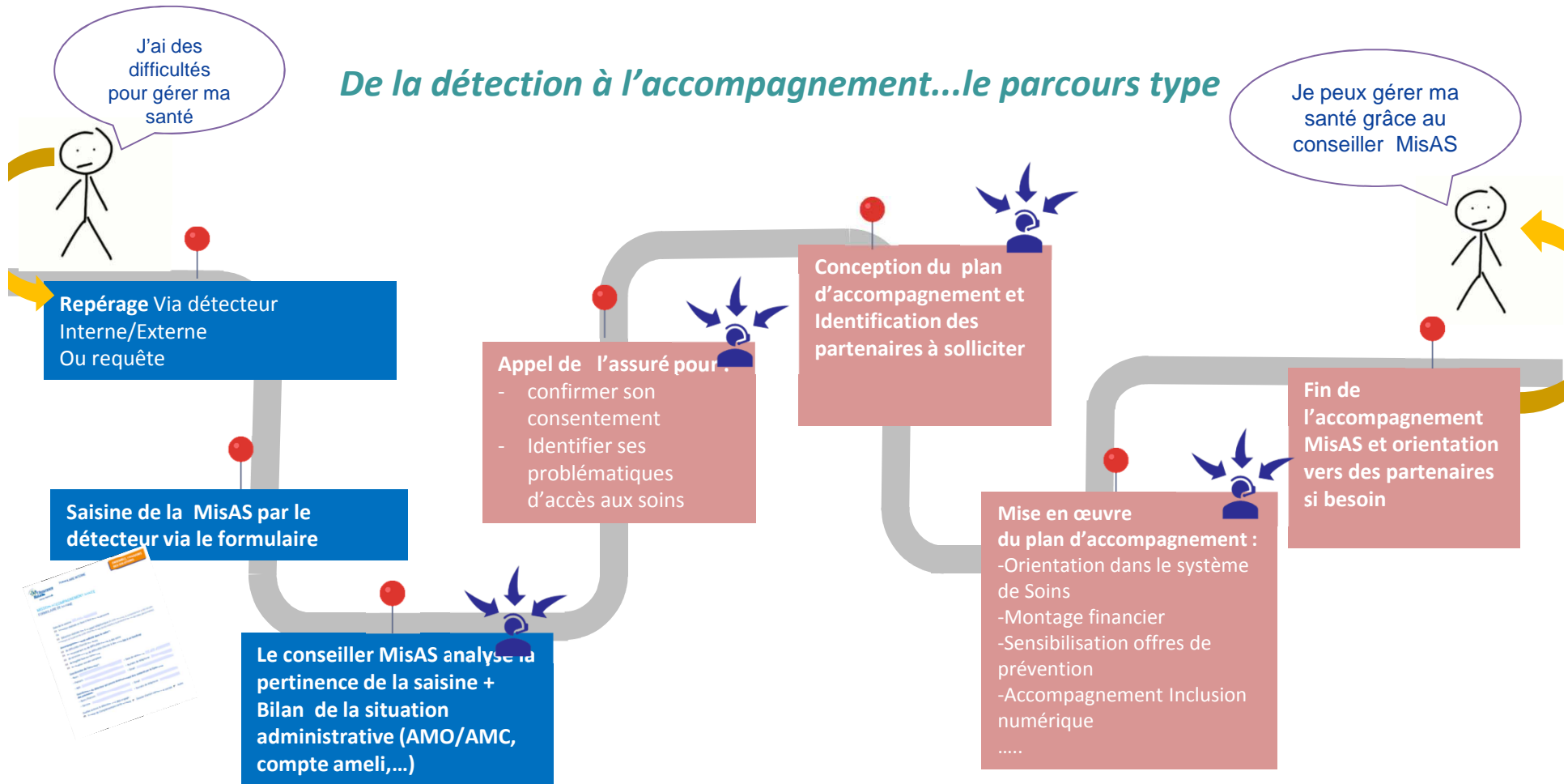
Connaitre et comprendre mieux le système de santé

De trouver des solutions concrètes face aux difficultés rencontrées

Renforcer son autonomie dans la prise en charge de sa santé

Mission accompagnement santé (MisAS)

De la détection à l'accompagnement...le parcours type



Une offre de service en lien avec tous les services de l'Assurance Maladie selon les besoins identifiés de l'assuré au niveau :

- de la détection ■
- et de l'accompagnement ■

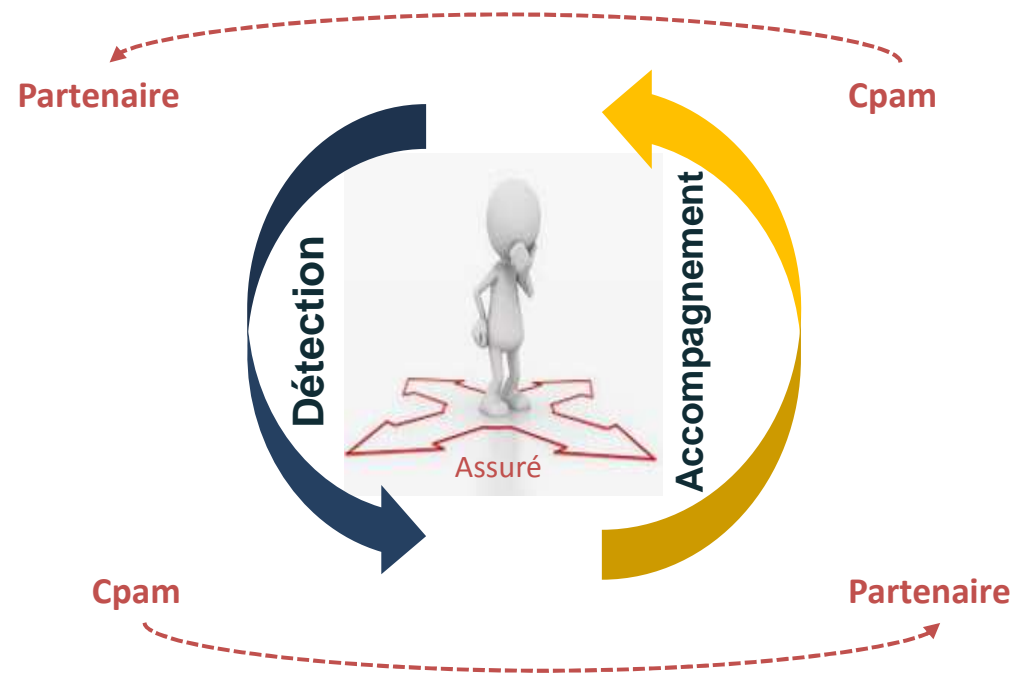


Une offre de service en lien avec de nombreux partenaires externes pour optimiser la détection et l'accompagnement des personnes fragiles :

- Des conventions signées au niveau national (UNCCAS, Restaurants du Cœur, FNMF, Adoma, Secours Populaire Français...) et d'autres à venir...
- Des conventions signées au niveau local.



En 2019 : 9,6% des détections



Situations d'urgences/Contact Assurance Maladie

Rappel : Une Ligne Urgence Précarité avait été mise en place dans le cadre des actions Planir, pour recevoir des appels des professionnels de santé liés à des situations d'urgence en matière d'accès aux droits à l'Assurance Maladie et d'accès aux soins.

=> C'est à dire celles qui, prises en charge selon les circuits et délais de traitement classiques, seraient fortement susceptibles d'aggraver la vulnérabilité de la personne.

NB : concrètement, il s'agit de cas où l'assuré est en situation de soins imminents

Cette ligne permettait :

- un accès rapide et direct à un interlocuteur unique de la Caisse Primaire,
- la réponse à une difficulté urgente d'accès à la prise en charge de soins,
- un traitement rapide, coordonné et global.

Ces lignes sont fermées depuis mi juillet 2020

Pour les partenaires => Volonté d'offrir un traitement homogène des appels en lien avec des situations d'urgence telles que définies ci dessus sur l'ensemble du territoire (36 46) par le langage naturel « Urgence partenaire »



Une communication locale sera faite par les organismes auprès de leurs partenaires

Missions accompagnement santé en chiffre

- **En 2019 : 80 230 personnes orientées dans les différentes MisAS**
 - Dont 59 % de femmes.
 - Dont 45 % de personnes vivant seules, 15 % de familles monoparentales.
 - Dont 47 % sans activité professionnelle.
 - Dont 30 % sans organisme complémentaire (yc CSS).
- **En 2019 : 36 580 accompagnements avec soins réalisés dans les différentes MisAS**
 - Dont 58 % avec un accompagnement aux droits (C2S, accès à un OC, carte Vitale...).
 - Dont 27 % avec un accompagnement financier.
 - Dont 62 % avec une orientation dans le parcours de soins.
 - Dans le même temps, 33 431 accompagnements ont été clôturés sans réalisation de soins soit pour saisie non pertinente, soit pour refus de l'assuré => Mais près de 30% ont permis un accompagnement aux droits.
- **Plus de 127 000 renoncements constatés (pour 80 230 saisines) : en moyenne 1,6 renoncement par saisine**
 - Dont 29 % de soins dentaires prothétiques.
 - Dont 23 % d'actes de spécialistes.
 - Dont 12 % de soins d'optique.
 - Dont 10 % de soins dentaires conservateurs.

Stratégie du service social de l'Assurance Maladie

Chiffres clé du service social



- 2 574 professionnels dont 64,6% assistant(e)s de service social sont mobilisé(e)s au service des assurés du régime général en 2019.

- 2 570 lieux d'accueil du public afin de garantir une offre de service en proximité des publics.



- 512 500 bénéficiaires accompagnés par le service social en 2019.
- Plus de 1 million d'entretiens sociaux individuels.

- Depuis 2019, le service social de l'Assurance Maladie a redéfini et structuré les offres socles de ses **4 grands axes d'intervention** :
 - ✓ **Sécuriser les parcours en santé**
 - ✓ **Prévenir la désinsertion professionnelle**
 - ✓ **Stabiliser le retour à domicile après hospitalisation**
 - ✓ **Agir pour le bien vieillir**
- Les offres socles définissent ce sur quoi le service social s'engage partout sur le territoire.
- Les offres socles permettent d'avoir une meilleure visibilité et lisibilité du service social de l'Assurance Maladie, notamment sur sa complémentarité avec les autres offres de l'Assurance Maladie.

Sécuriser les parcours en santé

- **Publics concernés :**
 - Assurés fragilisés par des problématiques sociales complexes qui aggravent et pérennisent le risque de non- recours aux soins.
 - Assurés atteints d'une pathologie qui génère des bouleversements majeurs dans leur vie personnelle, professionnelle, familiale et/ou sociale, susceptibles de les marginaliser et de générer des ruptures avec l'entourage.
- **Objectifs de l'Assurance Maladie :**
 - Faciliter l'accès aux soins des assurés fragilisés et/ou précarisés par la maladie, par une situation de rupture, ou empêchés dans leurs démarches par des freins psycho-sociaux et un manque d'autonomie
 - Offrir aux assurés une prise en charge globale dans le cadre des parcours attentionnés de l'Assurance Maladie.
- **Rôle du service social en niveau 2 sur sollicitations de la Mission Accompagnement Santé ou du service médical :**
 - Travail de remobilisation afin que l'assuré soit réellement et durablement rendu autonome dans ses démarches de santé et « acteur » de sa santé et de ses soins.
 - Accompagnement pour favoriser l'acceptation de la maladie et du parcours de soins
- **Partenaires :** CES (Centre d'Examen de Santé), Mission Accompagnement Santé, Action sociale et sanitaire, Associations caritatives, CCAS, Centres hospitaliers, Associations de malades...

Prévenir la désinsertion professionnelle

- **Publics concernés** : les assurés en arrêt de travail et en risque de désinsertion professionnelle
- **Objectifs de l'Assurance Maladie** :
 - Favoriser le repérage précoce des assurés en risque de désinsertion professionnelle et éviter l'exclusion de la sphère professionnelle,
 - Améliorer la prise en charge grâce à un parcours assuré sécurisé de bout en bout, adapté à chaque situation, proposant une offre de services plus lisible et graduée qui s'articule avec les partenaires internes ou externes,
 - Contribuer à la réduction de la chronicisation de situations complexes et douloureuses.
- *Rôle crucial du service social dans l'accompagnement des publics et le développement de partenariats pour des détections appropriées*
- **Partenaires** : Consultation médico-professionnelle, acteurs de l'emploi et de la formation, tutelles,...

Près de 219 000 assurés accompagnés en 2019

Stabiliser le retour à domicile après hospitalisation

- **Publics concernés :**
 - Bénéficiaires des dispositifs PRADO (PRogramme d'Accompagnement du retour à DOmicile) (hors maternité) .
 - Personnes qui bénéficient d'une ARDH (Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation) dispositif PRADO et hors PRADO.
- **Objectifs de l' Assurance Maladie :**
 - Sécuriser le retour à domicile par une meilleure articulation entre le médical et le social, l'hôpital et la ville.
 - Améliorer la prise en charge des assurés et limiter le risque de ré hospitalisation.
- **L'intervention du service social en sortie d'hospitalisation vise principalement à limiter les risques sociaux de ré-hospitalisation.**
- **Partenaires :** Action Sociale Retraite et Centres hospitaliers.

Plus de 60 000 assurés accompagnés en 2019

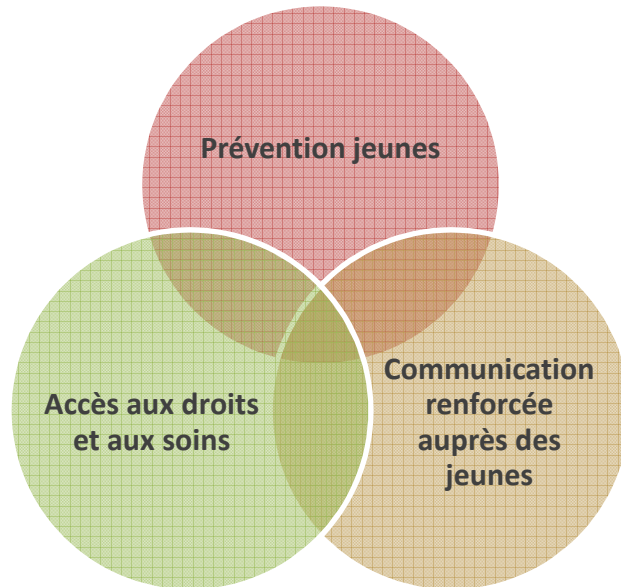
- **Publics concernés :**
 - Futurs et nouveaux retraités en situation de fragilité (sociale et/ou de santé), considérant le passage à la retraite comme un risque supplémentaire de rupture et de précarisation + publics bénéficiaires du minimum vieillesse (ASPA)
- **Objectifs de l'Assurance Maladie :**
 - Sensibiliser aux actions pour le « bien-vieillir » au moment du passage à la retraite
 - Accompagner les assurés bénéficiaires du « rendez-vous prévention jeune retraité » suite à détection des CES (centre d'examen de santé)
- **Les interventions du service social auprès des assurés retraités visent la préservation du lien social, la prévention de la perte d'autonomie et le bien vieillir à domicile.**
- **Partenaires :** CES, Service retraite et Action Sociale Retraite, Guichet unique de proximité et CCAS

Près de 57 000 assurés accompagnés en 2019

Stratégie santé jeunes de l'Assurance Maladie

Stratégie santé jeunes 16-25 ans

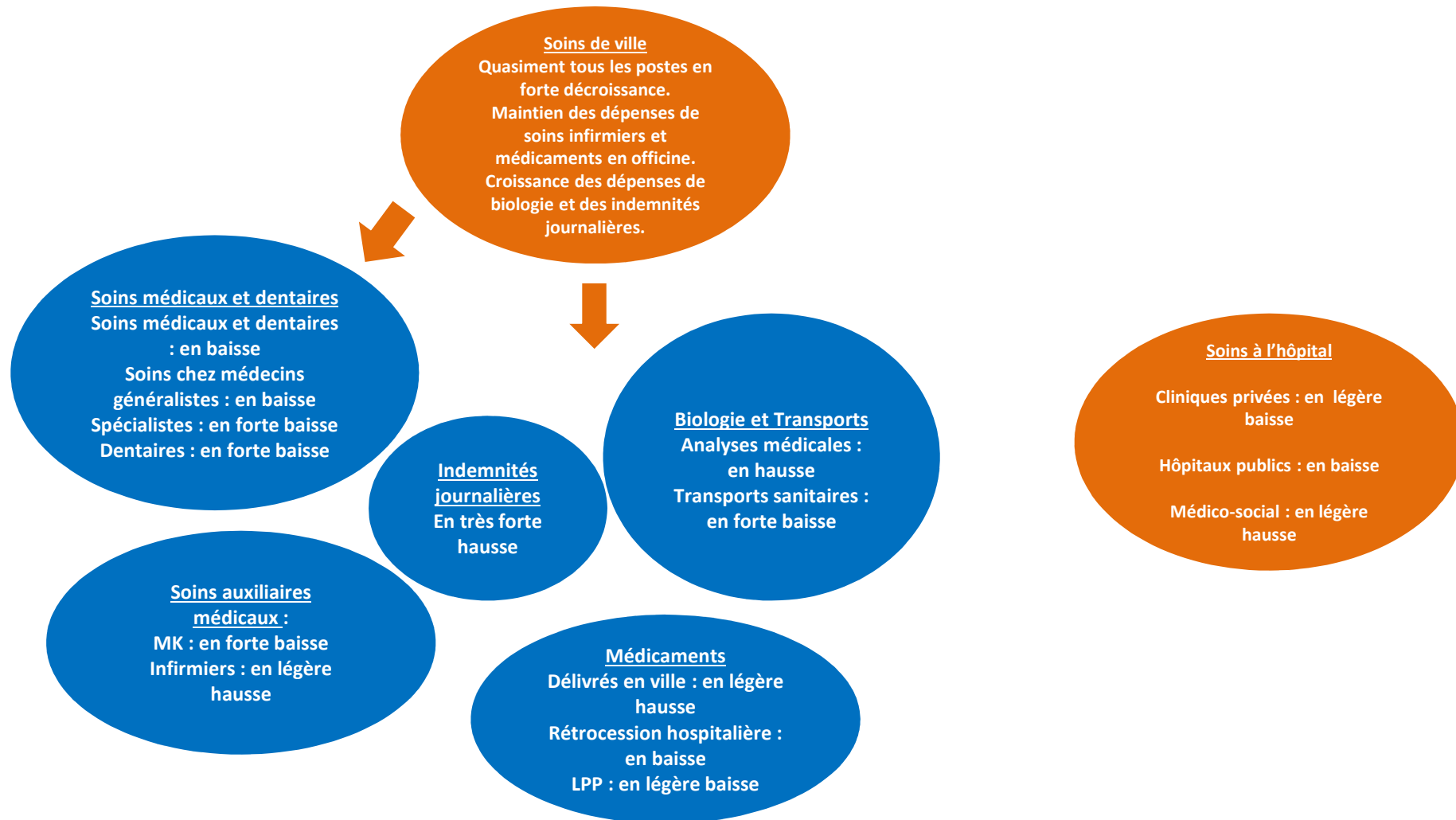
Répondre aux besoins spécifiques du public « Jeunes »



- **Une stratégie** ambitieuse auprès des jeunes, installée sur l'accès aux droits et aux soins de l'ensemble de ce public et notamment pour les jeunes en situation de vulnérabilité (Mission Accompagnement Santé et Parcours Santé Jeunes...), des thématiques de prévention et un plan de communication spécifiques à cette tranche d'âge.
- **Un cadre partenarial** permettant de soutenir ou relayer les actions tant au niveau national (Ministères de l'Education Nationale et de l'Enseignement supérieur, CPU, UNML, CNOUS...) qu'au niveau local (Missions Locales, CFA, Ecole de la 2ème chance, FJT, Etablissements d'Enseignement supérieur, Rectorat, Crous, médecine universitaire...).

Consommation de soins pendant le confinement

Consommation de soins du 1.1.20 au 31.08.20



Statistiques sur le recours à la complémentaire santé solidaire

Recours à la complémentaire santé solidaire

Au 1er novembre 2019, ACS et CMU-C ont fusionné pour permettre à davantage de personnes modestes de ne plus rien déboursier pour être soignées. Selon les revenus et l'âge des bénéficiaires, cette complémentaire santé solidaire est gratuite ou coûte au maximum 30 euros par mois.

Evolution du nombre de bénéficiaires entre octobre 2019 / juillet 2020	
CMUC ou C2S sans participation financière	+ 11 %
ACS	+ 7,9 %
C2S avec participation financière	
TOTAL	+ 10,4 %

Régime général

S'agissant du groupe des primo-demandeurs de la C2S, la répartition choix Cnam / choix complémentaire est de l'ordre de 40/60.

Est considéré comme un primo-demandeur :

- un assuré qui n'a pas déjà été bénéficiaire de la CMUC/ACS.
- un ex bénéficiaire de l'ACS dont le terme du contrat est supérieur à deux mois.

Recours à la complémentaire santé solidaire

Focus sur la complémentaire santé solidaire avec participation financière :

- Sur les bénéficiaires avec un contrat actif à fin juillet 2020, 33,5 % sont gérés par les CPAM.
- Le mode de paiement privilégié est le prélèvement (99,7% des modes de paiement).

Focus sur la demande de complémentaire santé solidaire en ligne :

- Le service de demande en ligne généralisé en janvier 2018 dans le compte ameli.
- On constate une forte progression des demandes en ligne en 2020, notamment dans la période de confinement.

Période	Nombre de demandes en ligne
total 2017	112 195
total 2018	231 421
total 2019	417 189
janv-20	55 933
févr-20	34 930
mars-20	34 279
avr-20	44 686
mai-20	74 503
juin-20 (au 27/06)	70 941
total 2020	315 272

Enquête sur la non-réalisation de soins pendant le confinement

Enquête exploratoire de la Cnam pour **déterminer la nature et l'ampleur de la non-réalisation de soins pendant le confinement :**

- Enquête menée en partenariat avec l'Odenore (Observatoire des Non-Recours aux Droits et Services).
- Enquête en ligne, destinée à la population générale.
- Contenu du questionnaire : large champ couvert => non-réalisation de consultations de généralistes, spécialistes, dentistes, d'actes de dépistage, de prise de médicament...
- Invitations à remplir l'enquête réalisées à partir d'une campagne d'emails du compte ameli (50 000 personnes tirées au sort), communication sur le site de l'AM, les réseaux sociaux et **auprès des partenaires (email d'aout)**.
- 4 236 questionnaires complets recueillis entre fin juillet et mi-septembre.
- **Les premiers résultats seront présentés au mois de novembre.**