



Sommaire

Editorial

page 2

La CMU, une loi historique

page 3

Interview de M Patrick DIVAD

page 4

La CMU au régime agricole

page 5

Conditions d'ouverture de droit
(CMUC, CMUB, ACS)

page 7

Le panier de soins

page 9

La CMU en chiffres

page 11

La non-discrimination : une
obligation pour les PS

page 12

Le service social et la lutte
contre la précarité

page 14

Le profil courant d'un CMUiste

page 15

Étude sur la consommation de
soins en Ville

page 17

Interview des responsables
relations clients et du pôle
gestion des bénéficiaires

page 19

Foire aux questions

Spécial CMU

éditorial

C'est une évidence dans toutes les commissions conventionnelles avec les différentes professions de santé : la CMU occupe une place importante dans les débats.

Sa gestion, l'accès aux soins, le nombre croissant de cmuistes dans notre région Guadeloupe, les délais pour obtenir le renouvellement des droits, les difficultés techniques vécues par les professionnels de santé pour certains cas particuliers, autant de questions qui justifient que l'on consacre un numéro spécial INFO PS sur la CMU.

Ce numéro se veut le plus complet possible sur les aspects juridiques, pratiques, utiles pour le PS avec le témoignage de nos gestionnaires, avec la foire aux questions.

Et pour nous la CGSS, sa conception a été l'occasion d'engager une analyse plus approfondie sur l'apport de la CMU dans l'accès aux soins de la Guadeloupe où la précarité est très prégnante, sur le profil du cmuiste et sa consommation médicale.

L'étude n'intègre pas les données de consommation hospitalière car l'exploitation des statistiques à notre disposition aurait demandé un temps très long. L'on sait toutefois que la consommation du cmuiste se fait davantage à l'hôpital en situation d'urgence qu'en ville.

En ville, le cmuiste consomme deux fois moins que l'assuré classique. On voit que ces résultats battent en brèche nombre d'idées reçues sur l'effet incitateur du tiers payant sur la consommation.

Au contraire, la prise en charge de leur santé, de la prévention n'est pas au premier rang des personnes en situation de fragilité sociale.

C'est pourquoi les priorités de l'Assurance Maladie dans ses actions de prévention : examens bucco dentaires, dépistages des cancers, vaccinations, examens périodiques de santé portent toutes en 2011/2013 sur les bénéficiaires de la CMUC.

Partageons cette priorité avec vous les professionnels de la santé.

Béatrice RESID
Directeur Général Adjoint CGSS

Info PS : Le bulletin d'information de la CGSS Guadeloupe à l'attention des professionnels de la santé

Directeur de la publication : Henri YACOU - Rédacteur en chef : Béatrice RESID

Rédacteur en chef adjoint : Eddy BROUSSILLON - Secrétaire de rédaction : Francine BADE

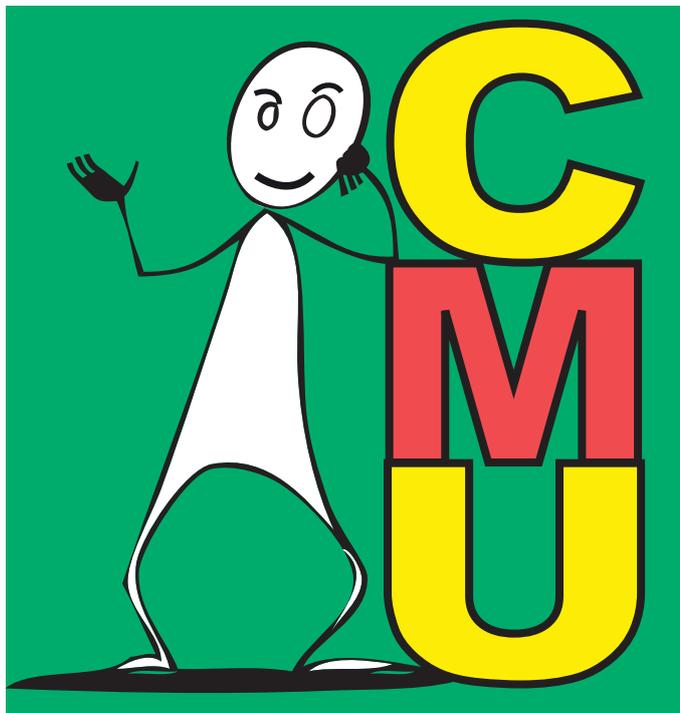
Comité de rédaction : Francine BADE, Jean-Pierre CHEVRY, Fanny CHOVINO, Jeanine COPPRY, Gladys ELICE, Nicole GEROMEGNACE, Karina MATOU, Jean-philippe MIROT, Katia MOUNICHY-RILCY, Léna OGOLI - A collaboré : Léna ANGELE, Betty BESRY, Marielle BOC-MOUEZA, Patrick DAMPROBE, Patrick DIVAD, Frantz FOGGEA, Régine MACHECLER

Conception graphique : David ROCHEMONT - Photos : Dominique DESCIEUX-REYNOSO

Contact : infops@cgss-guadeloupe.fr

La CMU : une loi historique

Du bon d'aide médicale gratuite pour 40 % de la population en Guadeloupe à la carte vitale pour tous



La création de la couverture maladie universelle en 2000 a complètement changé les conditions de l'accès aux soins en Guadeloupe.

C'était il y a pas si longtemps, à peine plus de onze ans, la personne qui ne bénéficiait pas de la Sécurité Sociale ou qui ne pouvait pas faire l'avance des frais pour consulter un médecin, devait se faire délivrer un bon d'aide médicale par le Centre d'action Sociale de sa commune.

Le professionnel de santé était ensuite remboursé par les Services du Conseil Général après avoir pratiqué un taux d'abattement sur le tarif conventionnel de la Sécurité Sociale.

Il en était de même pour se rendre à l'hôpital, lequel hôpital percevait la dotation globale de la Sécurité Sociale dans une proportion de 60% à 80%, la différence étant payée par le conseil général et l'Etat pour l'AMG ou l'AME.

L'autre solution pour les non assurés sociaux était l'assurance volontaire.

Or il était constaté des écarts importants de mortalité entre groupes sociaux en raison des difficultés de l'accès aux soins, des conditions de vie et des comportements à risque.

Rappelons nous que 18% des ménages guadeloupéens est en dessous du seuil de pauvreté (INSEE 2008).

L'entrée en vigueur au 1er janvier 2000 de la couverture maladie universelle a permis de lutter contre ces inégalités et en Guadeloupe et dans les DOM *en général, l'impact a été très fort.

Les grands principes de la loi:

- Universalité : l'assurance maladie : un « droit universel » obligatoire
- simplification : guichet unique à la sécurité sociale
- immédiateté : l'ouverture des droits doit être immédiate
- continuité : pas de rupture
- autonomie : carte vitale
- uniformisation de traitement sur tout le territoire
- amélioration des soins : prestations et services médicaux opposables

A peine un an après la création de la CMU, 76 659 personnes en Guadeloupe bénéficiaient déjà de la CMU complémentaire donc du tiers payant total dont 9466 qui n'avaient aucune protection sociale.

Depuis la montée en charge n'a cessé de progresser (123 000 dont 59 000 cmu de base) et le profil de la consommation médicale également : d'une consommation au départ presque exclusive en établissement, les cmuistes petit à petit ont accédé aux soins de ville avec maintenant une bonne prise en charge dentaire.

** à noter que le plafond de ressources est plus favorable dans les Dom qu'en métropole (+11,3%), ce qui explique pour partie la part plus prépondérante de la CMU dans les DOM.*

Interview de Patrick DIVAD Directeur des Prestations Assurance Maladie



Selon vous, quel est l'impact, à l'heure actuelle, de la CMU dans les missions que vous gérez ?

P.D : L'impact est effectivement conséquent, pas seulement dans la gestion des droits, mais également au niveau du pôle Prestations en Nature car la CMU engendre beaucoup de réclamations provenant des professionnels de santé.

Par ailleurs l'importance de la précarité en Guadeloupe engendre un afflux important au sein de nos accueils car la part de bénéficiaires de cette couverture sociale s'élève à près de 40% dans nos fichiers, pour le Régime Général. Parallèlement, le législateur durcit les conditions d'entrée à la CMU et à l'AME, notamment en termes de contrôle des ressources. Cette exigence des pouvoirs publics entraîne un examen attentif des dossiers, notamment concernant les ressources. L'impact de la CMU est donc fort dans notre gestion, il en est de même pour tous les Dom et les régions frappés par la précarité (Seine-saint-denis, Bouche du rhone ...).

Quelles sont les conséquences du poids de la CMU, pour vous, dans la gestion quotidienne de la DPAM ?

P.D : La conséquence immédiate est le délai de traitement des dossiers, qui est jugé long par nos concitoyens, d'autant plus que celui-ci ne doit jamais dépasser les 2 mois (exigence réglementaire).

De plus, nous devons être en capacité d'accueillir tout au long de l'année l'importante affluence des bénéficiaires ; C'est le sens des chantiers de rénovation de nos sites d'accueil entamés depuis quelques mois, pour offrir de meilleures conditions de travail aux techniciens d'accueil et améliorer les conditions d'accueil du public.

Enfin nous investissons énormément dans le domaine de la formation pour gagner en qualité de traitement des dossiers et au final assumer plus efficacement notre mission de service public.

Depuis 2000 date de création de la CMU et jusqu'à ce jour, quelles ont été les adaptations que vous avez du faire pour intégrer efficacement la CMU dans les rouages de la Branche Maladie ?

P.D : La CMU, c'est l'assurance maladie de ceux qui n'ont pas de couverture sociale par d'autres moyens. Depuis l'année 2000, nous avons dû adapter les ressources dédiées au traitement des dossiers CMU. Cette adaptation s'est faite en plusieurs étapes.

Ensuite nous avons dû former l'ensemble de la ligne d'accueil à la réception et au traitement de ce type de dossiers, en lieu et place des unités spécialisées mises en place au démarrage du dispositif.

Enfin une politique active de communication a accompagné cette montée en puissance du dispositif, afin que les exigences réglementaires liées aux ressources soient bien comprises par les bénéficiaires.

Et à plus ou moins long terme, quel sera, selon vous, le prochain cap important que devra franchir la DPAM à ce sujet ?

P.D : L'analyse des données sociales et économiques indiquent clairement le développement de la précarité. Aussi, nous devrions assister au mieux à une stabilisation du nombre de dossiers à traiter, à moins que l'activité économique ne reprenne...

En interne, nous adaptons notre organisation et déployons au mieux nos moyens contraints, à cette activité croissante pour assumer pleinement nos missions dans les meilleurs délais.



La CMU au régime agricole

Le régime agricole en Guadeloupe gère la CMU complémentaire. Les assurés ayant de faibles ressources bénéficient des mêmes avantages qu'une mutuelle. Le plafond est fixé annuellement.

En 2010, 1365 assurés bénéficient de la CMU complémentaire. Cet effectif est en hausse de 8,50% par rapport à 2009. Parmi ces bénéficiaires, 73% sont des assurés et 27% sont des ayants droits.

Population bénéficiant de la CMU (par qualité)

Année 2009	Année 2010	Evolution 2009/2010	
Assurés	956	993	3,87%
Ayants droits	302	372	23,17%
Ensemble	1258	1365	8,50%

Montant des prestations CMU-C en 2010

Le montant global des prestations CMU-C en Guadeloupe versée par le régime agricole s'est élevé à 564 263,59€ en 2010 soit une évolution de 5,15% par rapport à 2009.

Prestations CMU-C	536 589, 75 €	564 263,59 €	5,15%

Données comptables 2009 et 2010

La CMU et le Régime Agricole : ATTENTION !!

Depuis la mise en place de la CMU, des agriculteurs se sont désaffiliés et ont déclaré une cessation d'activité pour s'affilier à la CMU de base du régime général.

Bénéficiant d'une protection contre les aléas de la maladie, ils ne bénéficient pas d'une protection contre les aléas du risque de vieillissement et de la dépendance.

Le régime agricole s'engagera dans une communication dès la rentrée pour rappeler l'importance du versement des cotisations sociales pour la garantie de sa retraite.

Vous souhaitez plus d'informations, n'hésitez pas à contacter votre conseiller agricole ou rendez vous sur le site internet du régime agricole guadeloupe :



santé
famille
retraite
services

Régime Agricole
CGSS de la Guadeloupe
Quartier de l'Hôtel de Ville,
BP 486, 97159 POINTE-A-PITRE Cedex

Betty BESRY
Directeur de la
Mutualité Sociale Agricole



www.regimeagricole971.fr

Conditions d'ouverture de droit pour la CMUB, la CMUC et l'ACS

I - Qu'est ce que la couverture maladie universelle ?

(Loi n°99-647 du 29/07/1999)

Il ne faut pas confondre la Couverture Maladie Universelle de Base (C.M.U.B.) et la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (C.M.U. C).

■ L'affiliation sur critère de résidence, C.M.U. de base :

- est une protection maladie obligatoire, ouverte aux personnes qui résident de façon régulière en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie, elle est gérée exclusivement par le régime général (article L380-1 du code de la sécurité sociale),
- ouvre droit au remboursement de la part obligatoire aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux,
- ne dispense pas l'assuré de faire l'avance des frais.

■ La C.M.U. complémentaire (C.M.U. C) :

- est une protection complémentaire, qui fonctionne comme une mutuelle pour vos patients qui ont de faibles revenus.
- dispense de faire l'avance des frais sur la part obligatoire et la part complémentaire,
- donne droit à la prise en charge du ticket modérateur et du forfait journalier,
- propose des compléments tarifaires (dits paniers de soins) en matière de prothèses dentaires, auditives, d'optique ou de soins d'orthopédie dento-faciale.

Pour les deux dispositifs, le renouvellement fait l'objet d'un examen chaque année sur demande.

2 - Qui peut bénéficier de la CMU?

La CMUB et la CMUC sont attribuées uniquement aux personnes résidant de façon stable et régulière en France.

Il faut donc résider depuis plus de trois mois de manière ininterrompue sur le territoire français. (Les critères de régularité sont variables pour les ressortissants de UE/EEE/Suisses et des autres pays.)

■ La CMU de base :

Le bénéfice de la couverture maladie sur critère de résidence (CMUB) est soumis au paiement d'une cotisation, pour les personnes dont les ressources dépassent un plafond fixé (art. L380-2 du CSS)

Périodes	Montant du plafond par foyer en euros (Revenu fiscal de référence)
A compter du 01/10/2011	9164
Du 01/10/2009 au 30/09/2010	9020

■ La CMU complémentaire :

Elle est accordée, de plein droit, aux bénéficiaires du RSA Socle et du RSA Socle Majoré.

Les personnes dont les ressources sont inférieures à un certain plafond fixé réglementairement et révisé chaque année peuvent également en bénéficier.

Le demandeur doit joindre à sa demande son dernier avis d'imposition ainsi que tous les justificatifs de ressources perçues par son foyer au cours des 12 mois qui précèdent sa demande.

Pour une personne : 720,75 € par mois ;

Pour deux personnes : 1081,17 € par mois ;

Pour trois personnes : 1297,42 € par mois ;

Pour quatre personnes : 1513,67 € par mois ;

à partir de cinq personnes, on ajoute par personne supplémentaire : 288,31 € par mois

Conditions d'ouverture de droit pour la CMUB, la CMUC et l'ACS (suite)

3 - L'aide pour une complémentaire santé (A.C.S.) mise à disposition du médecin via Espace PRO.

Il s'agit d'un dispositif d'aide à l'acquisition d'une protection complémentaire qui :

- s'adresse aux personnes de 16 ans et plus (et à leurs ayants droit de moins de 16 ans) dont les ressources dépassent, au plus de 26%, le plafond requis pour bénéficier de la CMU complémentaire,
- permet l'application de dispense d'avance des frais pendant une durée de 18 mois à compter de la date d'octroi de l'assurance complémentaire santé, sur la seule part obligatoire, applicable aux actes médicaux réalisés dans le cadre du parcours de soins coordonnés par :
 - le médecin traitant,
 - le médecin correspondant,
 - les médecins en accès direct autorisé.

Lorsque le dossier est accepté, il est adressé au bénéficiaire une attestation de sa caisse justifiant du droit à l'A.C.S. Le bénéficiaire dispose ainsi d'un délai de 6 mois pour faire valoir son droit auprès d'un organisme de protection complémentaire de son choix. Figurera sur cette attestation, le montant de l'aide accordée par bénéficiaire.

Cette somme se déduira du prix à payer pour sa couverture complémentaire et diminue donc d'autant sa participation financière auprès de sa mutuelle. L'aide allouée ne peut être plus élevée que le montant de cotisations dû par l'assuré.

Dans le cadre des dispositions prises dans la nouvelle convention médicale pour développer le tiers payant au profit des assurés sociaux, une information sera bientôt

ACS MONTANTS APPLICABLES POUR LES CONTRATS NOUVEAUX ET RECONDUITS A COMPTER DU 01.01.2010

Composition du foyer (tranche d'âge)	Montant de l'aide
Personne âgée de moins de 16 ans	100 €
Personne âgée de 16 à 49 ans	200 €
Personne âgée de 50 à 59 ans	350 €
Personne âgée de 60 ans et plus	500 €

4 - L'aide médicale de l'Etat (l'AME)

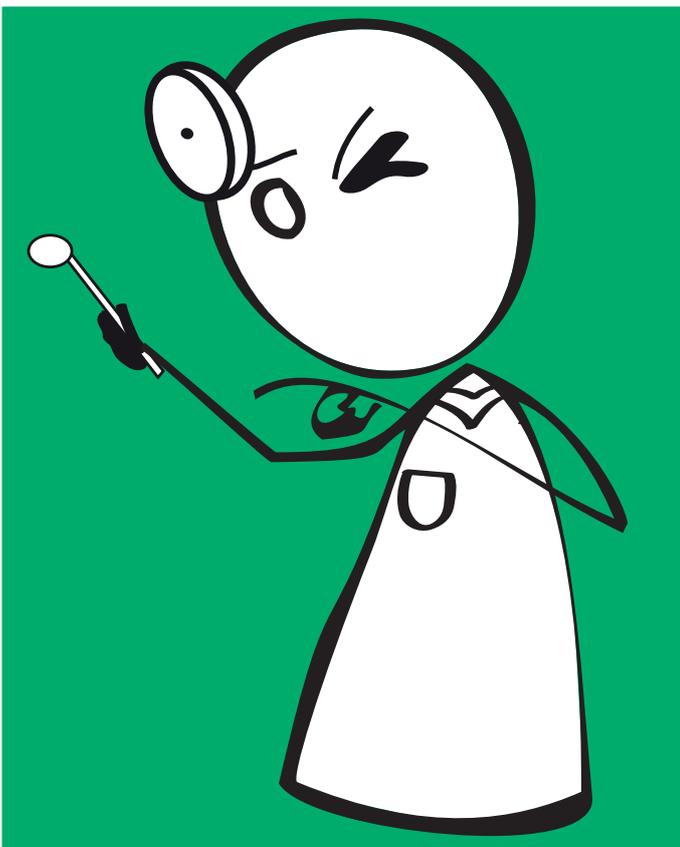
L'AME est un dispositif de lutte contre l'exclusion. C'est une protection santé qui s'adresse aux ressortissants étrangers en situations irrégulière et précaire.

Le demandeur doit justifier d'une résidence stable de plus de 3 mois sur le territoire et ses ressources ne doivent pas dépasser un certain plafond (le même que la CMU complémentaire).

Une fois accordés, les droits à l'AME octroient à leurs bénéficiaires, pendant un an, une prise en charge à 100 % de leurs soins médicaux et hospitaliers, dans la limite des tarifs de la sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais pendant un an.

Le panier de soins

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire ont droit à la prise en charge, en tiers payant total, du forfait journalier hospitalier et d'un ensemble de compléments tarifaires relatifs aux soins en matière de prothèses dentaires, d'orthopédie dento-faciale, d'optique, de prothèses auditives.



Chez le dentiste.

La procédure d'entente préalable a été supprimée. Il n'y a pas de procédure spécifique pour le patient bénéficiant de la CMUC. Les soins dits conservateurs sont pris en charge dans la limite des tarifs conventionnels en vigueur.

Les prothèses dentaires sont prises en charge dans la limite des dépassements autorisés dans le cadre de la CMU. Les forfaits varient en fonction de l'acte ou du traitement facturé.

Prothèses dentaires (exemples de prise en charge CMUC)			
Nomenclature : Acte ou traitement	Base de remboursement	Dépassement maximum pris en charge	Prix maximum autorisé CMUC
Couronne dentaire ajustée ou coulée métallique : SPR 50	107.50 €	122.50 €	230 €
Prothèses dentaires adjointes de 14 dents	182.75 €	473.25 €	656 €

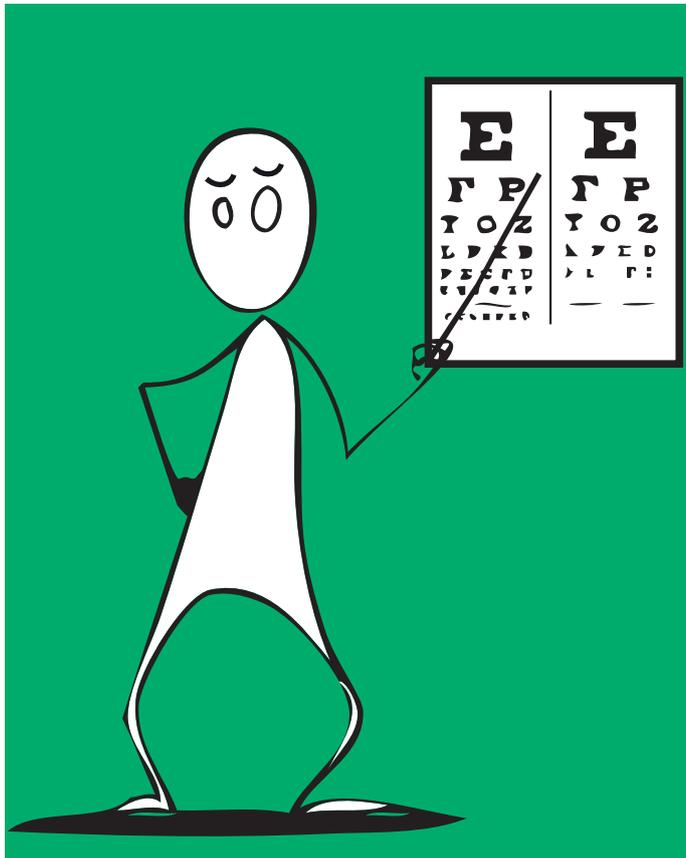
Les soins d'orthopédie dento-faciale (ODF), sont soumis à une demande d'entente préalable accompagnée d'un devis avec la mention CMU, adressée au dentiste-conseil de la CGSS. Celle-ci notifiera un accord de prise en charge sur le montant couvert.

Le traitement orthodontique de l'enfant ayant droit de moins de 16 ans est pris en charge dans la limite de 464 euros par semestre (tarif de remboursement 193.50 euros + dépassement maximum de 270.50 euros).

ORTHODONTIE (exemples de prise en charge CMUC)			
Nomenclature : Acte ou traitement	Base de remboursement	Dépassement maximum pris en charge	Prix maximum autorisé CMUC
Semestre ODF avec multi attaches : TO 90	193.50 €	270.50 €	464.00 €

Le panier de soins (suite)

Chez l'opticien.



Une gamme de dispositifs, respectant le prix de vente fixé par arrêté variant selon l'âge du bénéficiaire et la correction à apporter, doit être proposée au bénéficiaire de la CMU. L'opticien établit un devis comportant toutes les informations et le remet à l'intéressé.

L'assuré présente ensuite le devis à la CGSS pour obtenir un avis sur la prise en charge de l'équipement.

Sur présentation du devis approuvé par la caisse, l'opticien délivre la paire de lunettes sans avance de frais au bénéficiaire de la CMU.

Le demandeur peut prétendre à la prise en charge d'une paire de lunettes par année de CMUC.

Il n'y a pas de prise en charge particulière pour les lentilles de correction.

OPTIQUE (exemple de prise en charge CMUC) tarif après 18 ans					
Nomenclature	Code LPP	Base de remboursement	Maximum pris en charge en sus	Pris limite de vente	Prix limite de vente (avec majoration DOM)
Monture	2223342	2.84 €	20.02 €	22.87 €	29.73 €
Verre : sphère allant de -4,00 à 4,00	2290396	7.32 €	34.61 €	41.92 €	54.50 €

Montant total pris en charge pour la paire de lunettes présentée dans l'exemple : 138,73 euros

Chez l'audioprothésiste.

Prise en charges des prothèses auditives.				
Nomenclature	Base de remboursement	Montant du forfait CMUC	Prix maximum pris en charge pour une oreille	Prix maximum pris en charge en stéréophonie
prothèse auditive analogique non programmable à contour d'oreille	199.71 €	243.92 €	443.63 €	643.34 €

Le forfait est alloué pour une période de deux ans. Il ne s'applique pas si le bénéficiaire a moins de 20 ans ou qu'il est atteint de cécité.

La CMU en chiffres

Région Guadeloupe et collectivité d'Outre Mer

Dénombrement des bénéficiaires 2008-2010

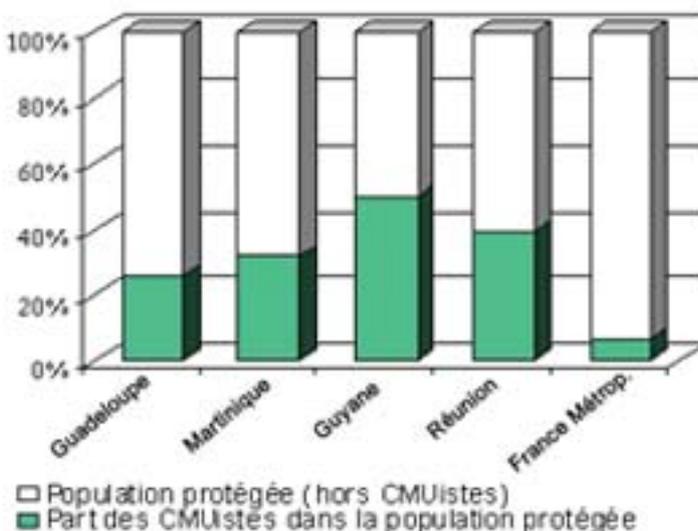
Entre 2008 et 2009, le nombre de la CMU progresse de 3% (crise sociale de 2009).

L'inflexion de 2010, s'accompagne d'une augmentation de 31% du nombre de bénéficiaires éligibles à l'ACS.

Comparatif du pourcentage de bénéficiaires de la CMU Complémentaire dans la population protégée par le Régime Général

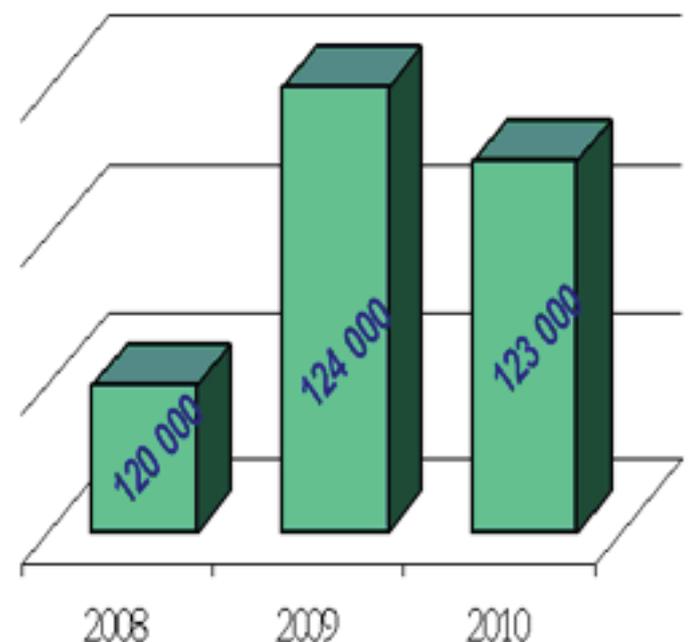
Nombre de bénéficiaires	2008	2009	2010
CMU de Base seule	23 900	28 900	28 000
CMU Complémentaire	96 000	95 200	94 600
TOTAL CMU (B+C)	119 900	124 100	122 600
ACS (bénéficiaires potentiels)	9 600	8 700	11 400
AME	1 900	2 260	2 350

Evolution du nombre de bénéficiaires de la CMU (Base + Complémentaire)



Le taux de bénéficiaires de la CMUC dans la population protégée est nettement plus important dans les DOM qu'en France Métropolitaine.

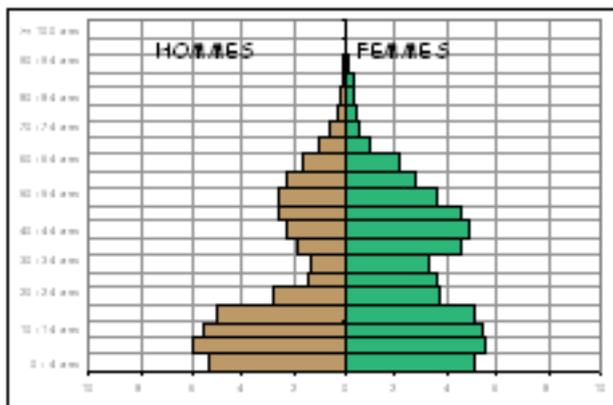
En effet, 7% de la population protégée bénéficient de la CMU C dans l'hexagone. Cette proportion varie entre 30 et 50% dans les DOM.



La précarité gagne du terrain en Guadeloupe. En 2010, les bénéficiaires de la CMU (B+C) représentent 34% de la population protégée par le régime général (27% de la population totale).

La CMU en chiffres (suite)

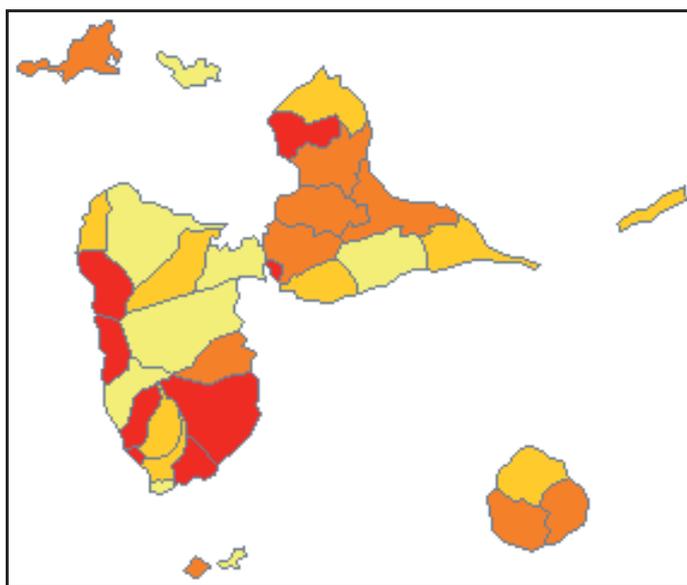
Répartition des bénéficiaires de la CMU par sexe et âge



La population de bénéficiaires de la CMU est relativement jeune. En effet, les moins de 25 ans représentent la moitié de l'effectif et les 65 ans et plus moins de 5%.

Les bénéficiaires de la CMU sont une majorité de femmes (>=57%).

Répartition géographique du taux de bénéficiaires de la CMU (CMU B + C) dans la population totale.



Le taux moyen de bénéficiaires de la CMU dans la population totale est de 27% en 2010.

13 communes sur 34 ont un taux de CMUistes supérieur à cette moyenne. Dans les communes de Trois-Rivières, Bouillante, Capesterre Belle-Eau, Port-Louis et Pointe-Noire, les bénéficiaires de la CMU représentent plus de 35% de la population totale.

Par contre, en effectif, c'est la commune des Abymes qui comptabilise le plus de CMUistes (18 000 bénéficiaires, soit 17% des personnes protégées par la CMU). Suivent les communes de Capesterre Belle-Eau, et du Gosier avec respectivement 6 980 et 6 630 CMUistes.



Régine MACHECLER
Statisticienne de la DPAM



La non discrimination : une obligation pour les Professionnels de Santé



Le développement d'une politique de santé publique passe par la possibilité pour tous d'accéder facilement aux soins. Les comportements et pratiques de certains professionnels et établissements de santé peuvent cependant constituer un obstacle à la réalisation de cet objectif.

Ainsi, s'est posée la question des refus de soins aux bénéficiaires de la CMU si bien que certaines associations d'usagers au plan national ont eu à saisir les instances nationales telles le Conseil national de l'Ordre ou la HALDE sur ce sujet devenu sensible.

En Guadeloupe, la CGSS a été alertée par le Délégué Régional de la HALDE et par la DDCCRF, suite aux réclamations qu'ils avaient reçues de bénéficiaires de la CMU.

Par ailleurs, dès 2009, la Direction de la Caisse Nationale demandait à chaque Caisse locale d'assurer un suivi de 5% de professionnels de leur circonscription dont les honoraires consacraient une faible part aux bénéficiaires de la CMU.

Les éléments relevés lors de cette enquête, mettaient principalement en évidence l'absence d'adhésion de ces praticiens au système Sesam Vitale.

En effet, plus de la moitié des PS ciblés (53%) n'y avaient pas adhéré, et, par conséquent, ne disposaient pas du matériel de télétransmission.

Ce fut l'occasion pour notre organisme de rappeler que :

- l'absence d'équipement Sesam Vitale ne pouvait constituer un frein à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU; la Réglementation en la matière précisant que le praticien ne disposant pas du matériel de télétransmission nécessaire, établit une feuille de soins papier selon les modalités habituelles en cochant les cases attestant l'absence de règlement de la part obligatoire et complémentaire par l'assuré. Il perçoit ainsi, directement par la caisse le montant de ses honoraires au tarif opposable.
- le refus de soins est désormais sanctionné par le Code de Santé Publique. En effet, après saisine de la Caisse et en cas d'échec de la Conciliation, la juridiction ordinaire est saisie.
- En cas de carence de cette dernière, le Directeur de la Caisse peut prononcer une sanction à l'encontre du professionnel en cause.
- certains praticiens qui s'estimeraient lésés par certains comportements abusifs peuvent également saisir le Conciliateur de la Caisse.

Patrick DAMPROBE
Conciliateur
0590 23 98 19



Le service sociale et la lutte contre la précarité

13 assistantes de service social pour accompagner les populations en situation de fragilité sociale.

Une attention particulière pour les bénéficiaires de la CMU

- parce qu'ils sont davantage confrontés à des inégalités sociales face à la maladie et à ses déterminants (alcool, toxicomanie, diabète, problèmes nutritionnels...)
- parce qu'ils ont un accès plus limité à l'information et un recours moins assidu aux soins et à la prévention

Les méthodes de détection à la disposition du service social

- les signalements issus des requêtes du service statistique de la CGSS
- les signalements en provenance de l'accueil, du service médical de l'assurance maladie, du conciliateur de la CGSS, des associations, des professionnels de santé ou des établissements de soins
- collaboration avec les établissements, structures, associations (Centre d'examen de santé, Conseil Général, CAF, CCAS, Associations caritatives...).

Les actions du service :

- Des actions individuelles :
 - soit sur le plan financier quand c'est nécessaire (secours, participation complémentaire pour les soins mal remboursés, soutiens divers pour compenser les déséquilibres financiers dus à la maladie, la maternité ou l'accident du travail)
 - soit pour un conseil, une orientation, un accompagnement sur la durée, ceci après l'évaluation globale de la situation de l'assuré par l'assistante sociale

• Des actions collectives :
Pour les assurés sociaux ayant des droits potentiels à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé :

- Réunions d'informations et d'échanges afin de leur permettre de mieux comprendre les dispositifs CMU, CMUC et ACS, le choix du médecin traitant, le parcours de soins et les actions du Service Social.
- Les assurés qui le souhaitent peuvent être accompagnés collectivement pour développer une réflexion sur la réalisation effective d'une démarche de soins, pour mieux comprendre l'intérêt du bilan de santé, accepter de participer aux dépistages proposés dans le cadre de la prévention des cancers ou encore aborder une démarche à l'éducation de la santé (thèmes sur l'hypertension, le diabète, la nutrition - précarité, la maladie d'Alzheimer...).

Freins et difficultés vécus par le service :

Ils sont liés aux caractéristiques de cette population :

- une mobilisation difficile sur des problématiques de santé,
- la relative complexité des dispositifs qu'il faut rendre compréhensibles,
- un reste à charge de plus en plus important sur les cotisations et les garanties offertes par les organismes complémentaires,
- mais aussi un taux de remboursement qui diminue entre le coût réel des soins et le montant remboursé par l'assurance maladie.

Ces dernières années, deux difficultés accrues :

- le surendettement lié à l'achat de véhicule automobile dans un département où le transport public reste à organiser
- et le faible montant de nombreuses retraites en lien avec le besoin en couverture mutualiste.

Le service sociale et la lutte contre la précarité (suite)

Les points d'accueil du service social :

Responsable du Service Social :

Mme Léna ANGELE : 0590.93.45.15

Secrétariat : 0590.93.45.22

Assurés	Lieu d'accueil	Contact
Abymes/Gosier/ Ste – Anne Nord Gde Terre Marie -Galante Pointe A Pitre Petit-Bourg Baie Mahault	Sur rendez-vous au Siège de la CGSS Quartier Hôtel de Ville 97 110 Pointe-A-Pitre	0590.93.45.16 0590.93.45.17 0590.93.45.19
Le Moule Saint- François	Antenne Avancée du Moule	0590.93.45.17
Lamentin Sainte Rose	Antenne Avancée de Ste- Rose	0590.93.45.19
Capesterre Belle - Eau	Antenne Avancée de CBE	0590.93.45.11
Basse-Terre	Agence Clients de B/Terre	0590.93.45.11
Bouillante Vieux- Habitants	Antenne Avancée de Bouillante	0590.93.45.11
Saint Martin Saint Barthélémy	Agence Clients de St- Martin	0590.93.45.19

- Prestations Supplémentaires et Aides financières individuelles en 2010

Catégorie	Nombre de dossiers payés	Montant
Prestations Suppl facultatives	327	181 438,37 €
Aides financ exceptionnelles	506	262 236,71 €
Aide financières individuelles à la réinsertion	02	2 1715,66 €
Aides financ indiv FAMEXA*	37	25 326,47 €
Aides financières individuelles Personnes Agées	26	21 686,04 €
Total dossiers payés	861	468 076,78 €
Dossiers rejetés en Commission	03	
Dossiers classés sans suite	15	
Total dossiers reçus	879	

*FAMEXA : Exploitants agricoles

Les données chiffrées en 2010

- **Activité Générale**
 - Signalements reçus : 1036
 - Entretiens : 2380
 - Accompagnements sociaux : 569
 - Courriers reçus et exploités : 2 650
 - Réponses aux signalements liés aux transferts sanitaires vers Martinique et métropole : 82%
 - Réunions d'informations organisées dans le cadre de la lutte contre la précarité : 8 (32% des personnes signalées reçues par le Service Social).

Mme Léna ANGELE

Responsable du Service Social



Le profil le plus courant d'un CMUiste



Depuis la mise en place de la CMUC, les grandes caractéristiques de ses bénéficiaires ont peu évolué. Il s'agit toujours d'une population jeune, féminine, au sein de laquelle les personnes peu qualifiées qui sont, particulièrement exposées au chômage, sont surreprésentées.

Les Guadeloupéens non diplômés restent nombreux. En 2006, dans la population non scolarisée de 15 ans ou plus, ils sont 43% à ne détenir aucun diplôme, ni même le certificat d'études primaires. Pour rappel 20% de la population totale de la Guadeloupe est illettrée.

Ainsi, les jeunes de moins de 25 ans constituent aujourd'hui, 50 % des bénéficiaires de la CMUC. Les ménages avec enfant(s) sont également surreprésentés et notamment les familles monoparentales : 30% des ménages bénéficiaires sont monoparentaux, soit cinq fois plus que dans le reste de la population.

Etant donné la composition de la cellule familiale guadeloupéenne, il n'est donc pas surprenant de constater que 57% des bénéficiaires de la CMU sont des femmes. Le profil le plus courant du CMU-Ciste est celui d'une femme bénéficiaire du RSA socle majoré (ex-API) avec un ou plusieurs enfants à charge.

On trouve ensuite un grand nombre personnes de 25 à 50 ans, toujours majoritairement des femmes en recherche d'emploi ou inactives, le plus souvent bénéficiaires de minima sociaux tels le RSA, ou l'ASS. En 2007, 44% de la population guadeloupéenne est sans activité professionnelle contre 33% en France métropolitaine.

Parmi les seniors, les bénéficiaires de la CMUC sont le plus souvent des personnes seules bénéficiaires du RSO ou percevant de très faibles retraites. Parmi ces retraités la plupart ne bénéficient pas de retraite complémentaire et n'ont pas effectué de demande de minimum vieillesse.

Etude sur la consommation des Soins de Ville



La présente étude porte uniquement sur les dépenses de santé constatées chez les professionnels de santé et les fournisseurs de ville, à l'exclusion des soins réalisés en établissement hospitalier.

Une dépense moyenne par assuré 2 fois moins importante chez les cmuistes

En 2010, la consommation de soins de ville des bénéficiaires de la CMU représente 20% du total des soins de ville remboursés.

PS	Montant
Médecins	18 027 687 €
Soins dentaires	3 908 875 €
Laboratoires	6 206 649 €
Pharmaciens	39 405 496 €
Sages-femmes	597 937 €
Infirmiers M-kinés orthophonistes orthoptistes Pédicures	19 182 173 €
Transporteurs	2 824 418 €
Fournisseurs	3 793 470 €
Total	93 946 705 €

Plus de 60% des dépenses générées par les bénéficiaires de la CMU semblent davantage destinées à des soins de 1er recours. En effet, 19% de ces dépenses sont générés par les médecins (généralistes + spécialistes) et la pharmacie constitue de loin le poste le plus important : 42% des dépenses sont dédiées aux médicaments.

Les autres professions se partagent 39% de ces dépenses.

Il est à souligner que la part consacrée aux soins dentaires (4%) est largement en deçà de ces taux .

Il en est de même pour les dépenses liées aux transports et à l'appareillage (3 et 4%).

Au courant de l'année, plus de 70% de l'effectif des CMUistes ont consulté un omnipraticien. Comparés aux autres bénéficiaires, leur recours aux généralistes est quasiment identique (5 actes contre 6). Pour ce qui est du montant moyen remboursé par la caisse, il est de 104 € pour un bénéficiaire de la CMU et de 126 € pour les autres patients.

Dépenses tous bénéficiaires confondus	Dépenses au titre de la CMU
471 643 142 €	93 946 705 €
20%	

Le montant des dépenses de santé s'élève en moyenne à 823 € par bénéficiaire de la CMU et 1 558 € pour les autres bénéficiaires du régime général.

Une répartition des dépenses très différente et qui privilégie les honoraires médicaux et la pharmacie

Les 93 946 705 € remboursés par la CGSS pour les soins dispensés aux patients de la CMU, se répartissent comme suit au niveau des différentes professions :

Etude sur la consommation des Soins de Ville (suite)



78% des bénéficiaires de la CMU ont eu recours aux produits pharmaceutiques.

La dépense moyenne de médicaments par patient est sensiblement plus élevée chez les patients ne relevant pas de la CMU : 628 € contre 428 € remboursés en moyenne pour les CMUistes. La part des remboursements CMU sur ce poste est donc plus faible : 39 405 496 € contre 195 553 996 € ; elle représente 20% des dépenses totales Pharmacie.

Chez les auxiliaires médicaux, 18 945 bénéficiaires de la CMU ont consommé les actes d'auxiliaires médicaux. Ce sont les masseurs kinés qui en accueillent le plus (43% de cet effectif) pour un remboursement moyen de 371 € par consommant ; viennent ensuite les infirmiers accueillant 38% de l'effectif pour une dépense moyenne de 2049 € par consommant. Globalement, les bénéficiaires de la CMU reçoivent 5 fois moins d'actes que les autres.

Si les bénéficiaires de la CMU semblent avoir moins recours aux prestations des fournisseurs (9000 consommateurs contre plus de 37 000), le remboursement moyen par patient ne diffère pas énormément de celui des autres patients du régime général ; au titre de la CMU, la caisse a remboursé entre 1045 et 1404 € en moyenne contre 1063 et 1519 € pour un bénéficiaire du régime général.

Chez les spécialistes,

- La caisse rembourse en moyenne par an entre 103 € et 1231 € par patient de la CMU, et 135 à 1325 € pour les autres
- Les enfants relevant de parents non CMUistes consultent plus régulièrement le pédiatre (13 actes en moyenne leur sont prodigués contre 10 pour les enfants des CMUistes)
- Ce sont les psychiatres qui voient le plus régulièrement les patients de la CMU : en moyenne 12 fois l'an ; les autres spécialités les voient en moyenne entre 2 à 10 fois l'an
- ¼ des dépenses gynécologiques sont engendrées par les patients de la CMU qui semblent bénéficier de la même prise en charge que les patients non CMUistes à savoir 5 actes en moyenne/an et une moyenne de 6 coefficients par acte.

Karina MATOU

Gestionnaire du risque Assurance Maladie



Interview des responsables de service à la CGSS sur la gestion de la clientèle et la gestion des dossiers CMU

Deux secteurs sont particulièrement en charge de la gestion de la CMU : l'Accueil et le pôle « Gestion des Bénéficiaires »



Mme Marielle BOC-MOUEZA,
Responsable de la Relation Clients

Quel est l'impact de la CMU sur la gestion de la Relations Clients à la CGSS ?

M.B.M : Les usagers de l'Assurance Maladie sont reçus dans l'ensemble de nos agences clients (8 sites principaux et 4 sites secondaires) réparties sur l'ensemble du territoire (Guadeloupe, Marie Galante, St Barthélemy, St Martin). L'accès aux soins (CMU de Base, CMU Complémentaire, ACS, AME) constitue 41% des motifs de contacts dans nos agences.

Quelles sont les principales difficultés rencontrées lors de l'accueil des usagers relevant de la CMU?

M.B.M : Le profil type de l'utilisateur qui sollicite la CMU est une personne qui bénéficie des minima sociaux et donc en situation de précarité. Les situations vécues sont souvent urgentes.

Par ailleurs, nous sommes confrontés à un problème majeur de société qui est l'illettrisme (20%). Les usagers concernés par l'illettrisme présentent des

difficultés à la lecture et à l'écriture ce qui constitue une barrière importante pour le remplissage des dossiers. Cette catégorie d'utilisateurs représente une part importante du public reçu dans nos différentes agences, quelque soit le motif de visite.

Quels sont les outils des agents d'accueil pour répondre aux sollicitations ?

M.B.M : Les techniciens d'accueil s'appuient sur la connaissance de la réglementation et des applications labellisées par la CNAMTS dont notamment une base de connaissances régulièrement actualisée qui est intégrée à l'outil de gestion de la relation clients.

Ce dernier outil leur permet d'avoir une traçabilité des différents contacts des usagers avec l'Assurance Maladie et également de transmettre aux services de production, les réclamations formulées.

Dans l'avenir, quelles sont les évolutions envisagées pour faciliter la prise en charge des usagers?

M.B.M : La constitution de dossiers, la recevabilité des demandes et les demandes d'informations représentent 77% des motifs de visite pour la CMU.

Le développement d'une offre multi canal (accueil physique, accueil téléphonique, internet, courrier), est un des axes forts de la stratégie de l'Assurance Maladie pour fluidifier les accueils.

Par ailleurs, la mise en place de l'accueil sur rendez vous permettra à terme, d'apporter une attention particulière à nos publics fragilisés.

Interview des responsables de service à la CGSS sur la gestion de la clientèle et la gestion des dossiers CMU



M Frantz FOGGEA,
Responsable du Pôle Gestion
des Bénéficiaires

Que représente la gestion de la CMU dans l'activité du pôle gestion des bénéficiaires?

F.F : Le pôle gestion des bénéficiaires assure la création et la mise à jour des dossiers de plus de 365 000 bénéficiaires du Régime Général. Parmi ses missions, la gestion de la CMU représente une grande partie de son activité. Ainsi le service en charge du traitement de la CMUB et de la CMUC compte 18 techniciens de prestations maladie ce qui représente 40% de l'effectif du pôle.

Qu'est ce qui caractérise les dossiers de CMUC par rapport aux autres types de dossiers traités dans vos services ?

F.F : Le premier élément caractéristique est le volume de dossiers. Le pôle gestion des bénéficiaires reçoit en moyenne 300 dossiers de CMUC, par jour. Le renouvellement des droits tous les douze mois, tant pour la CMU de base que complémentaire, est l'un des éléments qui induit cet afflux de demandes. Une demande de CMU est également un vecteur important d'échange pour l'assuré avec sa caisse d'Assurance Maladie. Les mises à jour droits de base, les créations de nouveaux bénéficiaires,

les changements d'adresse, et les autres demandes liées aux événements de la vie des assurés sociaux sont très souvent transmises à l'occasion du renouvellement de la CMU complémentaire. Ces éléments requièrent une plus grande polyvalence des techniciens en charge de ces dossiers.

Quels sont les procédés mis en oeuvre pour le traitement des dossiers de CMU?

F.F : La DPAM a mis en place depuis 2007 les pôles départementaux de compétence, dont l'un des objectifs est la professionnalisation des agents et la maîtrise des activités. Cette nouvelle organisation a permis la montée en compétence des techniciens du pôle gestion des bénéficiaires dans le traitement de la CMU.

Ils s'appuient sur la connaissance de la réglementation ainsi que sur les applications labellisées par la CNAMTS pour la liquidation des dossiers.

D'autre part la mise en place de partenariats avec d'autres organismes (CAF, Branche retraite, ...) permet une vérification des données déclarées par les demandeurs.

Comment est garantie la fiabilité des décisions notifiées aux demandeurs de la CMU ?

F.F : Il existe plusieurs niveaux de contrôle. En premier lieu la supervision mise en oeuvre par l'encadrement vise à vérifier la bonne application des instructions de travail et de la réglementation formalisées dans les modes opératoires. Les dossiers traités sont également soumis à une vérification de l'application de la réglementation, et des règles de contrôle interne par les délégataires de l'agent comptable. Le demandeur conserve ensuite la possibilité de solliciter un second examen de son dossier en cas de refus (recours gracieux). Dans un second temps, il peut effectuer un recours contentieux en saisissant le président de la Commission Départementale d'Aide Sociale dont le secrétariat est assuré par la Direction de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DJSCS).

FOIRE AUX QUESTIONS

**Quel est le délai de paiement en flux sécurisés ?**

Le délai de paiement en flux sécurisés est de 5 jours.

L'assuré bénéficiaire de la CMU possède t-il une carte vitale ?

Tous les bénéficiaires de plus de 16 ans doivent être en possession d'une carte vitale.

Comment le PS peut-il prendre connaissance de la caisse d'affiliation et du régime de l'assuré ?

2 possibilités :

- à la lecture de l'attestation vitale : l'entête de la caisse d'affiliation figure en haut à gauche.
- à la lecture de la carte vitale : les informations relatives à la caisse d'affiliation et au régime de l'assuré apparaissent.

Exemple : Pour un assuré du régime général de la CGSS de la Guadeloupe, on pourra lire régime 01 Caisse 971 ou CGSS de la Guadeloupe régime général.

Le bénéficiaire de la CMUC doit-il faire l'avance des frais ?

Tout bénéficiaire de la CMUC sur présentation de l'attestation vitale ou de la carte vitale à jour devra obligatoirement bénéficier de la dispense d'avance de frais.

Quel est le délai de traitement du renouvellement CMU ?

À réception du dossier complet, la CGSS dispose d'un délai de 2 mois pour traiter la demande de CMU.

Faut-il vérifier les droits du patient avant de commencer les soins ?

Le PS doit s'assurer que les droits du bénéficiaire des soins sont ouverts. Pour cela, il dispose de divers outils :

- une borne de télémise à jour,
- l'« Espace Pro » qui permet d'accéder aux informations du site www.ameli.fr rubrique « droits des patients ».

Les bénéficiaires de l'ACS ont t-il droit au tiers-payant ?

Oui. Une information sera bientôt mise à disposition du médecin via Espace PRO.

Le chirurgien dentiste peut-il faire des dépassements d'honoraires sur un forfait CMU ?

Non.

Lors d'une suite de soins, quelle est la date d'appréciation des droits à la CMUC ?

Tout dépend de la catégorie de professionnel de santé. S'il s'agit d'un prescripteur, la date d'appréciation des droits est la date de prescription. S'il s'agit d'un exécutant, la date d'appréciation des droits est la date de délivrance pour les médicaments et les dispositifs médicaux à usage individuel.

Le PS qui télétransmet une facture sans la part CMUC peut-il la réclamer par la suite ?

Non. La Caisse ayant payé la facture conformément à la télétransmission du tiers, aucune réclamation ne sera acceptée.

Quel numéro le PS doit-il télétransmettre lorsqu'il s'agit d'une mutuelle adhérente au dispositif CMU ?

Le numéro 88888888.

Quel numéro le PS doit-il télétransmettre lorsqu'il s'agit de la mutuelle CMU Etat ?

Le numéro 99999997.