



DEVENIR REPRÉSENTANT DES USAGERS EN CPAM

ET AUTRES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
(CGSS, CCSS, CSSM)

France
Assos
Santé 
La voix des usagers



Devenez représentant·e de l'Union nationale des associations agréées d'usagers du système de santé (UNAASS), dont le nom d'usage est France Assos Santé, au sein d'une Caisse d'Assurance maladie (CPAM, CCSS, CGSS, CSSM) pour le prochain mandat 2026-2030 !

Quelles sont les conditions requises ?

- Vous êtes membre d'une association agréée Santé
- Vous avez moins de 66 ans lors de la désignation (avril 2026)
- Vous n'êtes pas professionnel·le de santé en exercice

Des incompatibilités sont également détaillées par le Code de la Sécurité sociale (voir chapitre Statuts et protections).



VOUS VOULEZ PORTER LA VOIX DES USAGERS au sein de L'ASSURANCE MALADIE ?

En représentant France Assos Santé au sein du Conseil de la Caisse d'Assurance Maladie, **vous défendez les intérêts de l'ensemble des usagers du système de santé**, et pas seulement ceux de votre association d'origine : en effet, France Assos Santé est une union d'associations agréées qui regroupe des associations de patient·es, de personnes en situation de handicap, de personnes âgées, de personnes en situation de précarité, de consommateurs, de victimes d'accidents médicaux, etc.

Vous défendez ses positions en matière d'accès et de qualité des soins, d'accès aux droits : déserts médicaux, accès au médecin traitant, restes à charge (dépassements d'honoraires, prises en charge...), refus de soins, accès à la couverture maladie, relations avec les usagers, mais aussi de prévention et promotion de la santé. Vous êtes en lien avec le président régional, la délégation régionale et le siège national de France Assos Santé pour dynamiser le plaidoyer dans le domaine de l'Assurance maladie.

Vous pouvez bénéficier de l'offre de formation de France Assos Santé et des outils (fiches pratiques, notes de positions, informations régulières sur les thématiques de l'Assurance maladie) mis à disposition.

Si vous êtes salarié·e, vous bénéficiez des autorisations d'absences prévues pour les mandats de représentations, et pour tous, d'une indemnisation de 30 € par jour de présence en séance ainsi que de la prise en charge de vos frais de déplacements par la Caisse et d'une formation délivrée par celle-ci.

1. L'ASSURANCE MALADIE

1. LES DATES CLÉS

1945

Création de la Sécurité sociale, basée sur la **solidarité et l'universalité** et sur le modèle du paritarisme : financement par les cotisations employeurs et salariés et gestion par les représentants syndicaux des employeurs et des salariés. Elle fusionne toutes les anciennes assurances (maladie, retraite...).

1967

Séparation en branches autonomes, Famille, Vieillesse, Assurance maladie, pour faire face aux difficultés financières, notamment liées à l'allongement de l'espérance de vie. Chaque branche est alors responsable de ses ressources et de ses dépenses.

1995

Instauration du principe d'une loi de financement de la Sécurité sociale annuelle (PLFSS) et mise en place des conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et chacune des branches et régimes de la Sécurité sociale.

2004

Réforme de la Sécurité sociale : les Conseils d'Administration de la Caisse nationale de l'Assurance maladie et des Caisses primaires d'Assurance maladie deviennent des Conseils, mais ceux-ci ont été ouverts, notamment aux représentants associatifs : Le Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) devenu **France Assos Santé**, la **FNATH** et l'**UNAF**.

2020

Intégration du régime des étudiants et de celui des travailleurs indépendants au régime général et création de la cinquième branche de la Sécurité sociale : la **branche Autonomie**.

2022

Création d'un second siège pour France Assos Santé dans les Conseils des CPAM et d'un siège dans la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM). Désignation d'un·e PQ (personne qualifiée) dans les 4 Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS).

2. LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM)

RÔLE DE LA CNAM

La loi de réforme d'août 2004 a donné à l'Assurance maladie de nouvelles responsabilités en matière de régulation du système de soins.

La CNAM s'est donc organisée en conséquence avec, comme priorité, la gestion du risque. Ses missions sont multiples :

- Elle définit les orientations, les principes et les objectifs qui guident son action et elle en assure la mise en œuvre ;
- Elle met en œuvre les accords « conventionnels » passés entre l'Union des Caisses d'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des différentes professions de santé ;
- Elle développe la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et accompagne l'évolution des comportements de chacun ;
- Elle définit et promeut la prévention de la maladie, des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- Elle définit et pilote l'activité des organismes du réseau et négocie et distribue les budgets des Caisses d'Assurance maladie dans le cadre de Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG) ;
- Elle veille à ce que le service rendu aux publics soit homogène sur l'ensemble du territoire.

L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)

L'ONDAM est un montant prévisionnel établi chaque année pour les dépenses de l'Assurance maladie. Il constitue un outil efficace de maîtrise des dépenses de santé. Il englobe les soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics et les établissements médico-sociaux. Il est voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS).

LA CONVENTION D'OBJECTIFS ET DE GESTION (COG)

Instituées par l'ordonnance n° 344 du 24 avril 1996, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) sont conclues entre l'État et les Caisses nationales des principaux régimes de sécurité sociale. Identiques dans leurs principes généraux, les COG diffèrent selon chaque branche ou régime en fonction des axes stratégiques qui lui sont propres. Elles constituent un des leviers de modernisation et d'amélioration de la performance de la Sécurité sociale.

Elles formalisent dans un document contractuel la délégation de gestion du service public de la Sécurité sociale aux organismes gestionnaires. Ces conventions sont signées pour une durée de quatre ans par le président et le directeur de la Caisse concernée ainsi que par les ministres de tutelle. Elles sont ensuite déclinées en contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la Caisse nationale et les Caisses locales.

Chaque année, la LFSS précise les objectifs et moyens des COG.

3. LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE (CPAM, CCSS, CGSS, CSSM)

La Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) est présente dans chaque département, sauf dans 3 départements (Creuse, Hautes-Alpes et Lozère) où il y a des Caisses Communes de Sécurité sociale (CCSS), dans les DOM (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion) où il y a des Caisses Générales de Sécurité sociale (CGSS) et à Mayotte où il y a une Caisse de Sécurité sociale (CSSM), regroupant plusieurs branches. La Caisse 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.

MISSIONS DES CAISSES



- Affilier les assuré·es 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 Complémentaire Santé Solidaire, etc.) ;
- Appliquer chaque année, en relation avec les professionnel·les 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 assuré·es et des aides collectives au profit d'associations.

ORGANISATION DES CAISSES



Le Conseil d'une CPAM* est composé de 23 membres ayant une voix délibérative :

- 8 représentant·es des assuré·es sociaux désignés par les organisations syndicales de salarié·es interprofessionnelles représentatives au plan national ;
- 8 représentant·es des employeurs ;
- 2 représentant·es de la Fédération nationale de la mutualité française ;
- 4 représentant·es d'institutions intervenant dans le domaine de l'Assurance maladie désignées par l'arrêté mentionné au 4° de l'article R. 221-2 (2 pour l'UNAASS (France Assos Santé), 1 pour l'UNAF et 1 pour la FNATH) ;
- 1 personnalité qualifiée dans les domaines d'activité des organismes d'Assurance maladie et désignée par l'autorité compétente de l'Etat mentionnée à l'article D. 231-1 : C'est l'Union Nationale des Syndicats Autonomes (UNSA) qui occupe ce mandat.

**La composition des conseils des CGSS, CSSM et CCSS est un peu différente des celle des CPAM.*



RÔLE DU CONSEIL :

Le Conseil définit les orientations de la Caisse d'Assurance Maladie, 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 ouvre 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 la directrice ou 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.

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 (CPG) ;
- 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.

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 Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) ;
- Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique créée à cet effet (CRA : Commission de Recours Amiable) ;
- 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.

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.

LES COMMISSIONS ISSUES DU CONSEIL

A. Les commissions obligatoires (régies par textes réglementaires ou législatifs)

COMMISSION DE RECOURS AMIABLE (CRA)

Instance précontentieuse : examine les réclamations formées contre les décisions prises par la Caisse d'Assurance maladie ; Composition (art. R142-2)

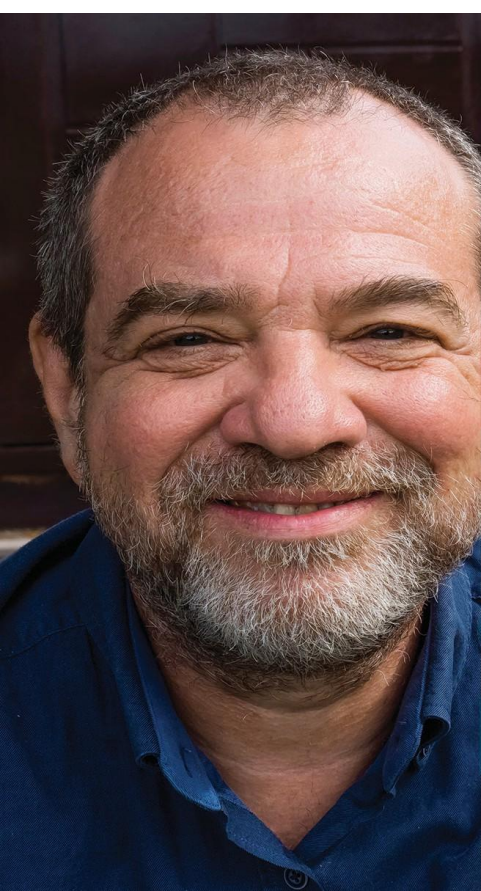
- a • Deux conseiller·es de l'organisme parmi les représentant·es des assuré·es sociaux ;
- b • Deux conseiller·es de l'organisme parmi les représentant·es des employeurs et des travailleurs indépendants ;
- c • Un·e conseiller·e de l'organisme parmi les autres catégories d'administrateurs ou conseiller·es : Depuis mars 2018 les représentant·es associatifs peuvent siéger mais pas pour les dossiers relatifs aux AT-MP.

LA COMMISSION DES PÉNALITÉS (ART. L 162-1-14 CSS)

Le directeur de la Caisse d'Assurance maladie peut prononcer des pénalités à l'encontre d'un·e allocataire, d'un employeur ou d'un professionnel de santé.

La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil. Cette commission donne son avis sur la pénalité et son montant.

L'avis est communiqué simultanément au directeur ou à la directrice et à l'intéressé·e.



**LE CONSEIL
DÉFINIT LES
ORIENTATIONS
DE LA CPAM.**

B. Les commissions non réglementées

Initiative du conseil pour instituer ses commissions et leur déléguer une partie de ses attributions ; Les conseiller·es suppléant·es peuvent être désigné·es membres titulaires des commissions ;

Les commissions comprennent des représentant·es désigné·es parmi toutes les catégories de conseiller·es ayant voix délibérative ;

Le nombre de représentant·es des assurés sociaux est égal à celui des représentant·es des employeurs et des travailleurs indépendants.

COMMISSIONS D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE (CASS)

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 CNAM ;
- À la définition de critères d'attribution des aides financières individuelles et l'instruction des dossiers d'aide et le montant de celle-ci pour chaque dossier, dans le respect des dotations ;
- Aux orientations en matière d'attribution des subventions aux associations, au choix des associations bénéficiaires, des subventions et leur montant.

D'AUTRES COMMISSIONS SONT SOUVENT INSTITUÉES :

- Commission relations aux usagers/qualité ;
- Commissions paritaires professionnels de santé : médecins, infirmier·es, sages-femmes, dentistes, transporteurs sanitaires, etc.

LES AUTRES COMMISSIONS ET REPRÉSENTATIONS DE LA CAISSE

Outre le conseil et les commissions de la Caisse, les représentant·es désigné·es peuvent siéger dans d'autres instances, notamment :

LA COMMISSION DE CONCILIATION REFUS DE SOINS ORDRE PROFESSIONNEL/ASSURANCE MALADIE

Cette commission est issue de la Loi Hôpital Patient Santé Territoires de 2009 mais le décret d'application n'est sorti qu'en octobre 2020 ! Elle a pour mission de traiter les plaintes des personnes s'estimant victimes de refus de soins discriminatoires par un professionnel de santé.

Elle est composée de membres de l'ordre départemental du professionnel concerné ainsi que de 4 membres (2 titulaires et 2 suppléant·es) désigné·es par la Caisse d'Assurance maladie.

LES AUTRES MANDATS DE REPRÉSENTATION DE LA CAISSE

Par ailleurs, l'Assurance maladie siégeant dans différentes instances locales, comme les commissions MDPH par exemple, les représentant·es des usagers qui siègent en Caisse peuvent être désigné·es par celle-ci pour la représenter au sein de ces instances : la conseillère ou le conseiller désigné représente donc sa Caisse dans le cadre de ce mandat et non les associations, qui sont souvent représentées par ailleurs dans différentes instances.



LE CONSEIL PEUT S'APPUYER SUR LES TRAVAUX D'UNE COMMISSION



STATUTS ET DISPOSITIONS CONCERNANT LES REPRÉSENTANT·ES EN CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

Des conditions sont exigées pour pouvoir siéger au sein des Caisses d'Assurance maladie, notamment être âgé·e de moins de 66 ans lors de la désignation mais aussi par exemple être à jour des cotisations sociales ; ne pas être agent·e d'un organisme de sécurité sociale ou un·e professionnel·le de santé en exercice, etc.

L'article L231-6-1 du Code de la Sécurité sociale détaille les situations dans lesquelles une personne ne peut être désignée ou peut être destituée de son mandat.

Les représentant·es en Caisse d'Assurance maladie bénéficient des statuts et protection des membres des conseils et conseils d'administration des organismes de Sécurité sociale, inscrits dans le Code de la Sécurité sociale :

- Autorisation d'absences du salarié pour assister aux séances ([art. L 231-9 CSS](#)) ;
- Protection du salarié contre les licenciements ([art. L 231-11 CSS](#)) ;
- Indemnisation des frais liés à son mandat ([art. L231-12 CSS](#)) ;
- Indemnisation forfaitaire de 30€ par jour de présence en Caisse ([arrêté du 14 mars 2002](#)) ;
- Paiement d'une formation par l'organisme de Sécurité sociale pour assurer son mandat ([art. L231-10 CSS](#)) : ne pas hésiter à en faire la demande au Directeur de la Caisse lors de la désignation !

2. TÉMOIGNAGE DE RU EN CPAM

GÉRARD

Le RU en CPAM est un rouage important pour les relations entre la Caisse, le président régional et la délégation régionale, pouvant relayer les demandes d'amélioration pour les usagers et de partenariat avec les services de la Caisse. Il peut ainsi rapporter des difficultés d'accès aux soins, de discrimination, de dépassements d'honoraires...

Destinataire d'informations en lien direct avec l'actualité de la santé de son département, il peut exprimer directement les attentes des usagers et les éventuels manques de la législation.

Pour ce faire, il est impératif de ne pas rester en dehors du circuit départemental et être en connexion avec le comité régional de sa région.

Former un groupe des représentants en CPAM de la région, avec en idéal les trois associations, devrait être la règle pour un meilleur exercice de son mandat.

En accord avec les représentants de la FNATH et de l'UDAF, les trois représentants des associations peuvent, par leur présence dans les commissions, faire valoir les droits des usagers et expliquer les obstacles rencontrés dans leur parcours de soins, de quelque nature qu'ils soient.

Agir au sein de la commission action sanitaire et sociale (ASS) permet d'atténuer des situations dramatiques nées de la maladie et où s'ajoutent parfois des fins de mois difficiles pour des mères seules avec enfants.

Cette commission, par ses aides de santé, **favorise l'accès à des soins de qualité aux personnes vulnérables** ou à des familles défavorisées en situation de précarité.

Dans le cadre du Covid, les commissions ASS ont permis à des publics défavorisés d'obtenir des soutiens, tels que masques, transports...

« FORMER UN GROUPE
DES REPRÉSENTANTS EN
CPAM DE LA RÉGION. »



« LA POSSIBILITÉ DE FAIRE PASSER LES MESSAGES DES USAGERS... »

OLIVIER

Lorsque j'ai été nommé représentant de l'URAASS à la CPAM, je ne connaissais que peu de choses quant à son fonctionnement, malgré les explications de la personne qui m'avait précédée, qui m'avaient paru un peu théoriques.

Lors de la 1^{ère} réunion, avec la nomination des membres des différentes commissions, la situation ne fit que se compliquer un peu plus, les participants étant très différents des mandats hospitaliers que j'ai occupé.

Mais très vite, en 2 ou 3 mois, j'ai pris mes marques, et de commissions en conseils, je me suis senti à l'aise et les relations avec les autres membres, syndicalistes des 2 bords, représentants des mutuelles et naturellement, mes collègues des associations de patients sont devenus très faciles, surtout dans les commissions où on représente la Caisse.

Les commissions que je préfère sont les CASS où sont déterminées les aides aux personnes en grande difficulté et les Commissions des Pénalités, qu'elles soient contre des usagers de la Caisse et les Professionnels (kinés, dentistes, infirmiers, etc.) qui trichent.

Les plus du poste : variété des commissions, des personnes rencontrées, possibilité de faire passer les messages des usagers, etc.

Les moins : les messages sont parfois difficiles à faire passer car tous les participants ne sont pas sensibilisés aux problèmes des usagers. Le côté politique lors de certains conseils.

En résumé, j'ai été RU de base, membre du Conseil de Surveillance d'un hôpital, administrateur d'associations mais le mandat qui m'a le plus intéressé est celui de RU à la CPAM.

