



l'Assurance Maladie

des salariés-sécurité sociale

caisse nationale

Document consultable dans Médi@m

CIRCULAIRE

CIR-74/2002

Date :

14/05/2002

Domaine(s) :

Gestion relation clients

Gestion administrative

Gestion comptable et financière

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>

Objet :

Loi 2000-231 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

Liens :

Circ Min n° 56 du 30/01/2002
LR-DDRI-43/2002

Plan de classement :

117

Emetteurs :

DDRI DSM

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

Directeurs

CPAM CRAM URCAM
 UGECAM CGSS CTI

Agents Comptables

Médecins Conseils

Régionaux Chef de service
 Médecin Chef de la Réunion

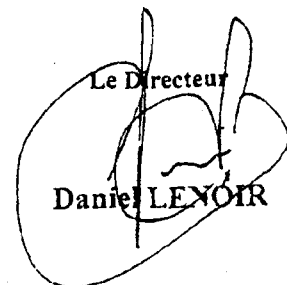
Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Application aux organismes de sécurité sociale des dispositions de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.

Mots clés :

Relations, usagers, organismes de sécurité sociale

Le Directeur

Daniel LENOIR



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE : 74/2002

Date : 14/05/2002

Objet : Loi 2000-231 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations

Affaire suivie par : Richard VIEAU (DDRI/DRIO/DPAS)
Dr Didier LAPORTE (DSM/DRM)
Jérôme RODENBACH (DAJ)

☎ 01.42.79.34.25
☎ 01.42.79.32.94
☎ 01.42.79.42.30

Madame la Directrice, Monsieur le Directeur,

La loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations tend à faire « que les administrations soient plus simples d'accès, plus rapides dans leurs réponses, moins opaques dans leur fonctionnement, plus respectueuses des droits des citoyens »¹.

Elle a posé de nouvelles règles visant à une meilleure communication entre les usagers et les services administratifs (levée de l'anonymat, accès libre aux règles de droit et aux documents administratifs, transparence financière...), l'amélioration des procédures administratives (administration de la preuve, délivrance d'un accusé de réception...) et l'assouplissement du régime des décisions administratives (décisions implicites de rejet ou d'acceptation).

Par la circulaire n° 2002-56 du 30 janvier 2002, la Direction de la Sécurité Sociale détaillait ces dispositions qui s'imposent aux organismes de sécurité sociale (article 1^{er} de la loi), mais ne sont pas applicables dans leurs relations mutuelles, ni dans leurs rapports avec les autres autorités administratives.

La présente circulaire expose, de manière générale, les modifications introduites par la loi du 12 avril 2000 et commente les orientations préconisées par le Ministère selon le type d'obligations qui s'imposent désormais aux organismes de sécurité sociale.

¹ M. Emile Zucarelli, JO, Débats, Sénat, 14 octobre 1999, p. 5094.

1. DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRANSPARENCE ADMINISTRATIVE

1.1 La fin de l'anonymat dans le traitement des dossiers (article 4)

L'assuré social, l'employeur, le professionnel ou toute autre personne a le droit de connaître le prénom, le nom, la qualité et l'adresse administrative ou électronique de la personne chargée d'instruire sa demande ou de traiter le dossier qui le concerne et du responsable qui signe la décision.

Ces quatre mentions obligatoires doivent être données à l'interlocuteur sur tout support écrit ou électronique, mais aussi dans le cadre de l'accueil téléphonique ou physique, sauf hypothèses (laissées à l'appréciation du juge) d'atteinte à la sécurité publique ou à la sécurité des personnes.

Dans les cas exceptionnels où aucune personne n'a été nommément désignée pour instruire le dossier, les mentions seules du service concerné peuvent être considérées comme suffisantes.

En cas d'envoi de courriers en masse, un dispositif de signature scannérisée de la personne concernée devrait être mis en place pour satisfaire aux exigences légales.

Le non-respect de la levée de l'anonymat n'est assorti d'aucune sanction. Toutefois, le défaut des mentions obligatoires risque d'affecter la légalité des décisions (annulation pour vice de forme). Il est donc souhaitable d'attirer l'attention des gestionnaires sur l'importance de ces nouvelles dispositions et la nécessité impérieuse de les respecter.

En outre, les nom et coordonnées du praticien conseil ayant pris l'avis qui, s'imposant à la caisse, a motivé une décision de rejet d'ordre médical, doivent figurer dans le corps même dudit refus. En effet, c'est le praticien conseil qui instruira la demande d'expertise.

1.2 L'accès au droit et aux documents administratifs (articles 5 à 9)

L'article 7 de la loi du 12 avril 2000 énumère les documents administratifs achevés (hors les documents préparatoires ou ceux en cours d'élaboration) que les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer, même s'ils n'en sont pas les auteurs. La circulaire ministérielle reprend cette liste in extenso.

L'accès à ces documents (écrits, enregistrements sonores ou visuels, supports informatisés non couverts par le secret professionnel) se fait, soit par consultation gratuite sur place, soit par reproduction de copies sur divers supports dont le coût, qui ne peut excéder celui de la reproduction et prendre en compte les frais de personnel, peut être facturé au demandeur (décret n° 2001-493 du 6 juin 2001 publié au JO du 10 juin 2001 et arrêté du 1^{er} octobre 2001 publié au JO du 2 octobre 2001) et exigé préalablement à la délivrance.

Le choix entre ces deux solutions doit être fonction du volume du document dont la communication est sollicitée et doit être fait selon des considérations pratiques et financières.

Une restriction est apportée au libre accès des documents administratifs puisque certains ne sont communicables qu'à l'intéressé seul, en application de l'article 6 II modifié de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.

La loi du 12 avril 2000 n'a ainsi pas levé l'opposition à la transmission d'un document qui porterait atteinte au secret médical. Les modalités de la communication du dossier médical détenu par le praticien conseil doivent cependant être abordées au vu des dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (JO du 5 mars 2002). Cette question ne saurait être réglée dans le cadre de la présente circulaire ; une information ciblée sera donc délivrée aux caisses ultérieurement.

En toutes hypothèses, il importe de rappeler que la caisse qui s'interroge sur la possibilité qu'elle a, ou non, de transmettre un document, peut demander conseil à la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA) suivant la procédure infra.

Il apparaît souhaitable que toute demande soit transmise à la Direction Juridique de la CNAMTS qui saisira la CADA toutes les fois où la question n'aura pas déjà été traitée. En effet, un problème d'application de la loi du 12 avril 2000 peut être commun à plusieurs caisses primaires et a pu déjà trouver une réponse dans le réseau.

Ce dispositif permettra d'une part, d'éviter les saisines de la CADA ayant un objet identique et d'autre part, de généraliser l'information au réseau par la CNAMTS sur les difficultés de communication particulières ainsi résolues.

Les organismes de sécurité sociale sont également tenus, en application de l'article 2 de la loi du 12 avril 2000, de mettre à disposition et de diffuser les textes juridiques dont ils font application, sauf s'ils ont déjà fait l'objet d'une diffusion publique. Il peut être ici rappelé, en tant que de besoin, qu'une base documentaire élargie est disponible sur Médiam, l'intranet de l'assurance maladie.

C'est également dans ce cadre que le site internet : www.service-public.fr a été créé.

Enfin, dans l'optique d'une transparence administrative accrue, l'article 76 de la loi précitée du 4 mars 2002 a inséré dans le code de la sécurité sociale l'article L. 162-1-11 qui dispose d'une mission générale d'information des assurés sociaux à la charge des organismes de sécurité sociale qui doit être assurée « par tous moyens adaptés ».

L'accès aux documents administratifs constitue à l'évidence l'un de ces moyens.

1.3 La transparence financière (articles 10 à 15)

La généralité des termes de la loi ne permet pas de limiter la communication des documents budgétaires et comptables des organismes de sécurité sociale et ceux des organismes de droit privé qu'ils subventionnent, aux seuls ressortissants des organismes de sécurité sociale.

L'organisme de sécurité sociale qui attribue une subvention dont le montant dépasse la somme de 23 000 euros (décret n° 2001-495 du 6 juin 2001 publié au JO du 10 juin 2001) doit conclure une convention avec l'organisme de droit privé qui en bénéficie, à charge ensuite pour ce dernier de produire un compte rendu financier de son utilisation.

Les remises de gestion versées par les caisses primaires aux mutuelles ayant le rôle de sections locales mutualistes ne sont pas concernées.

Ces règles n'intéressent pas les relations financières entre organismes de sécurité sociale, ni celles entre l'un de ces organismes et une autorité administrative au sens de l'article 1^{er} de la loi du 12 avril 2000.

2. DISPOSITIONS RELATIVES A L'AMELIORATION DES PROCEDURES ADMINISTRATIVES

2.1 La règle du cachet de la poste faisant foi (article 16)

La date d'arrivée dans le service n'a désormais plus de valeur **lorsque la personne est tenue de respecter une date limite ou un délai pour présenter une demande** (saisine de la CRA par exemple), **déposer une déclaration, exécuter un paiement ou produire un document auprès d'un organisme de sécurité sociale** (à l'exception des procédures régies par le code des marchés publics)².

Toute disposition contraire doit désormais être considérée comme implicitement abrogée par cette nouvelle règle. Une telle référence doit être supprimée, le cas échéant, de tout document à diffusion publique.

Seule la **date d'envoi** (cachet apposé par La Poste) ou la date de certification résultant d'un système télématique ou informatique homologué doit être retenue. Il importe donc de conserver l'enveloppe ou la trace papier de l'envoi télématique ou informatique dans le délai du recours contentieux à l'encontre de la décision (tacite ou expresse) prise sur la demande concernée.

Toutefois, la pratique qui autorise les assurés à déposer leurs demandes dans les boîtes aux lettres des caisses ne permet pas de déterminer avec certitude la date du dépôt. Le service de la caisse qui relève le courrier doit apposer la date du jour sur les demandes. Si la date limite ou le délai expirait la veille ou pendant le week-end précédent, une tolérance doit être admise et la demande doit être considérée comme recevable.

² Les modalités d'application de l'article 16 seront fixées par décret en Conseil d'Etat, non-paru à ce jour.

En outre, le Conseil d'Etat a considéré que les dispositions de l'article 16 s'appliquent seulement aux demandes adressées à des « autorités administratives » au sens de la loi du 12 avril 2000 et ne régissent donc pas les recours contentieux formés devant des juridictions, fussent-elles administratives³.

La règle du cachet de la poste faisant foi ne s'applique pas lorsque la présence personnelle du demandeur est requise, ainsi que dans le cadre des procédures de marchés publics.

Il doit ici être utilement fait référence aux dispositions de la circulaire DDRI-DSM n° 17/2002 du 17 janvier 2002 relative à la procédure de l'entente préalable. Aucun délai n'est imposé à l'assuré social pour adresser une demande d'entente préalable en matière de nomenclatures ou de dispositifs médicaux.

La date à prendre en compte pour le point de départ du délai de 15 jours (articles 35, 38 et 39 du décret n° 2001-532 du 20 juin 2001) est la date de réception de la demande par le service médical, la caisse ou la mutuelle.

2.2 L'obligation d'accuser réception de toute demande (article 19)

L'article 18 de la loi du 12 avril 2000 définit le terme « demande » en un sens générique : il concerne toute sollicitation formulée par écrit (support papier ou électronique) auprès d'un organisme de sécurité sociale, y compris les réclamations présentées devant la commission de recours amiable (en droit de la sécurité sociale, le recours amiable doit s'assimiler à un recours gracieux pour l'application de la loi du 12 avril 2000). L'article 19 de ladite loi dispose à la suite que toute demande doit faire l'objet d'un accusé de réception.

La circulaire ministérielle liste, ainsi, les matières (non-exhaustives) pour lesquelles un accusé de réception doit obligatoirement être délivré dans les meilleurs délais (15 jours par exemple). Les litiges ultérieurs intéressant ces questions sont également soumis à cette formalité.

La saisine de la commission de recours amiable visant à contester une répétition d'indu ou sollicitant une demande de remise de dette est soumise à la formalité de l'accusé de réception puisqu'elle ne vise pas au service d'une prestation (cf. infra).

Si l'obligation d'accuser réception n'a pas été respectée ou si l'accusé de réception ne comporte pas les indications prévues par le décret n° 01-492 du 6 juin 2001 (JO du 10 juin 2001), le délai de recours n'est pas opposable à l'auteur de la demande, sauf si une décision expresse est intervenue dans le délai au terme duquel une décision implicite était susceptible de naître.

³ CE, 26 octobre 2001, n° 233290, Elections municipales de la commune de « Le Donjon ».

Cependant, l'obligation d'accuser réception de toute demande est assortie de nombreuses dérogations (prévues par le décret précité du 6 juin 2001) qui, dans la pratique, en font une formalité résiduelle.

Il est, en effet, prévu que la demande qui tend à la délivrance d'un document ou au service d'une prestation est dispensée de l'obligation de délivrance d'un avis de réception. La notion de « service d'une prestation » recouvre ici tant le versement de la prestation légale que les actes relatifs à son attribution qui conditionnent son versement.

De même, il n'est pas accusé réception de la demande à laquelle il doit être répondu dans un délai inférieur ou égal à 15 jours à compter de la date de sa réception.

Les organismes ne sont pas tenus d'accuser réception de demandes abusives tenant à leur nombre ou à leur caractère répétitif ou systématique.

2.3 L'obligation de transmission des demandes à l'autorité administrative compétente (article 20)

Cette règle ne vaut pas dans le cadre des relations entre les services administratifs et médical d'une même caisse. Le point de départ du délai à l'expiration duquel naît une décision implicite (accord ou refus) est fixé à la date de réception de la demande par le premier de ces deux services. Il importe donc que les délais de transmission en interne soient les plus brefs possibles.

En revanche, l'organisme de sécurité sociale qui réceptionne une demande qui ne le concerne pas mais intéresse soit une autre caisse, soit une autorité administrative, doit la lui transmettre le plus rapidement avec, si possible, un courrier d'accompagnement. Il doit également informer le demandeur de cette réorientation.

En effet, le délai au terme duquel une décision implicite de rejet est susceptible d'intervenir court ici à compter de la date de réception de la demande par l'organisme de sécurité sociale initialement saisi.

Au cas d'un régime de décision implicite d'acceptation, celle-ci intervient à l'expiration du délai courant de la date de réception de la demande par l'organisme de sécurité sociale compétent.

Cette disposition ne doit pas pour autant amener la caisse, saisie à tort, à ne pas faire diligence car, à défaut de réorienter rapidement la demande, sa responsabilité pourrait être engagée.

En toutes hypothèses, l'accusé de réception est délivré par la seule caisse compétente, c'est-à-dire le destinataire final.

3. LE REGIME DES DECISIONS PRISES PAR LES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

3.1 Décision implicite de rejet (article 21)

Le silence gardé pendant plus de deux mois par un organisme de sécurité sociale vaut décision implicite de rejet.

Dès lors, si aucun régime de décision implicite d'acceptation d'une demande n'est posé par décret en Conseil d'Etat, la règle de la décision tacite de refus à l'expiration de deux mois (en l'absence de délai autre prévu par décret en Conseil d'Etat) à compter de la **date de réception** de ladite demande doit être considérée comme d'application générale.

Toutefois, lorsque la complexité ou l'urgence le justifie, des délais dérogatoires peuvent être institués par décret en Conseil d'Etat.

A l'exception de la décision de la commission de recours amiable qui doit intervenir dans le délai d'un mois (article R. 142-6 du code de la sécurité sociale), l'annexe II de la circulaire ministérielle du 30 janvier 2002 ne vise que les demandes prévues par le décret n° 2001-532 du 20 juin 2001 pour lesquelles des délais dérogatoires ont été instaurés.

Cette annexe n'est pas exhaustive. Il convient, ainsi, d'y ajouter, par exemple, la demande par l'assuré social d'exonération du ticket modérateur mentionnée à l'article R. 322-7 du code de la sécurité sociale : le défaut de réponse de la caisse dans le délai d'un mois vaut rejet.

A toutes fins utiles, il peut être rappelé que la Convention d'Objectifs et de Gestion entre la CNAMTS et l'Etat prévoit que les caisses répondent aux demandes des usagers dans les vingt et un jours (§ 2.1.1.7), objectif à atteindre dans la mesure du possible.

3.2 Décision implicite d'acceptation (article 22)

Par dérogation au principe général posé à l'article 21, le silence gardé pendant plus de deux mois par un organisme de sécurité sociale vaut décision implicite d'accord, dans les cas prévus par décrets en Conseil d'Etat qui peuvent également fixer des délais autres que celui de deux mois (cf. annexe III de la circulaire ministérielle).

Sur ce point, il convient de renvoyer utilement à la circulaire DDRI-DSM n° 17/2002 du 17 janvier 2002 relative à la procédure de l'entente préalable à laquelle il doit être répondu dans un délai de 15 jours à compter de la date de réception de ladite demande (articles 35, 38 et 39 du décret n° 2001-532 du 20 juin 2001).

Le silence gardé à l'expiration de ce délai (décompté de la date de réception) a pour effet la prise en charge de l'acte ou de la prestation soumise à la formalité de l'entente préalable en application des dispositions générales et particulières de la NGAP et de la

NABM, ainsi que pour les matériels et produits inscrits à la liste prévue à l'article L. 165-1 du CSS (ex-TIPS).

3.3 La motivation des décisions individuelles (article 24)

L'article L. 115-3 du code de la sécurité sociale pose l'obligation de motivation des décisions individuelles défavorables (circulaire DGR n° 2797/92 du 19 octobre 1992).

La loi du 12 avril 2000 prévoit au surplus la possibilité que l'assuré, le professionnel, l'employeur ou toute autre personne présente désormais des observations écrites ou orales et se fasse représenter préalablement à ces décisions, sauf si elles statuent sur une demande ou si une procédure contradictoire particulière a été posée par une autre loi.

Au vu de la définition élargie du terme de « demande », les cas ouvrant droit à la présentation d'observations semblent particulièrement limités en ce qui concerne les caisses primaires.

Il faut en effet considérer, à titre d'exemple, que la décision d'une caisse primaire portant notification à l'assuré social, suite à un avis du service médical, de l'arrêt du versement d'indemnités journalières intervient nécessairement après une demande initiale (envoi d'un avis d'arrêt de travail). Elle ne doit donc pas être précédée d'un courrier invitant l'intéressé à faire valoir ses observations.

3.4 Le reversement des prestations sociales indument perçues (article 25)

La notification d'indu motivée (en fait et en droit) doit informer l'assuré des délai et voie de recours, ainsi que des conditions et délai dans lesquels il peut présenter ses observations écrites et orales. Cet article instaure une étape préalable et facultative à la procédure amiable, étape qui doit permettre à l'assuré (ou à ses héritiers) d'être entendu, par les seuls services gestionnaires, et éventuellement assisté par un conseil ou représenté par un mandataire.

Le délai de deux mois de recours devant la commission de recours amiable n'est pas interrompu par la mise en œuvre de cette possibilité. Il importe donc que la faculté offerte à l'assuré, qui la sollicite, d'être entendu soit mise en œuvre dans un délai le plus court possible.

La circulaire ministérielle prévoit les mentions devant être utilement portées sur la notification d'indu. La procédure ainsi déterminée devra être scrupuleusement suivie par les services intéressés.

La répétition d'indu fondée sur l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ou sur les articles du code civil visant un professionnel ou un établissement n'est pas concernée par ce dispositif puisque l'article 25 de la loi du 12 avril 2000 ne fait référence qu'à l'« assuré ».

La circulaire ministérielle prévoit la réalisation d'un premier bilan de mise en œuvre de la loi du 12 avril 2000 pour le 1^{er} trimestre 2003. A cet effet, vous recevrez prochainement un questionnaire récapitulant les différents items du bilan.

Je vous remercie de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté que vous pourriez rencontrer dans la mise en œuvre de ces dispositions.

Le Directeur

Daniel LENOIR