

# **Caisses Primaires d'Assurance Maladie,**

## **histoire, missions et organisation**

La **Caisse primaire d'assurance maladie** (CPAM) est un organisme de droit privé exerçant une mission de service public. Elle assure les relations de proximité avec les publics de l'Assurance Maladie.

## 1/ HISTOIRE

Les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945 promulguées par le gouvernement du Général de Gaulle créent une organisation de la Sécurité sociale. Ces ordonnances fusionnent toutes les anciennes assurances (maladie, retraite...) et constituent une rupture avec une ancienne forme de prise en compte du social qui datait de l'avant-guerre. Elles prévoient le principe d'une « gestion des institutions de Sécurité sociale par les intéressés ».

Avec l'allongement de l'espérance de vie, le développement des progrès médicaux et l'amélioration des retraites, la Sécurité sociale se trouve bientôt confrontée à des difficultés financières. Pour y faire face, une ordonnance de 1967 instaure une séparation en branches autonomes : maladie, famille et vieillesse. Chaque branche est alors responsable de ses ressources et de ses dépenses.

La réforme de 1996 implique une nouvelle chaîne de responsabilités entre les acteurs du système de protection sociale : gouvernement, Parlement, gestionnaires des systèmes de Sécurité sociale, professions de santé et assurés sociaux.

La réforme adoptée en 2004 par le Parlement vise à sauvegarder le régime d'assurance maladie tout en préservant et en consolidant ses principes fondamentaux : l'égalité d'accès aux soins, la qualité des soins et la solidarité.

## 2/ MISSIONS

Les missions d'une CPAM sont les suivantes :

- Affilier les assurés sociaux et gérer leurs droits à l'Assurance Maladie
- Traiter les feuilles de soins et assurer le service des prestations d'assurance maladie et d'accidents du travail / maladies professionnelles (remboursement des soins, paiement des indemnités journalières, avance des frais médicaux aux bénéficiaires de la CMU, etc...)
- Appliquer chaque année, en relation avec les professionnels de santé, un plan d'action en matière de gestion du risque
- Développer une politique de prévention et de promotion de la santé (dépistage des cancers, des déficiences, etc...)
- Assurer une politique d'action sanitaire et sociale par des aides individuelles aux assurés et des aides collectives au profit d'associations

### 3/ ORGANISATION

Pour conduire ses missions, l'Assurance maladie s'appuie sur 101 CPAM en France métropolitaine et 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) dans les départements d'outre-mer.

- **LE CONSEIL** définit les orientations de la CNAMTS.

Il est composé de 26 membres désignés pour une durée de 5 ans dont 23 avec voix délibératives (8 représentants des assurés sociaux, 8 représentants des employeurs, 2 représentants de la Mutualité Française, 4 représentants d'institutions et 1 personnalité qualifiée).

Le Conseil arrête les orientations et les politiques générales de l'organisme, s'assure de leur mise en œuvre et évalue les résultats obtenus au regard des objectifs.

L'article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale ouvrent trois champs d'intervention pour les conseils : approuver, orienter, diligenter des contrôles.

#### ➤ **Approuver**

Le Conseil approuve les budgets de gestion et d'intervention proposés par le directeur.

Ces propositions sont cependant réputées approuvées, sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.

L'inconvénient de ce dispositif est bien entendu que les conseils, confrontés à un droit d'opposition aussi solennel, hésitent à y recourir. Dès lors, le pouvoir d'approbation risque de se transformer en une routinière et tacite non-opposition.

#### ➤ **Orienter**

Toutes les attributions du Conseil autres que celles liées à l'approbation des budgets, relèvent d'un pouvoir de détermination ou de définition d'orientations.

Le conseil a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :

- les orientations du contrat pluriannuel de gestion,
- les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur,
- les axes de la politique de communication à l'égard des usagers,
- les axes de la politique de gestion du risque.

Pour ces quatre premiers points, le Directeur doit soumettre chaque année des propositions au conseil afin que celui-ci puisse déterminer les orientations correspondantes (sauf pour les orientations du contrat pluriannuel).

Le positionnement du conseil sur les propositions du Directeur peut être soit un vote positif soit une opposition motivée à la majorité simple.

En cas d'opposition motivée, le Directeur dispose d'un délai de 15 jours pour faire de nouvelles propositions qui tiennent compte de l'avis du Conseil.

Le conseil est appelé à délibérer sur :

- la politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le respect des orientations définies par la CNAMTS,
- les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique créée à cet effet,
- les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse,
- l'acceptation ou le refus des dons et legs,
- la représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger,
- le contrat pluriannuel de gestion,
- toute question relative au fonctionnement de la caisse et pour laquelle il aura été saisi par le directeur.

Enfin, le conseil décide de la fréquence à laquelle il souhaite être tenu informé de la mise en œuvre des orientations qu'il a définies. Il a la possibilité de formuler, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaire à leur aboutissement.

#### ➤ **Diligenter des contrôles**

Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers, diligenter un contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

## • LE DIRECTEUR

Les directeurs et les agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat (article L.217-3-1 du code de la sécurité sociale).

### **L'article L. 211-2-2 du code de la sécurité sociale définit ses compétences.**

Le directeur dirige la caisse primaire d'assurance maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en œuvre les orientations décidées par le conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

- Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.
- Il est notamment chargé :
  - o de préparer les travaux du conseil, de mettre en œuvre les orientations qu'il définit et d'exécuter ses décisions ;
  - o de prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ;
  - o d'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application.

Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse, et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

Le directeur nomme les agents de direction dans les conditions prévues à l'article L. 217-6.

Le directeur rend compte au conseil de la gestion de la caisse après la clôture de chaque exercice.

Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en œuvre des orientations définies par ce dernier.

Le directeur assiste aux séances du conseil.

- **LES COMMISSIONS**

L'article R. 211-1-1 du code de la sécurité sociale précise que le conseil peut constituer en son sein des commissions et leur déléguer une partie des attributions.

Le conseil peut ainsi créer des commissions de travail, permanentes ou temporaires selon les sujets.

- **Les commissions obligatoires**

- **la commission de recours amiable** (article R. 142-1)

La composition de cette commission varie en fonction de la qualité du réclament. En effet, elle doit compter deux administrateurs de l'organisme appartenant à la même catégorie que le réclamant et deux administrateurs choisis parmi les autres catégories d'administrateurs.

Cette disposition permet donc de créer deux formations :

- la première traite des assurés : elle compte deux représentants des assurés sociaux et deux autres membres du conseil non représentants des assurés (représentants des employeurs, de la mutualité, des institutions),
- la deuxième traite des réclamations des employeurs et compte deux représentants des employeurs et deux autres membres du conseil non représentants des employeurs (représentants des assurés, de la mutualité, des institutions).

Si la commission traite d'une réclamation ne provenant ni d'un assuré ni d'un employeur, il convient de considérer que c'est la composition prévue pour traiter des réclamations des assurés qui est retenue.

- **la commission des pénalités** (article L. 162-1-14)

Cette commission est amenée à prononcer un avis sur les pénalités qu'entend infliger le directeur à un professionnel de santé, un établissement de santé, un employeur ou un assuré, dans des cas prévus par les textes. De la même façon que pour la commission de recours amiable, la composition de cette instance varie selon la personne objet de la procédure.

- **la commission de contrôle** (article D. 253-64)

On peut s'interroger sur le devenir de cette commission dans la mesure où l'article R. 211-1 précise que le conseil arrête le compte financier après avoir entendu l'agent comptable. Reste la question de l'obligation faite au conseil de procéder à un contrôle inopiné (article D. 253-65). En tout état de cause, les désignations à cette commission peuvent être différées en l'attente de précisions d'ordre réglementaire.

- **la commission des marchés**

- **Les autres commissions et groupes de travail**

Le conseil peut créer en son sein toute commission ou groupe de travail qu'il juge utile pour faciliter l'exercice de ses missions.

- **la commission « réclamation des usagers »**

La commission de recours amiable ne peut répondre, à elle seule, à la volonté du législateur quand il précise dans la loi (article L. 211-2-1) que le conseil « délibère sur les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique créée à cet effet ».

La notion de « modalités de traitement des réclamations » est plus large que le précontentieux. Nombre de « réclamations » des usagers (délais de remboursement, qualité de l'accueil physique ou téléphonique, service peu attentionné, etc.) ne sont pas des contestations de décisions prises par la caisse et ne déboucheront jamais sur une action contentieuse.

Pour autant, elles sont révélatrices de difficultés conjoncturelles ou structurelles auxquelles il convient de trouver des solutions dans le cadre d'une politique de qualité de service dont le conseil doit justement arrêter les orientations.

La commission de recours amiable est une étape indispensable dans une démarche contentieuse d'un assuré ou d'un employeur exercée contre une décision de la caisse. La réglementation qui régit son fonctionnement fait d'ailleurs référence explicitement à l'article L. 142-1 qui institue le contentieux général de la Sécurité Sociale.

Mais la composition de la commission de recours amiable ne permet pas d'intégrer toutes les sensibilités présentes au conseil et fondées à vouloir s'intéresser à cette problématique (car il faut rappeler que dans la plupart des cas, les représentants d'usagers sont évincés des commissions de recours amiable).

Dès lors, la création d'une commission « réclamation des usagers » se justifie pleinement. Cette commission travaillerait par exemple à partir des résultats de l'enquête de satisfaction des assurés, les motifs génériques de recours prévu à l'article L.162-15-4, les motifs les plus fréquents d'action contentieuse, les thèmes des réclamations écrites ou téléphoniques, etc.

A défaut de création d'une commission spécifique, ce programme de travail pourrait être une des missions confiées à une commission dont l'objet serait plus globalement la « relation avec l'utilisateur » et qui aurait pour tâche de préparer les délibérations du conseil sur les objectifs d'amélioration de la qualité de service, les axes de la politique de communication et donc les modalités globales de traitement des réclamations des assurés.

- **la commission « action sanitaire et sociale »**

Le conseil peut s'appuyer sur les travaux d'une commission d'action sanitaire et sociale pour préparer ses délibérations relatives :

- à la définition et au suivi de la politique générale d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le respect des orientations fixées par la CNAMTS,
- à la définition de critères d'attribution des aides financières individuelles,
- aux orientations en matière d'attribution des subventions aux associations.

Les décisions individuelles, l'opportunité d'un refus ou la pertinence d'une acceptation doivent être appréciées avec une marge de liberté et de réactivité qui soit le reflet des sensibilités qui se sont exprimées en conseil ou en commission lors des débats sur les orientations de la politique générale d'action sanitaire et sociale.

Les décisions individuelles d'attribution des aides doivent être prises dans le respect de l'enveloppe financière.

Il est donc important de mettre en œuvre des procédures qui permettront la circulation d'informations entre la commission d'action sanitaire et sociale, le conseil et la direction.

Les services doivent pouvoir élaborer des prévisions de consommation d'enveloppe en fonction du niveau de critères retenus. Un état des dépenses engagées doit être porté à la connaissance des membres à chaque commission.

De même, il est nécessaire de disposer, par exemple, d'un état global des demandes rejetées pour que le conseil puisse apprécier la pertinence des critères et l'opportunité de leur évolution.

Ce dispositif permet d'évaluer l'adéquation de l'enveloppe aux critères d'affectation retenus et de connaître les besoins de la population au travers de la connaissance de l'ensemble des demandes.

En outre, toute subvention allouée par l'Assurance maladie à une association doit donner lieu à une convention (article L. 221-3-2).

#### - **les groupes de travail**

Des groupes de travail peuvent préparer les délibérations du conseil dans les domaines de compétences du conseil relatives aux orientations et au suivi du contrat pluriannuel de gestion ou encore de la politique de gestion du risque et la maîtrise des dépenses.

#### ➤ **Les commissions conventionnelles**

L'article L. 162-1-14 donne quelques indications sur l'esprit dans lequel les relations conventionnelles locales doivent s'établir. Cet article crée une commission au sein du conseil de la caisse dont l'avis est sollicité par le directeur quand il envisage de prononcer une pénalité administrative à l'encontre d'un professionnel de santé, d'un établissement de santé, d'un employeur ou d'un assuré.

Les négociations conventionnelles avec les médecins ont acté la présence de représentants du conseil au sein des **commissions paritaires locales et régionales**.