

Chapitre 3

Le contentieux de la Sécurité sociale

Le contentieux de la Sécurité sociale est un contentieux éclaté, bien qu'il existe une juridiction de droit commun, le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS). Plusieurs autres juridictions sont en effet spécialisées.

Qu'est-ce que la commission de recours amiable (CRA) ?

La procédure amiable est obligatoire avant toute action contentieuse. Cette procédure amiable de recours contre une décision implique la saisine de la commission de recours amiable (CRA). Dans le contentieux de la Sécurité sociale, la CRA d'un organisme social est un comité constitué au sein du conseil d'administration de cet organisme, chargé d'examiner les réclamations formulées par les particuliers contre les décisions prises par ses services.

La CRA statue sur les réclamations formées contre les décisions des organismes de Sécurité sociale relevant du contentieux général. Le recours direct devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) est irrecevable. Cette règle connaît toutefois des exceptions : par exemple, le passage devant la CRA n'est pas obligatoire en cas de contestation relative à l'attribution ou au montant de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse et invalidité (ex-FNS).

La CRA est composée paritairement et comprend deux administrateurs de la caisse appartenant à la même catégorie que l'assuré, et deux autres choisis parmi les autres catégories, désignés au début de chaque année par le conseil d'administration de la caisse. Elle est une émanation du conseil d'administration de chaque organisme.

La CRA compétente est celle de l'organisme qui a pris la décision contestée. Elle doit être saisie par lettre, dans le délai de deux mois suivant soit la notification de la décision de la caisse, soit l'expiration du délai implicite de rejet, si la caisse n'a pas notifié sa décision à l'intéressé dans le délai imparti. L'indication du délai doit figurer sur la décision : dans le cas contraire, le recours peut être formé même au-delà du délai de deux mois.

La CRA rend sa décision dans le délai d'un mois à compter de la réception de la réclamation. Une fois ce délai écoulé, l'intéressé peut considérer sa demande comme rejetée et porter le litige devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS).

La décision prise par la commission devient définitive si le tribunal des affaires de Sécurité sociale n'est pas saisi dans les deux mois qui suivent la décision (qu'elle soit implicite ou explicite). Le délai est d'un mois si la réclamation porte sur le paiement de cotisations ou de majorations de retard. À noter que les CRAM doivent informer la CNAV des décisions prises en matière d'assurance vieillesse et d'assurance veuvage.

La décision prise par la CRA est par ailleurs soumise systématiquement au contrôle de l'autorité de tutelle, qui est la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). En cas d'annulation par l'autorité de tutelle d'une décision favorable à l'intéressé, il est possible de contester la décision de l'autorité de tutelle. Il y a donc deux voies de recours ouvertes :

- le recours pour excès de pouvoir contre la décision de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales devant le tribunal administratif ;
- le recours devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale.

La décision de la CRA lie l'organisme qui l'a prise et les parties qui ne l'ont pas contestée.

Quelles sont les caractéristiques du tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) ?

Le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) est une juridiction spécialisée de l'ordre judiciaire. Il statue en première instance sur les litiges relevant du contentieux général, et sur les contestations relatives à l'allocation supplémentaire.

La décision de la CRA (ou de l'autorité de tutelle) peut être contestée par l'assuré devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale. L'assuré peut saisir le TASS si :

- la décision de la commission de recours amiable (CRA) ne le satisfait pas ;
- si la CRA n'a pas rendu de décision dans le mois qui suit la date de réception de sa réclamation.

Cette juridiction de première instance est présidée par un magistrat du siège du tribunal de grande instance (TGI) dans le ressort duquel le TASS a son siège, ou par un magistrat honoraire, désigné pour trois ans par le premier président de la cour d'appel. Le président est assisté par deux assesseurs, l'un représentant les salariés, l'autre représentant les employeurs et les travailleurs indépendants. Ces assesseurs sont également désignés pour trois ans par le premier président de la cour d'appel. Il existe au moins un TASS par département.

Le TASS compétent est déterminé en fonction de la nature du litige. Si le domicile n'est pas situé dans la compétence territoriale d'un des tribunaux, le tribunal compétent est déterminé par arrêté ministériel.

Compétence territoriale du TASS selon la nature du litige

Nature du litige	TASS compétent
<i>Accident du travail non mortel</i>	<i>Lieu de la résidence de l'accidenté ou lieu de l'accident, selon le choix de l'intéressé</i>
<i>Accident du travail mortel</i>	<i>Dernier domicile de l'accidenté</i>
<i>Affiliation et cotisations des travailleurs salariés</i>	<i>Établissement de l'employeur</i>
<i>Répartition du coût des accidents du travail ou des maladies professionnelles entre les entreprises de travail temporaire et les entreprises utilisatrices</i>	<i>Établissement de travail temporaire</i>
<i>Litige opposant deux organismes situés dans le ressort de tribunaux différents</i>	<i>Siège de l'organisme défendeur</i>
<i>Litige entre le bénéficiaire et l'employeur</i>	<i>Lieu de résidence du bénéficiaire</i>
<i>Autres cas</i>	<i>Domicile du bénéficiaire ou de l'employeur</i>

La procédure est gratuite et sans frais. La représentation n'est pas obligatoire. Les parties peuvent comparaître personnellement, être assistées ou représentées. Le tribunal est saisi par une simple requête

déposée ou adressée au secrétariat, de préférence par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas d'urgence, le président du TASS peut ordonner une procédure de référé, des mesures conservatoires ou de remise en état. Le TASS doit tenter de concilier les parties. En cas d'échec de la conciliation, il rend sa décision.

Quelle est la juridiction compétente et la procédure en matière de contentieux technique de l'incapacité ?

Le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) est une juridiction de premier degré. Il est compétent pour les litiges relatifs au contentieux technique de l'incapacité, soit les litiges relatifs à :

- l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie ;
- l'état d'inaptitude au travail.

Le TCI compétent est celui de la résidence du demandeur s'il réside en France ou du siège de l'organisme de Sécurité sociale dont le demandeur relève ou relevait s'il réside à l'étranger.

Le TCI est composé d'un président, magistrat honoraire de l'ordre administratif ou judiciaire, et de quatre assesseurs : deux représentant les travailleurs salariés et deux représentant les employeurs ou travailleurs indépendants.

Le TCI doit être saisi dans le délai de deux mois à compter de la date de notification de la décision. En cas de recours amiable préalable, le délai de deux mois débute à compter de la notification de la décision de la CRA ou de l'expiration du délai d'un mois valant rejet implicite.

Dans les 10 jours suivant la réception de la contestation, le secrétariat du tribunal adresse une copie à la caisse intéressée.

Dans un délai de 10 jours, la caisse doit :

- présenter ses observations écrites, en 3 exemplaires ;
- transmettre les documents médicaux au secrétariat du TCI et à l'intéressé ou au médecin qu'il a désigné.

Le TCI tente de concilier les parties. Une conciliation partielle entraîne la fin de l'instance. La décision du TCI est prononcée en audience

publique et notifiée aux parties par lettre recommandée avec accusé de réception dans les 15 jours suivant le jugement. La décision du TCI n'est pas susceptible d'opposition. Elle peut être contestée en appel devant la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). La décision de cette dernière peut faire l'objet d'un pourvoi devant la Cour de cassation.

Quelle est la juridiction compétente et la procédure applicable en matière de contentieux de l'expertise médicale ?

La juridiction compétente est la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT). L'expertise médicale concerne les décisions d'ordre médical qui opposent l'assuré à la caisse à laquelle il est affilié. Il faut noter qu'il ne s'agit pas d'un contentieux au sens procédural du terme : l'assuré ne va pas devant les tribunaux, sauf s'il conteste les résultats de l'expertise.

L'expertise médicale concerne plus précisément les litiges suivants :

- les différends relatifs à l'état du malade ou de la victime ;
- la date de consolidation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Peuvent demander une expertise médicale :

- le malade ou la victime ;
- la CPAM ;
- la juridiction saisie d'un litige.

L'expertise médicale est par ailleurs obligatoire dans deux hypothèses :

- en cas de reprise d'un travail léger avant l'autorisation d'un médecin ;
- en cas de reprise du travail décidée par le médecin-conseil sans la décision du médecin de l'assuré.

Deux situations doivent être distinguées :

- Concernant l'assurance maladie, l'assuré dispose d'un délai d'un mois après la notification de la décision contestée fondée sur une appréciation d'ordre médical pour demander à la caisse d'organiser l'expertise.
- Concernant la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'expertise peut être demandée par l'intéressé

avant toute décision de la caisse, dans la limite du délai de prescription de l'indemnité (2 ans). Ce délai commence à courir, selon les cas, soit au jour de l'accident, soit au jour de la clôture d'enquête légale en cas d'accident grave, soit au jour de la cessation du paiement des indemnités journalières.

Le médecin expert est choisi d'un commun accord entre le médecin-conseil de la caisse et le médecin traitant de l'assuré ; ou bien par la DRASS (direction régionale des affaires sanitaires et sociales) à partir d'une liste déposée auprès de la cour d'appel en cas de désaccord. À noter que les opérations d'expertise doivent obligatoirement comprendre un examen médical. Le médecin-conseil et le médecin de l'assuré peuvent assister à l'expertise.

L'assuré ou la CPAM ont la possibilité de contester l'avis rendu par l'expert devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale.

L'essentiel

- ♥ Le contentieux de la Sécurité sociale est soumis à une procédure amiable préalable devant la commission de recours amiable (CRA), qui est un comité constitué au sein du conseil d'administration de l'organisme de Sécurité sociale ayant rendu la décision contestée.
- ♥ La décision de la CRA peut ensuite être contestée par l'assuré devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale.
- ♥ Le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) est compétent concernant les litiges relatifs au contentieux technique de l'incapacité, relatif à l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie, ou bien à l'état d'inaptitude au travail.
- ♥ La juridiction compétente en matière de contentieux de l'expertise médicale (décisions d'ordre médical qui opposent l'assuré à la caisse à laquelle il est affilié) est la cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT).